

# ■ PEUR PAS ON Y VA! PEUR...

> Septembre 2001

## Consensus sur les troubles anxieux : aspects cliniques et organisationnels

Dans le cadre de la campagne  
de sensibilisation aux troubles  
anxieux chez les jeunes  
de 14 à 25 ans



RÉGIE RÉGIONALE  
DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX  
MONTRÉAL-CENTRE

**>> Ce consensus a été rédigé par :**

Denis Audet > omnipraticien  
Stéphane Bouchard > psychologue  
Normand Lussier > omnipraticien  
Muriel Mury > pédopsychiatre  
Johanne Renaud > pédopsychiatre  
Pierre Savard > psychiatre

**Sous la coordination de :**

Sonia Côté > Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre  
Jean-Claude Cusson > Association/Troubles anxieux du Québec (ATAQ)  
Lorraine Desjardins > Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre  
Louise Fournier > Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre,  
Direction de la santé publique

Conception graphique réalisée par [www.farleydw.com](http://www.farleydw.com)

Correction effectuée par Solange Lapierre, avec la participation de Nicole Léonard

**PEUR  
PAS ON Y VA!  
PEUR...**

Le slogan « Peur pas peur, on y va » fait référence à une expression utilisée par les enfants lors d'un jeu appelé « Cachette » ou « Hide-and-seek ». « Prêt pas prêt, j'y vais » ou « Ready or not, here I come » donnait le coup d'envoi pour partir à la recherche des personnes cachées.

Peur pas peur... se veut ainsi un clin d'oeil à cette expression et veut mettre en lumière un des aspects des troubles anxieux, la peur.

ISBN 2-89510-051-9 Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Québec, 2001

Le 30 janvier 2002

**CAMPAGNE DE SENSIBILISATION AUX TROUBLES ANXIEUX CHEZ LES JEUNES  
MONTRÉALAIS ÂGÉS DE 14 À 25 ANS**

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint le document « Consensus sur les troubles anxieux : aspects cliniques et organisationnels », élaboré par un groupe d'experts pour la Régie régionale de Montréal-Centre pour la Campagne de sensibilisation aux troubles anxieux chez les jeunes Montréalais âgés de 14 à 25 ans. Pour mieux situer le consensus dans le contexte de la campagne de sensibilisation, un sommaire des commentaires et réactions des participants lors de la journée de conférence de consensus, le 26 septembre 2001, est aussi inclus.

En collaboration avec la **Direction de la Santé publique (DSP)**, la **Régie régionale de Montréal-Centre**, par l'intermédiaire des Services de santé mentale, fait une campagne de sensibilisation aux troubles anxieux chez les jeunes Montréalais âgés de 14 à 25 ans **en partenariat avec le milieu**. L'objectif visé est de faire la promotion du dépistage, de la référence et du traitement des troubles anxieux chez les jeunes. La campagne se déroule en deux temps :

- **TEMPS I** : Mise en place d'un réseau de services efficace;
- **TEMPS II** : Sensibilisation de la population.

Les activités du **TEMPS I** sont regroupées, comme suit, en six volets :

- Inventaire des ressources;
- Conférence de consensus;
- Diagnostic organisationnel;
- Formation des intervenants;
- Sensibilisation des intervenants;
- Évaluation continue.

Suite à la journée de conférence de consensus, le 26 septembre 2001, la campagne concernant les troubles anxieux a évolué. À partir des commentaires sur le document de consensus mis en avant par les participants lors de la journée, la Régie régionale poursuit maintenant les autres volets de la campagne.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous apportez à cette clientèle et vous prions d'accepter, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Diane Gauthier  
Chef des Services de santé mentale

DG/KH/nb

p.j.





## PEUR, PAS PEUR... ON Y VA

### DOCUMENT SYNTHÈSE DE LA JOURNÉE SUR LE CONSENSUS DES TROUBLES ANXIEUX

Le 26 septembre 2001, 133 personnes ont participé à la journée de conférence sur le « Consensus des troubles anxieux ». Elles venaient majoritairement des CLSC, des organismes communautaires, et du milieu hospitalier, mais également du milieu scolaire et des cabinets privés.

Lors de cette journée, les participants étaient appelés à faire des commentaires sur les aspects cliniques et organisationnels du document « Consensus sur les troubles anxieux : aspects cliniques et organisationnels », préparé par un groupe d'experts. En général le contenu du document a été très critiqué par les personnes présentes. Elles ont exprimé l'importance du fait que la Régie régionale soit attentive aux recommandations émises et que, en ce qui concerne le processus, la consultation continue.

Le présent document est une synthèse des principaux commentaires émis dans les différents ateliers. Ils seront pris en considération dans les prochaines étapes du processus de la Campagne de sensibilisation aux troubles anxieux.

#### **APPROCHE CLINIQUE**

L'approche clinique, telle que proposée dans le document sur le consensus, a été très critiquée. Elle est vue comme étant réductionniste, trop médicale (DSM IV) et ne tenant pas suffisamment compte des milieux de vie des personnes. Les participants ont insisté sur le fait que la Régie régionale ne pourra pas s'en tenir aux seules approches jugées efficaces. Les intervenants du réseau utilisent d'autres approches qui, bien que n'ayant pas une efficacité démontrée, peuvent également être valables. Par ailleurs, les approches de thérapie cognitivo-comportementale au pharmacologique sont reconnues comme étant valables; il faudra compter sur les ressources existantes. Dès lors, notre objectif sera de rehausser l'offre de services par de la formation aux approches efficaces afin de nous assurer qu'elle soit un peu plus disponible.

## **L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES**

Par rapport à l'accessibilité, plusieurs questions ont été posées au sujet des jeunes :

- Comment favoriser la demande d'aide et s'assurer que nos services leur sont accessibles?
- Leur point de vue sur les soins en santé mentale est-il pris en considération?
- Quelle est leur trajectoire naturelle dans le réseau?
- Les adolescents et les jeunes adultes diffèrent-ils?
- Les services devraient-ils davantage être offerts en milieu scolaire?
- Le personnel de santé pourrait-il aller dans les écoles afin de former des groupes de thérapie cognitivo-comportementale? Il y aurait moins de difficultés de recrutement, selon certains participants.

On soulignait que notre système de soins compte de multiples portes d'entrée. Les participants souhaitaient surtout un modèle plus décentralisé qui refléterait les multiples trajectoires des jeunes dans le système.

Le concept d'un guichet unique est considéré acceptable seulement au niveau des informations sur les troubles anxieux (les ressources, les traitements, etc.). Cela pourrait impliquer une mise à jour d'Info Santé et un bottin des ressources par sous-région.

## **LA CONCERTATION**

Il existe plusieurs problèmes importants au niveau de la concertation. Le passage d'un jeune de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte ne se fait pas facilement. Le cloisonnement entre la première et la deuxième ligne impose des limites à la concertation. Le manque de disponibilité des équipes de deuxième ligne ne permet pas au système d'évoluer.

Pour améliorer la situation, il faut faire valoir certains exemples qui semblent donner de bons résultats de modèles de concertation. Il faut aussi considérer la possibilité d'avoir un intervenant pivot par établissement afin de faciliter la référence dans le système. Dans cette démarche, il ne faut surtout pas oublier les milieux communautaire et scolaire.

Actuellement, il y a déjà deux initiatives d'intervention concertée de la Régie régionale : le Projet jeunesse Montréalais et le Plan d'action sur le suicide. Il faut que la Régie régionale assure une harmonisation de toutes les initiatives pour réaliser des démarches concertées et complémentaires.

## **UNE GAMME DE SERVICES PLUS COMPLÈTE**

Certains éléments ont été trop peu pris en compte : les aspects sociaux, les particularités culturelles, la comorbidité, la toxicomanie et les interventions préventives à développer. Ils devraient être considérés si l'on veut s'assurer d'une gamme de services plus complète.

### ***Leadership du dossier***

Pour continuer le processus, la Régie régionale a un rôle de leadership à assumer dans le présent dossier. Toujours en tenant compte des limites des ressources, ce rôle de leader implique la mobilisation des intervenants, la mise en place des comités de travail par sous-région, la clarification des rôles et mandats des divers partenaires et des zones de collaboration obligatoires.

### ***Formation et sensibilisation des intervenants***

Sans contredit, la formation est un besoin et la sensibilisation des intervenants est un objectif à poursuivre.

Karen Hetherington

15 janvier 2002

## >> Table des matières

Préambule .....	5
Introduction .....	7

### > **Première partie : Aspects cliniques**

1. Différents type de troubles anxieux .....	10
2. Traitement des troubles anxieux .....	11
3. Types de professionnels pouvant offrir les traitements .....	12
4. Rôle des différents professionnels appelés à collaborer .....	12
5. Formation requise pour les différents professionnels .....	13
6. Services complémentaires aux traitements .....	14
6.1. Ressources communautaires .....	14
6.2. Manuels de traitement .....	14

### > **Deuxième partie : Aspects organisationnels**

1. Cas à référer aux services de première ligne .....	16
2. Cas à référer aux services de deuxième ligne .....	17
3. Modalités de collaboration entre les professionnels .....	17
4. Pour une utilisation optimale de l'ensemble des ressources .....	18
5. Principes quant à l'organisation des services dans les territoires et modalités d'accès .....	18

### > **Pour en savoir plus** .....

#### **Annexes**

Annexe A – Personnes interpellées pour la validation du document .....	20
Annexe B – Différents types de troubles anxieux .....	22
Annexe C – Protocoles de traitement recommandés .....	38

### > **Références** .....

### > **Liste des tableaux**

Tableau I	Troubles anxieux et déclencheurs de réactions de panique et d'anxiété .....	11
Tableau A-1	Prévalence des troubles anxieux tout au cours de la vie .....	35
Tableau A-2	Caractéristiques de la pharmacothérapie et de la psychothérapie cognitivo-comportementale dans le traitement des troubles anxieux .....	42
Tableau A-3	Traitement efficaces et potentiellement efficaces du trouble d'anxiété de séparation .....	43
Tableau A-4	Traitement efficaces et potentiellement efficaces de la phobie spécifique .....	44
Tableau A-5	Traitement efficaces et potentiellement efficaces pour le trouble panique et l'agoraphobie .....	44
Tableau A-6	Traitement efficaces et potentiellement efficaces pour la phobie sociale .....	45
Tableau A-7	Traitement efficaces et potentiellement efficaces pour le trouble obsessionnel-compulsif .....	46
Tableau A-8	Traitement efficaces et potentiellement efficaces pour le stress post-traumatique .....	47
Tableau A-9	Traitement efficaces et potentiellement efficaces pour le trouble d'anxiété généralisée .....	47

## >> Préambule

Les troubles anxieux constituent la seconde catégorie de troubles mentaux la plus prévalente, après l'abus aux drogues et à l'alcool mais avant les troubles de l'humeur (Kessler et coll., 1994). Ils constituent aussi l'un des problèmes de santé mentale les plus courants pendant la jeunesse, touchant jusqu'à 10 % des enfants et des adolescents. Ces troubles, qui sont plus fréquents dans certaines familles, augmentent le risque d'autres troubles psychiatriques (notamment la dépression et l'abus aux drogues et à l'alcool) et l'incidence du suicide.

À tout âge, ces troubles entraînent des problèmes de fonctionnement sur les plans social, familial, scolaire et professionnel. En l'absence de dépistage et de prise en charge, les troubles anxieux apparaissant pendant l'enfance se poursuivent souvent à l'âge adulte. On constate aussi chez ceux qui en souffrent une faible estime de soi et de graves difficultés d'adaptation. Certains de ces troubles sont associés à une forte utilisation des services de santé (Barsky et coll., 1999; March, 1995).

Prenons l'exemple d'un trouble panique avec agoraphobie. Sur une période de 6 mois, 52% des adultes aux prises avec ce problème consultent un professionnel de la santé, comparativement à 50% des gens souffrant de problèmes de somatisation, à 46% des personnes souffrant de schizophrénie et à 36% de celles ayant une dépression (Boyd, 1986). Plus de 6% des adultes atteints d'un trouble panique visitent fréquemment les salles d'urgence de peur d'avoir une crise cardiaque, plus de 51% consultent très régulièrement un omnipraticien (Narrow et coll., 1993) et 52% consultent des médecins spécialistes ne travaillant pas en santé mentale avant de recevoir un diagnostic et un traitement adéquat (Katon, 1994). Une étude réalisée à l'Institut de cardiologie de Montréal en 1996 (Fleet et coll., 1997) rapporte que plus de 25% des patients recevant une coronographie souffrent en fait d'un trouble panique. Les coûts financiers associés à ce trouble s'avèrent donc très élevés. D'après une étude de Salvador-

Carulla et coll. (1995), ce trouble coûte en moyenne au système de la santé américain de 29 158 \$US à 46 256 \$US par patient par an. Cette évaluation repose sur le calcul des coûts directs (notamment, nombre de visites à l'urgence et chez les spécialistes, tests médicaux de routine et spécialisés, psychotropes et médication non appropriée, services paramédicaux) et des coûts indirects (notamment absentéisme et diminution de la productivité). Cette étude suggère que le trouble panique monopolise en moyenne jusqu'à 46,7 milliards \$US en soins de santé mentale. Signalons que la schizophrénie ou les troubles de l'humeur coûtent moins cher au système de soins. Les résultats des analyses des coûts sociaux et financiers varient d'un trouble anxieux à l'autre, mais tous ces troubles ont de graves conséquences sur les personnes touchées, leur entourage et la société en général.

Un dépistage précoce et des interventions qui débutent tôt auprès des enfants, des adolescents ou chez le jeune adulte peuvent réduire les complications et possiblement améliorer l'évolution vers l'âge adulte. Si ces troubles ne sont pas traités, ils persistent à l'âge adulte et altèrent le fonctionnement social et professionnel.

---

*Un dépistage précoce et des interventions qui débutent tôt auprès des enfants, des adolescents ou chez le jeune adulte peuvent réduire les complications et possiblement améliorer l'évolution vers l'âge adulte.*

### Le choix du thème

L'un des objectifs du *Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002* de la Régie régionale de Montréal-Centre est de sensibiliser la population aux problèmes de santé mentale ainsi qu'à la maladie mentale elle-même. Pour atteindre cet objectif, une campagne de sensibilisation nous est apparue un moyen fort à propos. Dans un contexte où les besoins d'information sont nombreux, un travail de réflexion s'imposait afin d'exercer des choix judicieux quant à la cible et au thème retenus.

C'est dans ce contexte qu'a été créé en 1999 un comité régional composé de représentants des organismes communautaires, des CLSC, des omnipraticiens, des psychiatres, des policiers, des familles et des usagers. Ce comité a fixé l'objectif de la campagne, à savoir faire la promotion du dépistage, de la référence et du traitement des troubles anxieux chez les jeunes de 14 à 25 ans, et aussi prévenir l'exclusion qui en découle parfois.

Diverses sources ont alimenté le Comité dans le choix de cette problématique. Signalons entre autres :

- > *une revue de la littérature sur les problèmes d'accessibilité aux soins en santé mentale liés aux connaissances, à la détection et à la référence et une consultation auprès d'intervenants de première ligne qui ont mis en évidence que les problèmes d'accessibilité aux services relèvent autant des connaissances des individus que de l'organisation des services,*
- > *les résultats de l'enquête de santé mentale des Montréalais, menée par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, en 1999, indiquent que, parmi la population présentant des problèmes de santé mentale, ce sont les jeunes souffrant de troubles anxieux qui ont le moins accès à des services,*
- > *une revue de la littérature sur les troubles anxieux chez les jeunes de 15 à 24 ans montrant qu'il existe des traitements efficaces et de courte durée pour ce type de*

*troubles qui, s'ils ne sont pas traités, peuvent se complexifier par l'apparition d'autres troubles (comme la toxicomanie ou la dépression), rendant le traitement plus difficile,*

*> une consultation de cliniciens spécialisés dans le traitement des troubles anxieux qui a permis de valider les orientations choisies.*

Convaincu que, pour être vraiment efficace, cette campagne ne pouvait se limiter à des activités de communication ou de sensibilisation auprès de la population, le Comité a convenu d'un plan d'action en deux phases. Tout d'abord, il s'agissait d'examiner l'offre de service actuelle et ses possibilités d'amélioration. La première phase du plan d'action comprend donc six volets, soit : un inventaire des ressources de traitement pour les jeunes souffrant de troubles anxieux, **une conférence de consensus**, une analyse des écarts entre les besoins de services et les ressources, une formation des intervenants, un volet communication/sensibilisation des intervenants auprès des jeunes et une évaluation de l'ensemble de la démarche. Une fois ces activités terminées, la deuxième phase de la campagne, soit la sensibilisation de la population, sera mise en œuvre.

La réalisation du présent document ainsi que sa présentation lors d'une journée d'étude réunissant différents partenaires du réseau de la santé et des services sociaux constituent le deuxième volet de la 1<sup>re</sup> phase du plan d'action.

### **Le consensus**

Une première version de ce document, préparée au cours de l'hiver 2001 par un groupe de six experts, a par la suite été soumise pour fins de validation à 60 cliniciens, chercheurs et gestionnaires (voir Annexe A). Le présent document constitue donc le consensus de l'ensemble de ces personnes. Ce document, qui se veut accessible aux intervenants en contact avec les jeunes de 14 à 25 ans, constitue néanmoins un document de référence pour qui veut mieux connaître la problématique des troubles anxieux chez les jeunes.

Le document est constitué de deux parties. La première traite des dimensions cliniques des troubles anxieux et la deuxième aborde les questions relatives à l'organisation des services afin d'optimiser l'utilisation des ressources.

En ce qui concerne l'aspect clinique, les indications de traitement se basent sur les résultats de recherches expérimentales récentes et valides. Le présent document fait état d'indications de traitement qui aideront les professionnels à mieux dépister et traiter les jeunes. Mais son utilisation n'exclut aucunement un bon jugement clinique. Les retombées de ce consensus per-

*Le présent document fait état d'indications de traitement qui aideront les professionnels à mieux dépister et traiter les jeunes. Mais son utilisation n'exclut aucunement un bon jugement clinique.*

mettront de poser un diagnostic organisationnel dans chacune des six sous-régions de Montréal avec les partenaires concernés en fonction des données recueillies dans le cadre de l'inventaire des ressources. Nous identifierons alors les besoins spécifiques à chacune de ces sous-régions. Une fois ces étapes franchies, nous serons en mesure d'opérationnaliser les volets de formation et de sensibilisation/communication des intervenants œuvrant auprès des jeunes.

## Première partie : Aspects cliniques

### I. Différents types de troubles anxieux

Les troubles anxieux représentent l'un des problèmes de santé mentale les plus courants chez les jeunes de 14 à 25 ans et leurs conséquences sont très graves tant sur les plans humain qu'économique.

Pour les traiter, le professionnel doit savoir les reconnaître, les différencier et les comprendre (voir Annexe B). Pour cela, il faut savoir que ce n'est pas la présence ou l'absence des attaques de panique ou des symptômes d'anxiété qui différencie les troubles anxieux. Pour établir le diagnostic de ces troubles, il faut savoir reconnaître les stimuli ou les facteurs qui déclenchent la réaction d'anxiété ou de panique : de quoi la personne a-t-elle peur? Par la suite, un examen plus approfondi des critères diagnostiques propres à chaque trouble confirmera le diagnostic. En outre, il importe d'évaluer s'il y a comorbidité, à savoir plus d'un trouble anxieux à la fois ou présence d'un autre trouble, comme la dépression ou la toxicomanie.

Chez les adolescents qui ont des symptômes d'anxiété, il faut souligner le rôle crucial de la famille. Il ne faut pas faire l'erreur de considérer l'adolescent comme un jeune adulte. Le processus du développement cognitif, affectif et physique et celui de la séparation-individuation propre à la période de l'adolescence ne se produisent pas chez tous les adolescents au même âge. Le médecin se doit de considérer ce facteur essentiel lors de l'évaluation.

Le tableau à la page suivante dresse la liste des différents troubles anxieux et des déclencheurs des réactions de panique et d'anxiété, c'est-à-dire ce que craint la personne.

*Chez les adolescents qui ont des symptômes d'anxiété, il faut souligner le rôle crucial de la famille. Il ne faut pas faire l'erreur de considérer l'adolescent comme un jeune adulte.*

**Tableau I > Troubles anxieux et déclencheurs de réactions de panique et d'anxiété**

Trouble anxieux	Principaux déclencheurs de l'anxiété ou de la panique
Anxiété de séparation	Catastrophe ou disparition des figures d'attachement lors d'une séparation
Phobie spécifique	Stimulus spécifique
Trouble panique	Peur des symptômes ressentis durant une panique *
Agoraphobie	Paniquer et ne pas avoir d'aide
Phobie sociale	Être ridiculisé ou jugé négativement par les autres
Trouble obsessionnel-compulsif	Pensées intrusives et appréhension des conséquences de ne pas adopter les comportements ritualisés
État de stress post-traumatique et l'état de stress aigu	L'événement traumatisant et son souvenir et les stimuli qui y ressemblent ou qui y sont associés
Trouble d'anxiété généralisée	Tout ce qui est incertain

\* L'un des éléments clés du diagnostic de trouble panique est la présence d'éléments déclencheurs qui ne sont pas toujours identifiables.

## 2. Traitement des troubles anxieux

Habituellement, le traitement des troubles anxieux repose sur des prémisses comme un bon diagnostic différentiel et une maîtrise des compétences requises pour appliquer le plan de traitement privilégié. La littérature scientifique permet assez facilement de dresser une liste des traitements dont l'efficacité est démontrée expérimentalement. Ces traitements, sans être infaillibles, correspondent aux premières approches à privilégier pour maximiser les efforts afin d'éliminer la symptomatologie anxieuse (voir Annexe B).

Sur le plan psychothérapeutique, il faut clairement privilégier une thérapie d'orientation cognitivo-comportementale. Ce constat est valide pour tous les troubles anxieux, les techniques propres à cette approche devant être adaptées à chaque problématique.

Du point de vue pharmacologique, plusieurs classes de médicaments s'avèrent efficaces, notamment les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, les antidépresseurs tricycliques et les benzodiazépines.

Pour les jeunes, on recommande de mener ces deux modalités de traitement en collaboration avec les parents et, de façon complémentaire, les éducateurs. L'intervention familiale visera à corriger les situations pouvant favoriser le maintien ou la rechute des troubles anxieux (par exemple, un parent présentant lui-même un trouble anxieux) et à augmenter l'observance au traitement psychothérapeutique et pharmacologique.

*Enfin, le traitement choisi doit être mené en tenant compte de la comorbidité, phénomène très présent dans la symptomatologie anxieuse.*

*Ces traitements, sans être infaillibles, correspondent aux premières approches à privilégier pour maximiser les efforts afin d'éliminer la symptomatologie anxieuse.*

*L'organisation et la division entre les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie ne devraient pas nuire au suivi des jeunes qui passent le cap des 18 ans.*

### **3. Types de professionnels pouvant offrir les traitements**

Les limites quant au statut professionnel des personnes qui peuvent être appelées à intervenir dans le traitement des troubles anxieux concernent l'évaluation médicale, indispensable pour apprécier les facteurs organiques, et l'ordonnance médicamenteuse, souvent nécessaire, que seuls les médecins sont habilités à émettre. Les omnipraticiens, psychiatres et pédopsychiatres sont habituellement familiers avec le diagnostic différentiel et la pharmacothérapie des troubles anxieux, mais à des niveaux d'expertise variables.

L'organisation et la division entre les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie ne devraient pas nuire au suivi des jeunes qui passent le cap des 18 ans. Cette transition devrait être facilitée et ces deux groupes de professionnels auraient avantage à collaborer.

La variabilité de la capacité à prodiguer le traitement psychologique est beaucoup plus large. Ceci peut justifier une stratification en fonction du trouble traité, de la complexité d'un cas, de l'approche choisie et de la formation de l'intervenant. Par exemple, le traitement comportemental du trouble panique avec agoraphobie, chez un patient dont l'atteinte est peu grave, peut être fourni par un médecin, un travailleur social ou du personnel infirmier qui a reçu une formation de base. Une approche cognitive fera appel à des connaissances additionnelles. À l'autre bout du spectre, le traitement psychologique approprié aux troubles obsessionnels-compulsifs ou aux états de stress post-traumatique, surtout chez un patient comorbide ou dont l'atteinte est relativement grave, exige une expertise qui est peu répandue, même chez les psychologues. La prise en charge de l'anxiété sociale et du trouble d'anxiété généralisée peuvent représenter des niveaux de difficulté modérément élevés, justifiant de faire appel à un degré intermédiaire d'expertise.

La capacité clinique des intervenants n'est pas seulement tributaire de la formation qu'ils ont reçue ni de leur identité professionnelle. *Elle découle aussi d'un intérêt très particulier envers la problématique des troubles anxieux et de l'acquisition d'une bonne expérience en la matière.*

### **4. Rôle des différents professionnels appelés à collaborer**

Le médecin a la responsabilité d'établir un diagnostic différentiel, de planifier un plan de traitement et, au besoin, d'assurer la pharmacothérapie. Chez les 14-18 ans, l'évaluation et l'intervention doivent inclure la famille et souvent tenir compte des autres intervenants (milieu scolaire, milieu des Centres Jeunesse). Le médecin doit informer le patient, et les parents dans le

cas des adolescents, du diagnostic et des thérapies possibles. Ensuite, il l'informera des ressources disponibles dans son milieu pour amorcer un traitement. Il doit contribuer au traitement selon ses compétences en pharmacothérapie et en psychothérapie cognitivo-comportementale, et s'il y a lieu, référer le patient à un autre médecin pour réévaluation, suggestions ou prise en charge. Il doit le référer à un ou une psychologue si une psychothérapie cognitivo-comportementale est indiquée et qu'il ne peut la dispenser.

Le psychologue procédera à l'évaluation du problème et il devra être particulièrement vigilant pour reconnaître un problème biologique qui pourrait se présenter avec une symptomatologie anxieuse; dans ce cas, il devra référer le patient à un médecin. Il informera le patient du diagnostic, des thérapies et des ressources disponibles pour le traitement. Il contribuera également au traitement selon ses compétences en psychothérapie cognitivo-comportementale. Si une pharmacothérapie ou une réévaluation sont jugées nécessaires, le psychologue réfèrera le patient à un médecin.

D'autres professionnels comme des infirmières, des travailleurs sociaux, des psychoéducateurs ayant une formation en psychothérapie cognitivo-comportementale, peuvent traiter un ou plusieurs troubles anxieux. Ils peuvent donc contribuer au diagnostic et au traitement selon leur niveau de compétence.

## **5. Formation requise pour les différents professionnels**

Tous les professionnels de la santé travaillant en santé mentale, soit les psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, omnipraticiens, infirmières et travailleurs sociaux, doivent connaître les critères diagnostiques des troubles anxieux selon le DSM-IV (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux APA, 1994*) afin d'établir un diagnostic.

Ils doivent savoir que la comorbidité avec les troubles anxieux est élevée - troubles de l'humeur (dépression, dysthymie, trouble de l'adaptation), et abus aux drogues et à l'alcool. Ils devraient donc être en mesure de diagnostiquer ces autres pathologies.

Ils doivent connaître les traitements jugés efficaces dans la littérature afin d'informer adéquatement le patient, tant du diagnostic que des alternatives thérapeutiques, soit la pharmacothérapie et la psychothérapie cognitivo-comportementale. Les professionnels doivent bien connaître les avantages et les inconvénients de chaque approche thérapeutique pour que le patient fasse un choix éclairé.

En outre, tous les professionnels de la santé mentale doivent être au courant des thérapies

*Les professionnels doivent bien connaître les avantages et les inconvénients de chaque approche thérapeutique pour que le patient fasse un choix éclairé.*

disponibles dans leur région afin d'orienter adéquatement le patient. Pour ce faire, il leur faut connaître l'inventaire des ressources de traitement des troubles anxieux disponibles.

*En ce qui concerne le traitement des troubles anxieux, le professionnel doit connaître ses limites. Chacun doit savoir s'il possède une formation spécialisée et rigoureuse en thérapie cognitivo-comportementale, si elle est à jour et quels troubles anxieux il peut donc traiter.*

Par ailleurs, comme la pharmacothérapie relève strictement des médecins, ils doivent donc savoir si leur formation est à jour afin de prescrire adéquatement un traitement.

Enfin, pour les intervenants souhaitant venir en aide aux patients souffrant de troubles anxieux, on peut offrir divers types de formation. La durée, le contenu et l'intensité de ces formations vont varier en fonction du rôle qu'ils veulent jouer. La durée de la formation de nouveaux intervenants appelés à faire **du dépistage et de la référence** peut s'échelonner sur un ou deux jours, selon leurs connaissances de base du DSM-IV. Il faut y ajouter un soutien clinique, après la formation théorique. Précisons toutefois qu'un tel type de formation n'habilite pas ces personnes à faire du traitement. Ensuite, pour les médecins souhaitant se former au **traitement pharmacologique**, il faut prévoir deux sessions d'une journée portant sur l'évaluation du patient, sur la prescription de médicaments, sur les autres types de traitements comme l'approche cognitivo-comportementale et sur les ressources de la région. Enfin, les professionnels voulant acquérir les compétences nécessaires pour offrir de la **psychothérapie cognitivo-comportementale** doivent y consacrer environ 130 heures de formation, au minimum; cela inclut deux sessions de deux jours et une centaine d'heures de supervision. Ces personnes devront déjà être des cliniciens, connaître les critères DSM-IV et avoir un intérêt marqué pour le traitement des jeunes souffrant de troubles anxieux. Dans tous les cas, il est essentiel de mettre à jour régulièrement ses connaissances dans le domaine.

## **6. Services complémentaires aux traitements**

### **6.1 Ressources communautaires**

Dans la région montréalaise, il existe une variété d'organismes communautaires pouvant aider les adultes souffrant de troubles anxieux en leur assurant des services d'écoute, de soutien, d'hébergement temporaire en cas de crise, d'accompagnement et de suivi communautaire à court et long terme.

Les groupes d'entraide spécialisés en sont un exemple. Constitués et animés par des pairs,

ils créent un environnement où les individus s'y sentent compris et moins isolés, et même valorisés dans la mesure où ils se sentent utiles au cheminement des autres. Le rôle de ces groupes d'entraide est principalement de soutenir les personnes atteintes de troubles anxieux et de briser leur isolement. Ils peuvent aussi référer la personne à d'autres ressources, le cas échéant, et la soutenir pendant et après un traitement pour qu'elle maintienne les gains thérapeutiques.

Les lignes d'écoute, qui visent autant les jeunes que les adultes, et les centres de crise, qui offrent un service de soutien téléphonique, contribuent au dépistage des troubles anxieux et réfèrent les personnes aux ressources disponibles. En plus du service téléphonique et de référence, les centres de crise assurent aux personnes ayant des problèmes de santé mentale un accès rapide en tout temps à des services d'interventions psychosociales sur les lieux de la crise. Au besoin, on donnera accès à la personne à un service d'hébergement temporaire, et on offrira aussi des suivis plus soutenus en attendant un traitement spécifique par le réseau de la santé.

Les organismes de suivi communautaire en santé mentale offrent, eux aussi, des services pouvant apporter un soutien aux personnes ayant des troubles anxieux et contribuer à maintenir les gains thérapeutiques, par exemple en accompagnant la personne qui éprouve des difficultés à entreprendre des démarches d'insertion sociale.

Même s'ils sont peu nombreux, il existe quelques organismes communautaires et alternatifs de traitement pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale, incluant les troubles anxieux. Ces organisations, qui sont généralement connues du réseau de la santé et des services sociaux de la Régie régionale de Montréal-Centre, travaillent pour la plupart de façon concertée avec les intervenants du réseau public.

Soulignons ici combien il est important que les intervenants de première ligne et de deuxième ligne connaissent les ressources communautaires dans leur sous-région afin d'orienter adéquatement les personnes.

## 6.2 Manuels de traitement

Par ailleurs, il ne faudrait pas négliger le rôle que pourront avoir dans l'avenir les manuels et logiciels d'autotraitement dont la souplesse d'utilisation peut convenir à un bon nombre de patients, monopolisant moins de temps clinique pour le superviseur. Il existe de très bons livres pouvant aider une personne souffrant de troubles anxieux en attendant de consulter ou de se faire suivre par un psychologue ou un médecin. Notons aussi que l'utilisation de services psychoéducatifs peut s'avérer bien utile pour des problèmes moins graves.

---

*...il est important que les intervenants de première ligne et de deuxième ligne connaissent les ressources communautaires dans leur sous-région afin d'orienter adéquatement les personnes.*

## Deuxième partie : Aspects organisationnels

### I. Cas à référer aux services de première ligne

Le dépistage se fait dans le milieu naturel, soit la famille ou l'école, ou auprès de services publics et communautaires (CLSC, centres de crise, organismes communautaires). C'est de là que, selon l'acuité de la détresse associée à la problématique anxieuse, le jeune sera référé aux services de première ligne. Le CLSC, le médecin de famille, les centres de crise, les pédiatres, les cliniques sans rendez-vous ou les urgences sont habituellement les premiers contactés. Selon cette évaluation initiale, on demandera, au besoin, une référence médicale de prise en charge à plus long terme auprès d'un guichet unique (qui possède le répertoire des ressources professionnelles en trouble anxieux du territoire concerné). Nous proposons que ce guichet unique soit localisé dans un CLSC.

La première ligne qui dispense des traitements comprend les psychologues en CLSC, en bureau privé ou en milieu scolaire, les omnipraticiens en bureau privé, les pédiatres, et tous les professionnels des CLSC et des Centres Jeunesse. Il est souhaitable de mener l'évaluation à l'aide des critères diagnostiques du DSM-IV. Il est important de non seulement cerner le ou les problèmes anxieux, mais aussi de noter si une problématique dépressive, un abus aux drogues ou à l'alcool y sont associés. Si la problématique anxieuse interfère avec le fonctionnement du patient, celui-ci est informé du diagnostic et des thérapies validées scientifiquement, soit la pharmacothérapie et la psychothérapie cognitivo-comportementale. Si la première ligne dispose des ressources adéquates pour traiter le patient, il y est pris en charge.

Cette première ligne, selon ses ressources, peut donc évaluer et dispenser une approche pharmacologique ou psychologique ou une approche combinée de n'importe quel trouble anxieux.

*Cette première ligne, selon ses ressources, peut donc évaluer et dispenser une approche pharmacologique ou psychologique ou une approche combinée de n'importe quel trouble anxieux.*

Les médecins en cabinet privé disposent rarement de professionnels psychosociaux essentiels à une prise en charge auprès d'une population adolescente. C'est pourquoi il est recommandé qu'ils développent des liens avec les CLSC afin d'avoir accès aux services des professionnels psychosociaux dans ces cas-là. Enfin, les intervenants doivent faire appel, au besoin, aux services offerts par les organismes communautaires dans leurs plans d'intervention et de soutien.

## **2. Cas à référer aux services de deuxième ligne**

La deuxième ligne, ce sont les professionnels des départements de psychiatrie et de pédopsychiatrie. La porte d'entrée à ces services, c'est l'omnipraticien en bureau privé, en CLSC, dans un service d'urgence, le pédiatre ou le médecin spécialisé en soins aux adolescents. Le médecin réfère à la deuxième ligne les patients pour lesquels la première ligne n'a pas les ressources pour les traiter adéquatement.

Ainsi, si la thérapie cognitivo-comportementale n'est pas disponible, le patient peut être référé à un département de psychiatrie ou de pédopsychiatrie qui offre cette approche.

L'omnipraticien et les autres professionnels de la première ligne peuvent faire un premier essai thérapeutique ou référer directement à un psychiatre ou un pédopsychiatre pour réévaluation et suggestions ou, au besoin, pour une prise en charge. Si l'essai thérapeutique de la première ligne n'est pas concluant, le patient est alors référé à la deuxième ligne où il recevra un traitement pharmacologique, psychothérapeutique, ou il sera traité selon une approche combinée.

Nous recommandons aussi qu'un patient soit référé à la deuxième ligne pour une observation ou une hospitalisation, notamment s'il est gravement déprimé ou suicidaire, ou encore pour un traitement au centre de jour (par exemple, dans le cas d'un trouble anxieux avec refus scolaire grave et/ou chronique).

## **3. Modalités de collaboration entre les professionnels**

Afin d'en arriver à une bonne collaboration entre les différents groupes de professionnels appelés à traiter les troubles anxieux, les professionnels devront adhérer à un consensus diagnostique et thérapeutique en :

- > utilisant les critères diagnostiques du DSM-IV,
- > s'entendant sur les forces et les limites de la pharmacothérapie et de la psychothérapie cognitivo-comportementale,

---

*Le médecin réfère à la deuxième ligne les patients pour lesquels la première ligne n'a pas les ressources pour les traiter adéquatement.*

- > élaborant des protocoles communs de traitement par l'approche cognitivo-comportementale, (ces protocoles doivent intégrer les connaissances actuelles et validées scientifiquement par la recherche clinique.)
- > adhérant à un consensus sur la pharmacothérapie des troubles anxieux,
- > connaissant les limites de leur formation et référer à un autre professionnel si la problématique le nécessite,
- > disposant d'un répertoire des professionnels et services en troubles anxieux de son territoire.

La première ligne réfère à la deuxième ligne lorsqu'elle veut obtenir une autre évaluation du patient et des conseils thérapeutiques, si elle ne dispose pas des ressources suffisantes pour traiter adéquatement le patient ou si celui-ci nécessite une observation ou une hospitalisation. Il faut donc faire en sorte de mieux intégrer le fonctionnement entre la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> ligne.

Ensuite, après stabilisation du patient ou plafonnement des gains thérapeutiques, le patient pourra alors retourner à la première ligne.

#### **4. Pour une utilisation optimale de l'ensemble des ressources**

Comme nous l'avons vu, afin d'en arriver à une utilisation optimale des ressources, il est essentiel que les professionnels en santé mentale utilisent les critères diagnostiques du DSM-IV et également adhèrent à un consensus sur les thérapies.

Ils ont la responsabilité d'informer le patient, et la famille chez les 14-18 ans, du diagnostic, des options thérapeutiques, des avantages et des inconvénients de chaque approche. Il leur faut aussi connaître les limites de leur formation ou de leurs services en thérapie et référer au besoin à d'autres professionnels. C'est pour cette raison qu'il faut favoriser la complémentarité entre les professionnels et les cliniques.

Nous recommandons donc un guichet unique d'informations et de références en troubles anxieux par territoire de CLSC; ceci éviterait une recherche inefficace, tant de la part du patient que de l'intervenant de première ligne. Ce guichet pourrait fournir l'information quant aux services privés et publics disponibles et reconnus sur le territoire.

#### **5. Principes quant à l'organisation des services dans les territoires et modalités d'accès**

La première ligne comprend les CLSC, les omnipraticiens, les pédiatres et les psychologues en bureau privé et les omnipraticiens dans les services d'urgence des hôpitaux. Ils évaluent les

patients selon le DSM-IV; ils peuvent ensuite traiter le patient par l'approche cognitivo-comportementale et/ou la pharmacothérapie, ou consulter par l'entremise du guichet unique les ressources de la première et de la deuxième ligne du territoire.

Si c'est nécessaire, le patient est référé à la deuxième ligne par une demande de consultation de son médecin au département de psychiatrie et de pédopsychiatrie de son secteur. Le secteur dépend du lieu de résidence du patient, et donc de son code postal.

Après la consultation du psychiatre ou du pédopsychiatre, le patient retourne consulter son omnipraticien avec des conseils sur la thérapie ou alors est pris en charge par les professionnels du département de psychiatrie ou de pédopsychiatrie.

Après traitement par la deuxième ligne, le patient obtient son congé ou retourne voir son omnipraticien qui, par exemple, continuera de lui prescrire une médication, une fois qu'il est stabilisé.

### **Pour en savoir plus**

ANTONY, M. et R.P. SWINSON,

*Phobic Disorders and Panic in Adults*, American Psychological Association, 2000.

MARCH, John S.,

*Anxiety Disorder in Children and Adolescents*, New York, The Guilford Press, 1995.

NATHAN, P.E. et J.M. GORMAN,

*A Guide to Treatments that Work*, Oxford Press, 1998.

RAPEE, Ronald M. et coll.,

*Treating Anxious Children and Adolescents*, New Harbinger Publications, Inc., 2000.

Site web de l'ATAQ au <http://www.ataq.org>

## Annexe A - Personnes interpellées pour la validation du document

AMIRALI, Lila	Hôpital Notre-Dame du CHUM
AUBIN, Diane	Bon Dieu dans la rue (Le)
AUBUT, Jocelyn	Hôpital Notre-Dame du CHUM
BASTIEN, Georges	Projet ARC
BÉLANGER, Claude	Centre hospitalier Douglas
BLEAU, Pierre	Hôpital général de Montréal du Centre universitaire de santé McGill
BOILEAU, Renée	Centre médical Saint-Raphaël
BOLDUC, Daniel	Centre de psychologie behaviorale
BOND, Michael	Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis
BORDELEAU, Jean-Pierre	CLSC Parc Extension
BRADLEY, Ian	Hôpital Royal-Victoria du Centre universitaire de santé McGill
BRAHAN, Evan	Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis
BRILLON, Pascale	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
CHALOULT, Louis	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
COTÉ, Diane	Ordre des psychologues du Québec
COURTEMANCHE, Marcel	Hôtel-Dieu du CHUM
CUSSON, Yvon	Clinique Cherrier
DENIS, Jean-Louis	Université de Montréal
DI NICOLA, Vincenzo	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
DORÉ, Carole	CLSC Ahuntsic
DUGAS, Michel	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
DULUDE, Serge	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
DUMONT, Michelle	Hôpital Notre-Dame du CHUM
FOREST, Pierre	Maison St-Jacques
GAREL, Patricia	Hôpital Sainte-Justine
GIROUX, Francine	Centre hospitalier Douglas
GRANGER, Béatrice	Hôpital Saint-Luc du CHUM
GUÉRETTE, Louise	Hôpital Notre-Dame du CHUM
HARDEN, Philip	L'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill
JALBERT, Louise	Hôpital Notre-Dame du CHUM
KELLER, Yves	CLSC St-Louis du Parc
KLARER, Howard	Cégep John-Abbott College
LABBÉ, Jacqueline	La clé des champs
LAMARE, Suzanne	Centre hospitalier de St. Mary
LAMY, Pierre	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
LANDRY, Michel	Centre Dollard-Cormier
LAPLANTE, Marie-Andrée	Phobies Zéro
LAPORTA, Marc	Hôpital Royal-Victoria du Centre universitaire de santé McGill
LEBEL, France	Refuge des jeunes de Montréal
MAINGUY, Nicole	Hôpital Louis-H. Lafontaine

MARANDA, François	Hôpital Sainte-Justine
MARCHAND, André	UQAM
NORMAND, Julie	Clinique de psychologie Villeray/Petite-Patrie
PERREAULT, Mireille	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
PINARD, Gilbert	Hôpital Royal-Victoria du Centre universitaire de santé McGill
PLANTE, Marie-Carmen	Notre-Dame du CHUM
POITRAS, Robert	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
RAMIREZ, Dania	Université de Montréal
RICHARD, Pierrette	Prise II
ROSS, David	Pavillon Foster
ROY, Jean-Yves	Centre Dollard-Cormier
SAURIOL, Diane	Hôpital Notre-Dame du CHUM
SPEVACK, Michael	Hôpital général de Montréal du Centre universitaire de santé McGill
STE-MARIE, François	Services d'intervention psycho-social
ST-ONGE, Maryse	Hôpital Sainte-Justine
ST-PIERRE, Céline	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
TREMBLAY, André	Centre Dollard-Cormier
TURCOTTE, Julie	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
TURGEON, Lise	Hôpital Louis-H. Lafontaine
VILLENEUVE, Jean-Pierre	Centre hospitalier Angrignon

## **Annexe B - Différents types de troubles anxieux**

### **I. Distinction entre panique et anxiété**

Avant de décrire chaque trouble anxieux, il importe de définir ce que sont les attaques de panique et l'anxiété. Ces deux phénomènes se manifestent à différents degrés dans tous les troubles anxieux, et les expressions populaires comme «je panique» ou «ça me rend anxieux» doivent être précisées afin de bien identifier chaque trouble.

Selon le «Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux» (DSM-IV, APA, 1994), une attaque de panique se définit par un épisode de peur ou d'inconfort intense accompagné par au moins 4 des 13 symptômes suivants : palpitations, transpiration, tremblements, souffle coupé, étouffement, douleur à la poitrine, nausée, sensation d'étourdissement, déréalisation, peur de devenir fou ou de perdre le contrôle, peur de mourir, paresthésies et bouffées de chaleur. La panique décrit donc une réaction intense de peur. Puisqu'on peut dire de toute personne qui a extrêmement peur qu'elle panique, ce n'est donc pas la présence des attaques de panique qui permet de distinguer les différents troubles anxieux. La différence entre chaque trouble repose sur les déclencheurs des attaques de panique.

Pour sa part, l'anxiété représente un phénomène diffus caractérisé par une souffrance ou un malaise, une impression de manque de contrôle sur les événements externes et internes et des préoccupations à propos de dangers potentiels.

La panique et l'anxiété ont plusieurs points en commun, notamment la présence de sensations physiques et elles jouent toutes deux un rôle de réaction d'alarme normale face à un danger. Néanmoins, ces deux phénomènes diffèrent sur plusieurs aspects. L'anxiété constitue une expérience plus complexe sur le plan cognitif, moins intense sur le plan émotif et où l'attention se centre clairement sur l'avenir. À la différence de la panique, l'anxiété s'apparente fortement à la dépression. Cliniquement, on peut faire la distinction entre ces phénomènes à l'aide des deux observations suivantes. Premièrement, tous deux se caractérisent par la présence d'un affect négatif (malaise), mais la personne dépressive manifeste moins souvent d'affects positifs (plaisir), ce qui n'est pas toujours le cas chez la personne anxieuse. Deuxièmement, les thèmes des préoccupations de la personne dépressive gravitent plutôt autour d'événements passés alors que ceux de la personne anxieuse gravitent plutôt autour de thèmes futurs.

## 2. Origines des troubles anxieux

Les débats sur la cause de l'anxiété et de la panique sont demeurés vifs pendant longtemps. Désormais, une vision unificatrice fait consensus : plusieurs facteurs sont en cause, notamment sur les plans cognitifs, comportementaux, neurobiologiques, génétiques et environnementaux. Le modèle biopsychosocial nous fait envisager qu'il n'existe pas une cause unique et qu'il faut prendre en considération tous ces déterminants et, surtout, leurs interactions réciproques.

Sur le plan psychologique, le courant de pensée qui prévaut parmi les chercheurs propose que les symptômes d'anxiété et de panique soient des réponses apprises découlant de la perception qu'ont les gens des stimuli et des situations. Ces perceptions sont maintenues involontairement par différents comportements d'évitement. Chez certains enfants, des facteurs environnementaux comme la surprotection contribuent aussi au maintien des troubles anxieux.

Les mécanismes d'apprentissage potentiels sont multiples. L'acquisition des phobies peut provenir d'expériences directes avec un stimulus panicogène (pensons aux différentes formes de conditionnement), par modeling des comportements ou des émotions d'une autre personne (en voyant faire les parents, par exemple) ou par échange d'information (par exemple, en entendant parler d'un accident d'avion). Une étude de Muris et coll. (2000) confirme les résultats d'études, menées sur des échantillons plus réduits, suggérant que, tout au plus, le tiers des phobies se développent par conditionnement. La majorité se développeraient plutôt par la transmission d'informations et, un peu moins souvent, par modeling. Cela semble aussi le cas pour les autres troubles anxieux où l'on observe souvent des processus étiologiques progressifs et complexes plutôt que de simples conditionnements.

On sait que, dès la naissance, le «système d'alarme» de certains enfants peut être génétiquement prédisposé à être plus sensible que d'autres. Cela se traduit souvent par ce que l'on appelle un tempérament inhibé (Biederman et coll., 1993). Toutefois, cela ne représente qu'une prédisposition, et non pas une cause. En effet, les recherches démontrent que le développement des troubles anxieux ne peut s'expliquer uniquement par des facteurs génétiques (Kendler et coll., 1993). Néanmoins, il est évident que plusieurs structures du cerveau entrent en jeu dans les réactions d'anxiété et de panique (notamment le noyau amygdalien et le *locus coeruleus*) ainsi que différents neurotransmetteurs, dont la noradrénaline, la sérotonine et le GABA (Goddard et Charney, 1997).

L'environnement et les événements qui se produisent pendant l'enfance jouent un rôle tout aussi important que la génétique dans le développement des troubles anxieux. Ainsi, l'attitude des parents, leurs comportements et les événements marquant le cours du développement revêtent une grande importance. On peut penser notamment à la surprotection parentale, les attitudes encourageant l'évitement des stressseurs ou le contrôle excessif. Par contre, aucun événement ou comportement spécifique n'a le pouvoir de causer à lui seul un trouble anxieux (Last, 1993). Même dans le cas de l'état de stress post-traumatique, plusieurs variables modulent l'effet du stressseur.

On considère donc que c'est la combinaison entre une vulnérabilité biologique et des facteurs environnementaux non-spécifiques qui mène à l'émergence des conditions favorables au développement d'un trouble anxieux. Avec l'âge, différents phénomènes encore mal connus (comme la façon dont l'environnement influence la socialisation et l'expression des émotions) viennent s'ajouter aux facteurs de risque en favorisant l'émergence d'éléments neurobiologiques, cognitifs et comportementaux au cœur des divers troubles anxieux (Chorpita & Barlow, 1998).

Pour définir des cibles de prévention primaire, il semble donc pertinent d'intervenir auprès des familles où un adulte souffre d'un trouble anxieux. En plus du dépistage dans ces familles, le professionnel peut aussi mettre sur pied des activités de prévention afin d'éviter que les problèmes se cristallisent et nécessitent des traitements plus invasifs. À notre connaissance, aucune étude scientifique rigoureuse n'a encore pu démontrer l'efficacité de stratégies de prévention primaire. Il serait sûrement utile de développer des stratégies pour contrer quatre éléments propres à tous les troubles anxieux, soit : (a) une crainte de l'inconnu, (b) une peur de la perte de contrôle, (c) un faible sentiment de compétence à pouvoir régler ses problèmes de façon autonome, et (d) une impression que l'évitement représente une bonne solution pour se départir de ce qui fait peur.

### **3. Les troubles anxieux**

Chaque trouble anxieux possède ses propres caractéristiques sur les plans de présentation clinique, d'avenues thérapeutiques et de pronostic. Nous allons décrire brièvement dans les pages qui suivent chacun des troubles appartenant à la grande classe des troubles anxieux. Auparavant, un phénomène commun à plusieurs troubles anxieux sera abordé, c'est-à-dire le refus scolaire ainsi que l'anxiété de séparation. Ce dernier trouble figure dans une section de la classification des troubles mentaux spécifiques aux problématiques débutant uniquement dans l'enfance.

Le refus scolaire ne constitue pas un diagnostic. Toutefois, ce symptôme, qui est fréquemment associé aux troubles anxieux, en est souvent une conséquence. Près des trois quarts des enfants présentant des angoisses de séparation manifestent du refus scolaire. On le voit souvent associé à des problèmes de rôles, de valeurs ou de normes sur le plan de la dynamique familiale. Bien entendu, le refus d'aller à l'école s'observe aussi dans d'autres troubles. Par ailleurs, précisons que le refus scolaire est un des symptômes principaux du déficit attentionnel et de la phobie scolaire.

Le dépistage ayant souvent lieu en milieu scolaire, dans les faits, celui-ci joue donc le rôle d'une première ligne pour les adolescents et une coopération étroite avec ce milieu est donc indispensable tant pour le dépistage que la réinsertion scolaire. Nous insistons sur l'importance que tous les professionnels responsables des soins (omnipraticien, pédiatre, équipe de pédopsychiatrie, psychologue) travaillent en lien avec la famille, l'école, le Centre jeunesse, le CLSC, etc.

### **3.1 Le trouble d'anxiété de séparation**

Le trouble d'anxiété de séparation se rencontre chez des jeunes qui présentent une anxiété excessive et inappropriée à leur stade du développement concernant la séparation d'avec la maison ou les personnes auxquelles ils sont attachés (comme leurs parents). On y retrouve une détresse ou de l'appréhension excessive et récurrente lors des situations de séparation, d'événements malheureux, du départ pour l'école ou d'une nuit chez des amis. On observe une crainte excessive et persistante concernant la disparition des principales figures d'attachement ou l'anticipation d'un événement malheureux forçant une séparation (comme un kidnapping). Ces jeunes insistent parfois même pour dormir avec leurs parents. Les jeunes ayant ce problème se plaignent de cauchemars répétés à propos de séparations potentielles et manifestent plusieurs plaintes somatiques (maux de ventre, etc.). Environ les trois-quarts des jeunes qui présentent un trouble d'anxiété de séparation peuvent être réticents à aller à l'école ou refuser d'y aller et présenter typiquement des maux de ventre ou des céphalées.

Ce trouble, qui peut apparaître dès l'âge préscolaire, doit se manifester avant l'âge de 18 ans pour correspondre à la définition du trouble d'anxiété de séparation; il figure dans la classification des troubles mentaux se développant spécifiquement pendant l'enfance. Il se déclenche rarement pendant l'adolescence, mais il peut devenir plus incapacitant à cet âge et

donc amener la famille à consulter. On observe fréquemment des périodes d'exacerbation et de rémission (par exemple, le trouble peut revenir au moment de l'entrée au collégial). Ces caractéristiques en font un trouble anxieux à part entière et il faut l'envisager lorsque l'on travaille auprès d'une clientèle de moins de 18 ans.

Il arrive souvent qu'un trouble d'anxiété de séparation se transforme, à l'âge adulte, en un autre trouble anxieux ou en dépression. Par contre, certains adultes peuvent continuer de souffrir d'anxiété de séparation, alors que le problème se résorbe chez d'autres.

### 3.2 La phobie spécifique

La phobie spécifique se définit comme une peur intense et persistante d'un stimulus spécifique accompagnée de comportements d'évitement (DSM-IV, APA, 1994). Pour être une phobie spécifique, il faut qu'il existe presque toujours un stimulus phobogène provoquant une anxiété marquée, et le patient doit déployer souvent de grands efforts pour l'éviter. Bien que de nombreuses personnes manifestent des peurs très grandes (par exemple, à l'endroit des araignées ou des serpents), rappelons qu'il faut que le problème nuise significativement à leur fonctionnement afin d'être considéré comme une phobie.

Deux facteurs cliniques sont importants à considérer chez les phobiques : (a) la crainte qu'un stimulus entraîne des conséquences néfastes (comme se faire mordre par un chien) ou dégoûtantes (par exemple, la texture de la peau d'un serpent) et (b) l'évitement. Les craintes tirent leur origine dans des expériences passées, dans du modeling, dans des informations transmises de différentes façons ou d'une réévaluation du stimulus phobogène (c'est-à-dire qu'avec l'âge, le patient donne un sens différent au stimulus phobogène) (Davey, 1992). Les craintes sont maintenues par les comportements d'évitement. On pensera bien entendu aux tentatives pour ne pas avoir à faire face à ce qui provoque la peur (comme se sauver devant une araignée), mais aussi aux comportements plus subtils comme ne pas marcher sur le gazon (pour ne pas croiser d'araignée) ou sortir uniquement en présence d'un ou d'une amie (pour avoir de l'aide s'il y avait une araignée). Ces comportements sécurisants représentent aux yeux de la personne phobique la meilleure solution pour affronter la situation.

Chez les plus jeunes, on observe aussi un rôle important de certains parents dans le maintien des comportements d'évitement, notamment s'ils mettent en place une série de mesures pour éviter que le jeune n'entre en contact avec le stimulus phobogène.

Lors de l'évaluation, il faudra départager des phobies les peurs propres au développement normal de l'enfance comme la peur du noir. Ces peurs ne doivent pas être considérées comme une phobie.

### **3.3 Le trouble panique et l'agoraphobie**

Le trouble panique se reconnaît à la présence de quatre éléments, le plus caractéristique étant la présence d'attaques de panique subites. Les attaques se déclenchent rapidement et s'accompagnent d'un sentiment de danger imminent et d'un besoin de s'enfuir. Certaines attaques semblent se produire spontanément et sans déclencheur apparent. Elles peuvent même se produire durant le sommeil. La présence de l'un des trois autres éléments suivants vient confirmer le diagnostic : (a) l'appréhension d'avoir une autre attaque de panique, (b) des préoccupations envers les conséquences des attaques de panique et (c) un changement significatif de comportement par suite des attaques.

Le trouble panique s'accompagne souvent de comportements manifestes d'évitement de diverses situations. On parle alors de trouble panique avec agoraphobie. L'agoraphobie consiste à éviter les endroits et les situations où la personne craint qu'il soit difficile de s'enfuir ou de recevoir de l'aide en cas d'attaque de panique.

Selon le DSM-IV, trois diagnostics peuvent être émis dans ces cas : trouble panique avec agoraphobie, trouble panique sans agoraphobie et agoraphobie sans histoire de trouble panique. En effet, le trouble panique joue un rôle prépondérant dans le trouble d'agoraphobie, cette dernière étant considérée comme une conséquence des attaques de panique.

Si les attaques de panique ne sont jamais accompagnées de quatre des treize symptômes requis pour le diagnostic, ce sont des « attaques partielles » ou « avec symptômes limités », et on parle alors d'agoraphobie sans histoire de trouble panique. Il faut aussi exclure la possibilité d'un trouble panique en rémission partielle où l'évitement agoraphobique se manifeste encore. Ces précisions sont importantes car la présence ou l'absence de l'attaque de panique, même partielle, sera un élément déterminant dans le choix du traitement. L'agoraphobie sans histoire de trouble panique semble être un trouble observé souvent dans les études épidémiologiques, mais plus rarement en clinique. L'origine de cette disparité demeure inconnue, mais il se pourrait bien que les gens qui en souffrent consultent moins souvent.

Le trouble panique et l'agoraphobie se développent habituellement après une période de stress intense. Cliniquement, on peut observer l'apparition de ce trouble chez les adolescents après une mauvaise expérience avec la drogue, chez des individus ayant déjà auparavant une tendance à manifester de l'anxiété, souvent en raison de l'impression de perte de contrôle. Ce trouble se caractérise par une forte chronicité parfois ponctuée d'épisodes de rémission partielle. Dans les cas très graves, il peut mener le jeune à abandonner l'école ou son travail. Près de 50% des jeunes souffrant d'un trouble panique ou d'agoraphobie manifestent un trouble comorbide, comme la dépression, l'alcoolisme, la phobie sociale, l'anxiété généralisée ou un trouble de personnalité.

On observe chez les personnes souffrant d'un trouble panique avec agoraphobie une hypervigilance envers leurs sensations physiques et une tendance à interpréter plusieurs d'entre elles de façon catastrophique. Par exemple, un jeune ressentant des bouffées de chaleur ou des étourdissements pourrait interpréter ces sensations comme des signes qu'il va perdre connaissance. Cette menace favorisera une augmentation du niveau d'activation physiologique et, par conséquent, les sensations de craintes s'intensifieront. Il s'ensuivra un cercle vicieux culminant dans une attaque de panique.

Les personnes souffrant d'un trouble panique tendent à interpréter les conséquences de leurs sensations physiques comme étant très graves (comme mourir, devenir fou, perdre le contrôle), et les probabilités de l'événement craint comme étant très élevées (comme perdre connaissance); ils ont aussi l'impression d'avoir peu de contrôle sur ces sensations. L'explication de l'agoraphobie repose donc sur l'évitement des situations pouvant induire les sensations physiques que l'on craint ou pouvant entraîner la personne dans une situation où la conséquence de ces sensations serait plus grave. Précisons que, chez les jeunes, l'évitement scolaire peut être lié à un trouble panique avec agoraphobie.

### **3.4 La phobie sociale**

Les gens souffrant de phobie sociale ressentent une anxiété intense et un désir de s'enfuir devant les situations où ils peuvent être jugés négativement par les autres. Cela s'accompagne d'une préoccupation envers ce que les autres peuvent penser, parfois au point d'avoir l'impression qu'on se moque d'eux. Les phobiques sociaux tendent aussi à ruminer sur leur performance sociale passée et à anticiper longtemps d'avance les événements à caractère

sociaux (examens oraux, fêtes, magasinage, repas, etc.) Comme pour les autres troubles anxieux, cette peur doit nuire au fonctionnement social de la personne pour justifier un diagnostic.

La phobie sociale est une maladie mentale chronique qui fluctue en intensité selon les stressseurs sociaux et environnementaux. Elle peut se restreindre à quelques situations spécifiques comme un discours, une conférence, un concert, etc. On parle alors de phobie sociale de performance. Si la phobie sociale se généralise à la majorité des situations sociales, il s'ensuit une détérioration marquée de la qualité de vie. De plus, la consommation d'alcool constitue une stratégie - mésadaptée - de coping courante chez les phobiques sociaux.

La phobie sociale peut être confondue facilement avec l'agoraphobie (l'évitement des situations sociales, l'autre l'évitement des situations panicogènes) ou avec l'anxiété de séparation (la peur de se séparer d'une figure d'attachement dans le premier cas, la peur de faire rire de soi dans le second) ou avec la phobie scolaire (la peur d'aller à l'école dans le premier cas, la peur de faire rire de soi à l'école dans le second). Comme nous l'avons indiqué, une analyse plus poussée des éléments qui déclenchent les attaques de panique de l'individu permet habituellement de raffiner le diagnostic différentiel.

On observe chez les jeunes souffrant de phobie sociale une réaction d'alarme et de panique associée à trois types de croyances à l'endroit de : (a) soi-même (« je ne suis pas bon »), (b) des interactions sociales (« je sais que les autres se moquent de moi ») et (c) de la tâche à accomplir (« ce doit être parfait à 100% »). En situation sociale, la personne qui présente ce type de croyances risque fortement de vivre de l'anxiété. Il s'ensuit diverses sensations physiques (par exemple, rougissements, tremblements, transpiration) et une contre-performance des ressources cognitives (par exemple, problèmes de concentration, trous de mémoire). La personne risque aussi d'adopter des comportements d'évitement afin de réduire l'intensité de l'anxiété. En plus, on observe, en situation sociale, une propension à porter une attention excessive à ses pensées, ses sensations et ses comportements. Cette focalisation de l'attention sur soi a pour conséquence négative de distraire la personne durant sa performance et de lui donner l'impression que les événements se sont mal déroulés.

L'existence de ce processus d'attention centrée sur soi aide à différencier la phobie sociale de la timidité. Bien qu'une personne timide soit anxieuse dans une nouvelle situation sociale, elle porte habituellement attention au déroulement des événements extérieurs et réussit à s'intégrer progressivement. Par contre, si la personne est centrée sur elle-même, cela l'empêche de réaliser

que ses craintes ne font pas partie de la réalité (par exemple, « les gens rient de moi »). De plus, elle perçoit encore plus fortement ses sensations physiques et ses erreurs, ce qui nourrit son impression de piètre performance sociale.

Chez les jeunes, la phobie sociale peut être liée à un évitement scolaire. Il est clair que la fréquentation scolaire implique en soi une série de situations d'exposition avec lesquelles le jeune souffrant d'une phobie sociale a du mal à composer (manger à la cafétéria devant le groupe de pairs, faire un exposé oral, etc.)

Le mutisme sélectif, caractérisé par le fait de ne pas pouvoir parler dans certaines situations sociales spécifiques (par exemple, à l'école), alors que le jeune parle dans d'autres situations (comme à la maison), représenterait peut-être un type de phobie sociale chez les enfants et les adolescents (Astending, 1999). Cette explication du mutisme sélectif est encore novatrice et contestée, mais constitue un champ de recherche de plus en plus actif et prometteur. En ce qui concerne le diagnostic, notons que les symptômes du mutisme sélectif doivent être présents depuis au moins un mois et interférer significativement avec la socialisation du jeune. Contrairement à la phobie sociale, ce trouble apparaît beaucoup plus jeune, soit habituellement avant six ans. Ce trouble pourrait constituer un antécédent chez certains individus présentant plus tard une phobie sociale et il faudrait donc le rechercher lors de l'évaluation.

### **3.5 Le trouble obsessionnel-compulsif**

Le trouble obsessionnel-compulsif se caractérise par la présence d'obsessions récurrentes et/ou de compulsions. Les obsessions représentent des pensées, des images ou des impulsions persistantes et inacceptables faisant intrusion dans le cours de la pensée. Les thèmes d'obsessions les plus fréquents ont trait à la violence, la sexualité, la religion, la contamination, le besoin de ranger d'une certaine façon ou de poser un acte de façon prédéterminée. La simple présence de pensées intrusives ne suffit pas pour émettre le diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif. En effet, la majorité des adolescents et des jeunes adultes rapportent avoir de telles pensées. Toutefois, les gens ne souffrant pas de ce trouble considèrent leurs pensées intrusives moins embarrassantes, de plus courte durée et plus faciles à ignorer. Ajoutons à cela un phénomène appelé la fusion entre l'action et la pensée, c'est-à-dire la croyance que la simple présence de la pensée peut engendrer l'action (par exemple, « si je pense à frapper mon ami avec ma règle, ça risque de se produire »).

Les compulsions constituent des rituels moteurs ou mentaux, émis en réaction aux obsessions et ce, de façon stéréotypée. Habituellement, la personne se sent obligée d'agir pour mettre fin à un malaise, le prévenir ou prévenir un événement désastreux. Pour que la compulsion soit considérée comme un problème clinique, elle doit être clairement exagérée ou sans lien logique avec l'événement qu'elle vise à prévenir. Les comportements compulsifs courants chez les jeunes de 14 à 25 ans sont : le lavage (par exemple, se laver les mains), les vérifications (par exemple, respecter une longue routine de vérification du sac d'école avant de partir pour l'école), la réassurance (par exemple, demander souvent si tout est correct), la répétition (par exemple, compter jusqu'à sept chaque fois que l'on regarde quelqu'un dans les yeux), mettre les choses en ordre (par exemple, les gommes à effacer) ou essayer de remplacer des pensées inacceptables (par exemple, faire mal à quelqu'un) par des pensées plus acceptables (par exemple, penser à ses parents). Comme pour les pensées intrusives, il faut noter ici aussi que la moitié des gens ne souffrant pas de troubles anxieux avouent avoir des rituels comme la vérification et le rangement des choses.

Contrairement aux adultes, les enfants et les adolescents peuvent ne pas être en mesure d'identifier une obsession spécifique liée à la compulsion. Ils expliquent plutôt qu'un vague malaise ou qu'un malheur pouvant survenir les porte à poser l'acte compulsif.

La nature des obsessions et des compulsions observées chez les individus ne se distingue pas clairement de ce que l'on observe dans la population non-anxieuse. Pour comprendre ce trouble, il faut donc porter surtout attention à la perception qu'ont les gens de leurs pensées intrusives et à ce qu'ils font avec ces pensées. Il faut aussi s'attarder à l'utilité potentielle des comportements compulsifs (par exemple, réassurance ou neutralisation) et au caractère exagéré des obsessions et des compulsions.

Les pensées intrusives sont déclenchées par divers stimuli extérieurs (par exemple, voir un objet malpropre) ou internes (par exemple, sentir de la saleté sur les mains). La fréquence des pensées intrusives varie aussi avec l'état émotionnel : elle est plus intense si la personne est stressée. Les obsessions prennent un caractère pathologique lorsque ses pensées représentent quelque chose de grave pour laquelle la personne peut être tenue personnellement responsable. La responsabilité excessive, concept clé dans la compréhension de ce trouble, se définit comme la croyance de posséder le pouvoir unique de provoquer ou de prévenir des conséquences négatives, d'ordre matériel ou moral (Obsessive Compulsion Cognitions Working Group, 1997).

On appelle neutralisation les comportements d'évitement qui viennent renforcer l'apparition de la pensée intrusive. Il s'agit de tentatives pour supprimer la pensée, pour prévenir les conséquences anticipées ou pour réduire la responsabilité. Les comportements compulsifs, la distraction, la réassurance et les tentatives pour remplacer de «mauvaises pensées» par de «bonnes pensées» constituent de bons exemples de stratégies de neutralisation. Les tentatives de neutralisation se manifestent paradoxalement par un effet de rebond. C'est un peu ce qui se produit quand on essaie de chasser une chanson de son esprit : plus on essaie de ne pas y penser, plus elle revient à l'esprit. D'autant plus que les tentatives de neutralisation (par exemple, se laver les mains) favorisent souvent le rappel des obsessions (par exemple, « je fais cela parce que j'ai les mains sales»).

Chez les jeunes, il faut bien départager le trouble obsessionnel-compulsif des autres troubles psychiatriques qui présentent de grandes similarités, notamment le syndrome de Gilles de la Tourette, où l'on observe plutôt des tics moteurs et verbaux de nature involontaire, et le PANDAS (acronyme de Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections) où l'on observe des compulsions et/ou des tics soudains suivant une infection bactérienne au streptocoque bêta-hémolytique du groupe A, avec un début des symptômes avant la puberté (Swedo et coll., 1998).

Il faut aussi préciser que les patients souffrant du trouble obsessionnel-compulsif, et surtout les enfants et les adolescents, ont tendance à cacher leurs symptômes (obsessions et compulsions) de peur d'être traités de fous par leur entourage. Par conséquent, à moins de questionner directement la personne sur la présence de ces symptômes et de se faire réassurant, le professionnel risque bien souvent de ne pas en détecter la présence.

### **3.6 L'état de stress post-traumatique et l'état de stress aigu**

Les symptômes définissant le trouble de stress post-traumatique se regroupent en trois catégories et se manifestent après que la personne a été exposée à un stressor perçu comme ayant menacé sa vie ou son intégrité physique, ou celle de quelqu'un d'autre : (a) présence de reviviscences du trauma de façon récurrente (par exemple, cauchemar, flash-back), (b) évitement des stimuli associés au trauma et émoussement affectif (par exemple, efforts pour oublier l'événement, restriction de l'affect), et (c) symptômes persistants d'hyperactivation physiologique (par exemple, irritabilité, problèmes de concentration). Les stressors les plus fréquents chez les

adultes sont les traumatismes associés à la guerre, les agressions physiques et sexuelles, les désastres naturels et les accidents de voiture.

Chez les enfants et les adolescents, on retrouve les stressés observés chez l'adulte mais d'autres s'y ajoutent. Par exemple, des éléments traumatiques sexuels peuvent inclure des expériences sexuelles sans violence ou blessure physique, mais qui sont inappropriées par rapport au développement (par exemple, attouchements ou jeux sexuels). Un autre exemple d'élément traumatique chez les jeunes pourrait être le décès subit d'une figure parentale, soit par maladie, par accident ou par suicide. Précisons aussi qu'un abus sexuel en bas âge ne mène pas nécessairement à un état de stress post-traumatique mais peut créer un état de vulnérabilité chez l'individu, soit prédisposer à un trouble de l'humeur ou à un trouble de personnalité limite.

Si le début et la fin des symptômes se situent en deçà d'un mois après la venue du stressé, on parle alors d'état de stress aigu. Cette problématique est reconnue comme une maladie mentale dans la dernière version du DSM (APA, 1994) (ce qui a comblé la lacune créée par le critère minimal d'un mois de l'état de stress post-traumatique). Il faut toutefois déplorer le manque de données sur cette entité diagnostique.

La majorité des survivants à un événement traumatisant ne développent pas toujours un état de stress post-traumatique (Nader et coll., 1990, Rothbaum et coll., 1992). Il semble en effet que l'origine de ce trouble ne réside pas dans l'importance du stressé, ni dans les faiblesses du caractère de la victime. Ce trouble est davantage attribuable à une interaction entre les caractéristiques du stressé, la personnalité de la victime et la façon dont elle compose avec la situation. Ainsi, la durée et l'intensité de la réaction émotionnelle, de même que l'impression de ne pas avoir de contrôle sur le stressé, sont significativement associées au développement de l'état de stress post-traumatique. L'absence d'un bon réseau social constitue aussi un facteur de risque. Il faut ajouter qu'une part de la détresse provient de réactions psychologiques subséquentes au trauma, notamment la culpabilité, la honte, la colère ou l'irritabilité.

L'état de stress post-traumatique se caractérise par de l'anxiété liée en grande partie au sentiment constant de danger potentiel. Les personnes qui en souffrent expriment souvent l'impression que « le passé est encore présent ». Elles revivent les souvenirs de l'événement avec peur et appréhension, craignent souvent que l'événement ne se reproduise et se sentent désormais vulnérables. Les éléments ressemblant à ceux présents lors de l'agression ou de

l'événement provoquent alors des symptômes d'anxiété et de détresse intenses. Dans une certaine mesure, on peut dire que l'événement traumatisant n'est pas «intégré» psychologiquement, ce qui cause les principaux symptômes.

### **3.7 Le trouble d'anxiété généralisée**

Le trouble d'anxiété généralisée constitue un groupe spécifique de symptômes gravitant autour d'une forte tendance à s'inquiéter. Plus précisément, il s'agit d'un enchaînement de pensées portant sur d'éventuels événements négatifs. Comme tout le monde, les 14 à 25 ans manifestent des inquiétudes. Les thèmes les plus courants semblent être la famille, l'argent, le travail, la maladie et les relations interpersonnelles. Par contre, dans le cas de l'anxiété généralisée, il faut insister sur le caractère excessif et chronique de l'anxiété et des inquiétudes. Pour émettre le diagnostic, les personnes souffrant de ce trouble doivent s'inquiéter à propos de plusieurs choses et considérer leurs inquiétudes comme étant difficiles à contrôler. Elles tendent à se décrire comme ayant toujours été anxieuses et, considérant leur état comme normal, attendent longtemps avant de consulter.

En opposition aux attaques de panique, les inquiétudes s'accompagnent de symptômes associés à l'anxiété chronique (agitation, fatigabilité, difficulté de concentration, irritabilité, tension musculaire, perturbation du sommeil) et au moins trois d'entre eux doivent être présents pour émettre le diagnostic. Il ne faut pas poser le diagnostic d'anxiété généralisée si l'anxiété ou les inquiétudes découlent d'une autre maladie mentale (par exemple, des inquiétudes envers les exposés oraux uniquement, ce qui relève plutôt de la phobie sociale).

Les recherches portent à croire qu'un sentiment de vulnérabilité ou d'intolérance envers l'incertitude sous-tend l'anxiété généralisée. Ainsi, lors de la confrontation à une situation ambiguë, la personne réagira avec de l'anxiété, comme si quelque chose de grave allait arriver ou si elle allait perdre le contrôle. On observe aussi que les personnes souffrant d'anxiété généralisée maintiennent des croyances erronées envers l'utilité des inquiétudes. Elles considèrent souvent utile de s'inquiéter pour trouver des solutions aux problèmes ou pour prévenir les événements et se préparer à leurs conséquences négatives. Ainsi, les personnes atteintes du trouble d'anxiété généralisée disent parfois que trop s'inquiéter ne sert à rien, mais considèrent inacceptable d'être insouciant.

#### 4. Épidémiologie des troubles anxieux

Les études épidémiologiques évaluant la présence des troubles anxieux diffèrent dans leur méthodologie, et parfois même dans les critères choisis. Par ailleurs, il faut déplorer le manque d'études épidémiologiques rigoureuses auprès de populations canadiennes ou québécoises et utilisant les définitions du DSM-IV des troubles anxieux. Il faut s'en remettre à des études américaines, européennes ou utilisant des critères diagnostiques moins récents. Précisons aussi que les études avec des échantillons d'individus qui consultent pour des troubles anxieux rapportent des taux beaucoup plus élevés que ceux présentés ici. Afin de refléter les taux observés dans la population, nous avons retenu les deux études les plus rigoureuses utilisant les critères du DSM-IV et permettant d'estimer les troubles anxieux chez les 14 à 25 ans ainsi qu'une étude québécoise menée chez les 14 à 17 ans utilisant les critères de la version précédente du DSM IV (APA, 1987). L'étude épidémiologique d'envergure la plus rigoureuse a été menée auprès de plus de 8 000 personnes de 15 à 54 ans, sélectionnées de façon stratifiée dans 48 États américains (National Comorbidity Survey, Kessler et coll. 1994; Kessler et coll., 1995; Magee et coll., 1996). Afin de présenter des données utilisant le DSM-IV chez des jeunes de 14 ans, nous avons retenu l'étude allemande d'Essau et coll. (2000) effectuée auprès de 1 035 jeunes de 12 à 17 ans. Finalement, l'étude de Romano et coll. (sous presse) offre un portrait de la prévalence sur six mois des troubles anxieux évaluée selon les critères du DSM-III-R (APA, 1987) auprès de 1 201 adolescents québécois de 14 à 17 ans.

**Tableau A-1 - Prévalence des troubles anxieux tout au cours de la vie**

	Kessler et coll., 1994 (à vie) 15-24 ans	Essau et coll., 2000 (à vie) 12-17 ans	Romano et coll. (sous presse) (6 mois) 14-17 ans
Anxiété de séparation	Non rapporté	Non rapporté	1,9 %
Phobie spécifique	10 %	3,5 %	13,2 %
Trouble panique	3,5 %	1 %	Non rapporté
Agoraphobie	7 %	4 %	3,9 %
Phobie sociale	15 %	2 %	13,6 %
Trouble obsessionnel-compulsif	Non rapporté	1 %	Non rapporté
État de stress post-traumatique	3 %	2 %	Non rapporté
Anxiété généralisée	1,5 %	4 %	2,7 %

Les phobies spécifiques les plus prévalentes chez les 14 à 17 ans sont liées aux insectes et aux animaux, ainsi qu'à l'environnement naturel comme les tornades, les orages, l'eau et les hauteurs. La phobie du sang et des accidents ainsi que les phobies de type situationnel (avion, ponts, ascenseur, conduite en voiture) deviennent plus fréquentes au début de la vingtaine. Il est

intéressant de noter que, malgré la prévalence élevée des phobies spécifiques, peu de gens consultent pour ce type de problème.

Le trouble panique se développe généralement au début de la vingtaine. Il est plus rare de rencontrer de jeunes enfants qui souffrent de trouble panique sans agoraphobie (Barlow, 1988). Les taux sont toutefois plus élevés si l'on ne regarde que l'agoraphobie, qui touche jusqu'à 7% des 15-24 ans.

La phobie sociale représente le trouble anxieux le plus fréquent chez les jeunes de 15 à 24 ans. Sa prévalence demeure faible entre 12 et 17 ans, puis grimpe significativement dans le groupe des 15 à 24 ans (15%, Magee et coll., 1996). Ce trouble grave se développe habituellement vers la fin de l'adolescence et se manifeste rapidement en classe.

La prévalence du trouble obsessionnel-compulsif varie entre 1% et 3% (Bland et coll., 1988; Essau et coll., 2000). Entre le tiers et la moitié des personnes présentant ce trouble auraient commencé à en ressentir les symptômes avant l'âge de 15 ans, bien qu'il soit rarement détecté à cet âge. À l'enfance, plusieurs études rapportent une prédominance de garçons souffrant de trouble obsessionnel-compulsif, avec une distribution gars/fille s'égalisant à l'adolescence (Swedo et coll., 1998).

La prévalence de l'état de stress post-traumatique est bien entendue tributaire des stressseurs, les populations plus exposées à la violence, à la guerre ou aux cataclysmes étant plus touchées. Les accidents de voiture, les accidents au travail, les incendies, les vols à main armée sont aussi des sources de l'état de stress post-traumatique.

La prévalence du trouble d'anxiété généralisée est pour sa part assez faible. Dans l'étude québécoise (Romano et coll., sous presse), le taux de prévalence atteint près de 3% alors que, dans les études menées auprès d'échantillons cliniques, les taux vont de 3% à 5%.

Il est intéressant de noter que, de façon générale, les troubles anxieux touchent toujours plus fortement les filles que les garçons.

La comorbidité, c'est à dire la présence de plus d'un trouble à la fois<sup>1</sup>, est très élevée à l'intérieur même de la grande catégorie des troubles anxieux. Dans une étude menée auprès d'une population non clinique, 51% des jeunes de 12 à 17 ans souffrant d'un trouble anxieux manifestent au moins un autre trouble comorbide (Essau et coll., 2000), 36% manifestent un seul trouble comorbide et 12% ont deux troubles comorbides. Par ailleurs, au cours de l'enfance et

<sup>1</sup> Certains utilisent parfois les termes double ou triple problématique pour référer à la comorbidité.

de l'adolescence, on retrouve dans les populations cliniques près de 60 % des jeunes qui présentent deux troubles anxieux de façon concomitante et 30 % trois simultanément. La comorbidité est également élevée avec la dépression et l'abus d'alcool. La comorbidité représentant plus la norme que l'exception, cela devrait encourager les professionnels à effectuer des évaluations complètes et systématiques de la présence de chaque trouble anxieux, des troubles de l'humeur et de l'abus aux drogues et à l'alcool.

## **Annexe C - Protocoles de traitements recommandés**

### **I. Traitement des troubles anxieux**

On ne peut discuter du traitement des troubles anxieux sans rappeler quelques prémisses fondamentales à tout bon traitement :

- (a) une bonne compréhension de ces différents troubles,
- (b) une bonne évaluation diagnostique reposant sur un diagnostic différentiel avec les autres maladies mentales et physiques,
- (c) une évaluation systématique permettant de dépister la comorbidité et de l'intégrer dans le plan de traitement,
- (d) une bonne compréhension des antécédents personnels et familiaux, sur les plan médical et psychiatrique, ainsi que du fonctionnement social, scolaire et au travail,
- (e) une révision des habitudes de vie : alimentation, exercices, sommeil, loisirs,
- (f) une évaluation de la pertinence de faire appel aux personnes significatives dans l'environnement des adultes anxieux,
- (g) dans le cas des jeunes, la participation essentielle des parents,
- (h) l'intégration de l'ensemble des informations dans une compréhension clinique et globale ne se limitant pas à l'établissement diagnostique des seuls critères du DSM-IV.

La littérature scientifique démontre largement qu'un traitement avec un fort potentiel de succès perd beaucoup de son efficacité s'il est appliqué mécaniquement par quelqu'un qui ne comprend pas bien le trouble visé, la personne qui en souffre, les facteurs qui maintiennent le problème et le traitement à mettre en place. L'application de tout traitement doit être guidée par un jugement clinique entraîné. Les patients (et les parents dans le cas des jeunes) devraient aussi être informés des options thérapeutiques disponibles afin de faire un choix éclairé. Finalement, il peut sembler logique de combiner d'emblée plusieurs traitements potentiellement efficaces. Toutefois, les connaissances scientifiques à ce sujet demeurent à l'état embryonnaire. Les études ne font que débiter pour évaluer comment combiner les traitements et pour identifier des critères qui guident les professionnels dans leurs décisions.

### **2. Méthode préconisée pour établir les recommandations**

Les recommandations de traitements émises dans ce document reposent sur des critères objectifs, opérationnels et permettant à quiconque d'arriver aux mêmes conclusions. Ainsi, seuls les traitements dont l'efficacité a été démontrée par des études rigoureuses sont rapportés. Cela

ne veut pas dire que les formes de traitement qui ne figurent pas dans ce rapport ne sont pas efficaces. L'absence d'une forme de traitement dans la liste des traitements recommandés signifie simplement qu'il faut mener davantage d'études avant d'en recommander l'usage.

La définition d'un traitement efficace est plus difficile à établir qu'il ne le semble à première vue. Nous avons privilégié des critères minimaux comparables à ceux établis par l'American Psychological Association (Division 12 Task Force, 1995), par la Société canadienne de psychologie et par Santé Canada (1996). Une forme de traitement est considérée suffisamment crédible pour que l'on puisse dire que son efficacité est démontrée<sup>2</sup> si elle répond aux standards suivants :

- A) au moins deux études rigoureuses sur le plan méthodologique, effectuées par différentes équipes de chercheurs, démontrent une efficacité supérieure à une condition témoin (un placebo, un autre traitement, une liste d'attente, une psychothérapie non-spécifique, etc.) ou bien une efficacité équivalente à un autre traitement considéré efficace;
- B) le traitement offert doit être standardisé et reproductible (grâce à l'utilisation d'un manuel de traitement par exemple);
- C) le diagnostic doit être effectué de façon fiable.

Plusieurs traitements employés couramment et considérés par les experts comme pertinents ne bénéficient pas toujours d'une preuve correspondant aux critères minimaux ci-dessus. Ce phénomène est fréquent dans le cas des traitements chez les moins de 18 ans, surtout en raison des défis que pose la recherche dans ce domaine. La liste des traitements dont l'efficacité a été démontrée est donc accompagnée de traitements potentiellement efficaces. Une forme de traitement est dite potentiellement efficace si elle ne répond pas les critères minimaux requis pour établir son efficacité mais si elle répond aux critères ci-après :

- A) une étude rigoureuse sur le plan méthodologique démontre une efficacité supérieure à une condition témoin (un placebo, un autre traitement, une liste d'attente, etc.);
- B) le traitement offert doit être standardisé et reproductible (grâce à l'utilisation d'un manuel de traitement, par exemple);
- C) le diagnostic doit être effectué de façon fiable;
- D) l'efficacité du traitement ne doit pas être contredit par une autre étude de rigueur comparable ou supérieure.

Les études scientifiques utilisées pour préparer ce rapport proviennent d'une revue des études qui incluent le plus d'informations possible. Les auteurs n'ont pas tenté de dresser une

---

<sup>2</sup> Dire que l'efficacité d'un traitement a été démontrée ne signifie pas que ce traitement soit efficace à 100 %. Les taux d'efficacité peuvent varier d'un trouble à l'autre, d'une étude à l'autre et d'une personne à l'autre.

liste exhaustive des études démontrant l'efficacité d'un traitement. Lorsque plusieurs études documentent l'efficacité d'une forme de traitement pour un trouble anxieux, seules les deux premières études correspondant aux critères mentionnés ci-dessus sont citées en appendice. Les résultats sont rapportés par diagnostic. De plus, les résultats présentés portent sur l'efficacité de classes de traitement (appelé couramment un effet de classe) plutôt que d'un traitement spécifique. Ainsi, dans le cas de la pharmacothérapie, nous avons documenté, par exemple, l'efficacité des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) plutôt que l'efficacité de chaque ISRS spécifique. Le choix d'une molécule particulière à l'intérieur d'une classe relève de la compétence du médecin, de la condition de la personne, de l'évolution des connaissances et des recommandations de la Direction générale des produits sur la santé de Santé Canada (DGPS). Cet effet de classe se manifeste aussi dans les résultats concernant la psychothérapie. Par exemple, nous avons documenté l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), sans discriminer les différentes techniques propres à cette approche (par exemple, relaxation ou exposition), ni les manuels de traitements spécifiques (par exemple, manuel de Barlow ou celui de Beck). Là aussi, le professionnel sera guidé par sa connaissance de la littérature scientifique et son jugement clinique.

Considérons au départ qu'il existe deux grandes options pour traiter les troubles anxieux, soit la pharmacothérapie et la psychothérapie. Selon chacune de ces approches, il existe des traitements dont l'efficacité a été démontrée à l'aide d'études rigoureuses. Il est intéressant de noter que ces deux voies de traitement sont d'efficacité comparable. Dans les deux cas, la supériorité vis-à-vis un placebo ou un traitement non spécifique a été établie à plusieurs reprises. Chaque modalité présente des avantages et des inconvénients (Tableau A-2). Chez les enfants et les adolescents, les données scientifiques portant sur les différents traitements sont moins nombreuses. Toutefois, les recherches en cours vont dans le sens des études connues chez l'adulte. Par ailleurs, étant donné les similitudes entre la génétique, la neurobiologie et la réponse au traitement des troubles de l'humeur et des troubles anxieux, il semble pertinent d'appliquer aux troubles anxieux les principes de traitement pharmacologique utilisés pour les troubles de l'humeur (comme les contre-indications).

Le professionnel travaillant avec les plus jeunes doit faire appel aux proches dans le plan de traitement, tant pour assurer l'observance ou la participation à la psychothérapie que pour agir auprès de facteurs environnementaux pouvant contribuer au maintien des troubles anxieux

(par exemple, surprotection ou comportements favorisant l'évitement). On recommande aussi de recourir à des approches interdisciplinaires et pluridisciplinaires afin de maximiser le traitement.

Finalement, il est navrant de réaliser que la majorité des personnes souffrant d'un trouble anxieux ne reçoivent pas les soins appropriés. Dans certains cas, le problème est sous-diagnostiqué ou mal diagnostiqué. En outre, dans la majorité des cas, les traitements reçus sont considérés comme non efficaces (Swinson et coll., 1992; Goisman et coll., 1994).

### **3. Survol des traitements psychologiques**

La forme de psychothérapie à privilégier compte tenu de son efficacité est la thérapie cognitivo-comportementale. Pour les troubles anxieux, cette forme de thérapie repose sur des stratégies de modification des cognitions envers la perception de danger (appelée restructuration cognitive) et de modification des comportements d'évitement (appelée exposition). D'autres techniques sont parfois utilisées, notamment la psychoéducation, le modeling et la résolution de problèmes.

La relaxation fait partie de l'arsenal cognitivo-comportemental depuis des décennies. Contrairement aux deux autres stratégies, elle semble peu efficace pour traiter la majorité des troubles d'anxiété lorsqu'elle est utilisée seule, avec quelques exceptions, soit l'anxiété généralisée et l'anxiété non pathologique.

Chez les jeunes souffrant d'anxiété de séparation, de phobie sociale et d'anxiété généralisée, quelques études ont même démontré que la thérapie cognitivo-comportementale est plus efficace quand les parents y participent. Le professionnel s'assurera de bien évaluer la contribution potentielle de l'environnement familial et scolaire dans les facteurs qui causent ou maintiennent les troubles anxieux chez les jeunes, ou qui peuvent réduire l'efficacité à long terme de la thérapie.

### **4. Survol des traitements pharmacologiques**

La pharmacothérapie permet de réduire ou d'éliminer les symptômes de panique et d'anxiété, l'efficacité variant selon les doses et les troubles anxieux. Cependant, les études rapportent souvent des rechutes à l'arrêt de la médication. Ces médicaments se regroupent en trois grandes classes : (a) les benzodiazépines, (b) les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

(IRSN), et (c) les antidépresseurs tricycliques. Le choix d'une classe repose sur le jugement du médecin et du profil d'effets secondaires (par exemple, nausée, sécheresse de la bouche, céphalées, etc.) Selon leur jugement clinique, les médecins envisageront peut-être d'autres médicaments.

Pour les 14 à 18 ans, les données scientifiques sont beaucoup plus équivoques. Il existe très peu d'études rigoureuses, la littérature porte sur peu d'études répondant aux critères définis ci-dessus, plus souvent sur des histoires de cas cliniques, et les troubles sont parfois non définis en termes de diagnostic (comme le refus scolaire).

Le seuil minimal fixé pour considérer un traitement efficace (basé sur deux études) se rencontre rarement, ce qui explique le recours à des traitements potentiellement efficaces. Pour l'instant, les recommandations chez les enfants et les adolescents reposent essentiellement sur deux prémisses : (a) un traitement efficace chez l'adulte devrait l'être chez les plus jeunes et (b) l'utilisation des médicaments devrait s'inspirer des recommandations à propos de leur usage chez les jeunes souffrant de troubles de l'humeur. Finalement, précisons que les enfants et adolescents présentent plus fréquemment des réactions paradoxales d'agitation et de désinhibition secondaires aux benzodiazépines et les précautions appropriées devraient être prises.

**Tableau A-2 - Caractéristiques de la pharmacothérapie et de la psychothérapie cognitivo-comportementale dans le traitement des troubles anxieux (Savard, 2000)**

	Pharmacothérapie	Psychothérapie
Efficacité	Bien démontrée	Bien démontrée
Rapidité d'action	Rapide	Modérée
Effets généralisables	Facilement	Facilement
Accessibilité	Élevée	Limitée
Efforts requis par le client	Faibles	Élevés
Effets secondaires	Présents	Absents
Rechute à l'arrêt du traitement	Élevée	Faible
Principal moteur de changement	L'effet de la médication	L'investissement personnel
Pertinence de la collaboration des parents	Élevée	Élevée

## 5. Le trouble d'anxiété de séparation

Les chercheurs s'intéressent depuis longtemps à ce trouble et à son traitement. Toutefois, la majorité des études publiées se limitent à quelques cas. Bien qu'intéressante, la méthodologie de l'histoire de cas clinique ne permet pas de conclure à l'efficacité spécifique de ces traitements.

Il faut donc se contenter des études rigoureuses qui, elles, sont moins nombreuses et portent sur un plus petit nombre de formes de traitement. En ce qui concerne la psychothérapie, deux études confirment l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale. Toutefois, dans ces études, les échantillons de jeunes, âgés de 7 à 14 ans et souffrant spécifiquement d'anxiété de séparation, demeurent assez restreints.

Parmi les études sur le traitement pharmacologique de l'anxiété de séparation, trois études moins rigoureuses contredisent la seule de plus grande envergure (Gittelman-Klein et coll., 1971) qui, elle, conclut à l'efficacité des antidépresseurs tricycliques. Notons que dans l'étude présentée dans le Tableau A-3, les enfants des deux groupes expérimentaux (placebo et imipramine) reçoivent une thérapie comportementale concomitante. Toutefois, une étude récente auprès de 128 jeunes âgés de 6 ans à 17 ans présentant soit un trouble d'anxiété de séparation, de phobie sociale ou d'anxiété généralisée, conclut à l'efficacité de la fluvoxamine (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine) (The Research Unit of Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group, 2001).

**Tableau A-3 - Traitements efficaces et potentiellement efficaces du trouble d'anxiété de séparation**

Traitement	Groupe d'âge	Études
Thérapie cognitivo-comportementale (bonifiée d'interventions avec la famille)	Moins de 18 ans	Dadds et coll., 1999, Kendall, 1994
Antidépresseurs tricycliques *	Moins de 18 ans	Gittelman-Klein et coll., 1971
ISRS *	Moins de 18 ans	The Research Unit of Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group, 2001

Note : \* traitement potentiellement efficace.

## 6. La phobie spécifique

Il n'existe aucune étude démontrant l'efficacité de la pharmacothérapie pour traiter la phobie spécifique. Certains auteurs suggèrent parfois un effet anxiolytique des ISRS dans quelques cas isolés. L'efficacité de l'approche cognitivo-comportementale est connue depuis longtemps dans le cas des phobies. Une foule d'études rigoureuses ont été menées depuis les années 70 pour les adultes. Toutefois, en ce qui concerne les jeunes, on ne dispose de rien d'autre que d'histoires de cas.

**Tableau A-4 - Traitements efficaces et potentiellement efficaces de la phobie spécifique**

Traitement	Groupe d'âge	Études
Thérapie cognitivo-comportementale	Adultes	Craske et coll., 1995, Öst et coll., 1995
Thérapie cognitivo-comportementale *	Moins de 18 ans	Dadds et coll., 1999

Note : \* traitement potentiellement efficace.

## 7. Le trouble panique et l'agoraphobie

L'objectif du traitement est d'éliminer les attaques de panique, l'appréhension et l'évitement. Il faut y ajouter une amélioration de la qualité de vie, du fonctionnement psychosocial et des affections comorbides. À cette fin, l'intervenant bénéficie d'une panoplie d'options de traitements pharmacologiques pour les adultes. Il semble préférable de considérer les ISRS comme traitement médicamenteux de première ligne, compte tenu du profil de ces médicaments. Leur efficacité chez les jeunes est beaucoup moins documentée, en partie en raison de la faible incidence de ce problème chez les jeunes.

La littérature scientifique foisonne d'études démontrant l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale pour le trouble panique avec agoraphobie chez les adultes. Les questions scientifiques actuelles dans ce domaine gravitent autour de la pertinence et de la façon de combiner psychothérapie et pharmacothérapie ainsi que de la forme de traitement à offrir en premier lieu. Ce choix est particulièrement important chez les 14 à 18 ans, compte tenu du manque d'études sur la pharmacothérapie.

**Tableau A-5 - Traitements efficaces et potentiellement efficaces pour le trouble panique et l'agoraphobie**

Traitement	Groupe d'âge	Études
Thérapie cognitivo-comportementale	Adultes	Barlow et coll., 2000 Clark et coll., 1994
Thérapie cognitivo-comportementale *	Moins de 18 ans	Hoffman et coll., 2000
Benzodiazépines	Adultes	Ballenger et coll., 1988 Beauclair et coll., 1994
Antidépresseurs tricycliques	Adultes	Barlow et coll., 2000 Mavissakalian et coll., 1995
IMAO	Adultes	Bakish et coll., 1993 Van Vliet et coll., 1993
ISRS	Adultes	Ballenger et coll., 1988 Pollack et coll., 1996

Note : \* traitement potentiellement efficace.

## 8. La phobie sociale

Les personnes souffrant de phobie sociale peuvent tout aussi bien bénéficier d'une psychothérapie cognitivo-comportementale que d'une pharmacothérapie. Compte tenu du dysfonctionnement scolaire observé chez les 14 à 18 ans, un traitement pharmacologique peut s'avérer utile dans bien des cas. Les IMAO sont peu utilisés auprès des adultes et des jeunes en raison des fortes restrictions alimentaires que doit accepter le patient.

La thérapie cognitivo-comportementale semble toutefois être associée à un plus faible taux de rechute. Il faut aussi noter, pour le traitement des jeunes, la pertinence d'intégrer dans le plan psychothérapeutique les personnes pouvant contribuer au maintien ou au traitement de ce trouble, notamment les parents ou les enseignants. Toutes les études sur l'efficacité de la psychothérapie auprès de cette population intègrent les parents, à des degrés variables, selon les auteurs et la présentation clinique du problème.

**Tableau A-6 - Traitements efficaces et potentiellement efficaces pour la phobie sociale**

Traitement	Groupe d'âge	Études
Thérapie cognitivo-comportementale	Adultes	Heimberg et coll., 1994 Hope et coll., 1995
Thérapie cognitivo-comportementale (bonifiée d'interventions avec la famille)	Moins de 18 ans	Albano et coll., 2001 Beidel et coll., 2000
Benzodiazépines *	Adultes	Davidson et coll., 1993
Bêta-bloqueurs (pour la phobie sociale de performance uniquement) *	Adultes	James et coll., 1983
IMAO	Adultes	Liebowitz et coll., 1992 Versiani et coll., 1992
ISRS	Adultes	Katzelnick et coll., 1995 Van Vliet et coll., 1994
ISRS*	Moins de 18 ans	The Research Unit of Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group, 2001

Note : \* traitement potentiellement efficace.

## 9. Le trouble obsessionnel-compulsif

Ce trouble a longtemps été considéré comme l'un des troubles anxieux les plus difficiles à traiter. La thérapie cognitivo-comportementale a démontré maintes fois son efficacité, d'abord pour les compulsions et, plus récemment, pour les obsessions. Auprès des jeunes, une seule étude confirme l'efficacité de cette approche.

Parmi les choix pharmacologiques, les antidépresseurs tricycliques et les ISRS représentent les options à privilégier aussi bien chez les adultes que chez les jeunes. Il faut aussi rappeler le risque d'intoxication avec la clomipramine. Chez les jeunes, il s'avère pertinent d'informer la famille sur la nature de ce trouble et du traitement afin de faciliter leur participation au traitement. Celle-ci s'avère importante tant dans la prise des médicaments que dans la réalisation des exercices cognitivo-comportementaux. Il ne faut pas oublier que la médication représente un risque d'intoxication pour les jeunes.

**Tableau A-7 - Traitements efficaces et potentiellement efficaces pour le trouble obsessionnel-compulsif**

Traitement	Groupe d'âge	Études
Thérapie cognitivo-comportementale	Adultes	Fals-Stewart et coll., 1993 Van Balkom et coll., 1994
Thérapie cognitivo-comportementale	Moins de 18 ans	March et coll., 1994
Antidépresseurs tricycliques	Adultes	Clomipramine Group, 1991 Greist et coll., 1990
Antidépresseurs tricycliques	Moins de 18 ans	DeVeugh-Geiss et coll., 1992 Flament et coll., 1985
ISRS	Adultes	Chouinard et coll., 1990 Tolleson et coll., 1994
ISRS	Moins de 18 ans	March et coll., 1998 Riddle et coll., 2001

## 10. L'état de stress post-traumatique et l'état de stress aigu

Tant chez les adultes que les jeunes, la psychothérapie cognitivo-comportementale est la seule forme de traitement psychosocial dont l'efficacité a été démontrée. Cette forme de thérapie diminue de façon significative les symptômes post-traumatiques. Un état de stress post-traumatique non traité reste très souvent chronique et ce, pour de longues années. De plus, il est démontré qu'un traitement précoce est beaucoup plus efficace (Shaler; 1998). Soulignons ici qu'une formation adéquate est obligatoire pour prendre en charge ces patients, surtout en ce qui a trait à l'exposition. En effet, certaines interventions peuvent nuire aux personnes atteintes, notamment chez les victimes d'abus sexuel (Tourigny & Guillot, 1999).

*Le traitement pharmacologique de premier choix demeure les ISRS et ses variantes (IRSN), les antidépresseurs tricycliques venant en second lieu.*

**Tableau A-8 - Traitements efficaces et potentiellement efficaces pour le stress post-traumatique**

Traitement	Groupe d'âge	Études
Thérapie cognitivo-comportementale	Adultes	Foa et coll., 1991 Keane et coll., 1989
Antidépresseurs tricycliques	Adultes	Davidson et coll., 1990 Kostein et coll., 1991
IMAO *	Adultes	Kostein et coll., 1991
ISRS	Adultes	Brady et coll., 2000 Van der Kolk et coll., 1994

Note : \* traitement potentiellement efficace.

## II. Le trouble d'anxiété généralisée

Chez les jeunes, le trouble d'anxiété généralisée est celui qui a fait l'objet du plus grand nombre d'études cliniques. Parmi les approches psychosociales, l'approche cognitivo-comportementale démontre encore une fois une efficacité supérieure à l'absence de traitement ou à un traitement non spécifique. Là encore, nous insistons sur l'importance d'intégrer les parents dans le traitement des jeunes. De nouvelles études chez les adultes progressent par ailleurs rapidement, ce qui se traduit par une efficacité accrue des programmes de traitement. Plusieurs options pharmacologiques s'offrent aussi aux professionnels. Toutefois, compte tenu des risques de dépendance aux benzodiazépines, celles-ci sont de moins en moins utilisées.

**Tableau A-9 - Traitements efficaces et potentiellement efficaces pour le trouble d'anxiété généralisée**

Traitement	Groupe d'âge	Études
Thérapie cognitivo-comportementale	Adultes	Ladouceur et coll., 2000 Borkovec et Costello, 1993
Thérapie cognitivo-comportementale (bonifiée d'interventions avec la famille)	Moins de 18 ans	Dadds et coll., 1997 Kendall, 1994
Benzodiazépines	Adultes	Hoehn-Saric et coll., 1988 Rickels et coll., 1993
Antidépresseurs tricycliques *	Adultes	Rickels et coll., 1993
Buspirone *	Adultes	Pecknold et coll., 1989 Rickels et coll., 1982
ISRS	Adultes	Davidson et coll., 1999 Rocca et coll., 1997
ISRS *	Moins de 18 ans	The Research Unit of Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group, 2001

Note : \* traitement potentiellement efficace.

## Références

ALBANO, A. M. *Treatment of social phobia in adolescents: Cognitive behavioral programs focused on intervention and prevention.* Journal of Cognitive Psychotherapy, vol. 14 no 1, 2000, p. 67-76.

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, Washington, DC, 1994.

American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>rd</sup> edition revised), Washington, DC, 1987.

American Psychological Association Task Force Template for developing guidelines : *Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders.* Washington. DC, 1995.

ANSTENDIG, K., *Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM-IV classification.* Journal of Anxiety Disorders, vol. 13 (4), 1999, p. 417-434.

Association Canadienne de Psychologie, *Empirically Supported Treatments in Psychology: Recommendations for Canadian Professional Psychology*, 1998,  
Document sur le web : [http://www.cpa.ca/documents/empiric\\_front.html](http://www.cpa.ca/documents/empiric_front.html).

BAKISH, D. et coll., *Reversible monoamine oxidase-A inhibitors in panic disorder*, Clinical Neuropharmacology, (16 suppl. 2), 1993, p. S77-S82.

BALLENGER, J.C. et coll., *Alprazolam in panic disorder and agoraphobia : Results from a multicenter trial*, Archives of General Psychiatry, 45, 1988, p. 413-422.

BARLOW, D.H., *Anxiety and its disorders*, New York, Guilford Press, 1988.

BARLOW, David et coll., *Cognitive-Behavioral Therapy, Imipramine, or Their Combination for Panic Disorder : A randomized Controlled Trial*, Journal of American Medical Association, vol. 283, no 19, May 2000, p 2529-2574.

BARSKY, A.J. et coll., *Panic Disorder Patients and their Medical Care*, Psychosomatics, 1999, p. 40, 50-56.

BEAUCLAIR et coll., *Clonazepam in the treatment of panic disorder.* Journal of Clinical Psychopharmacology, 14, 1994, p 111-118.

BEIDEL, Deborah C. et coll., *Behavioral Treatment of Childhood Social Phobia*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 68, no 6, 2000, p. 1072-1080.

BIEDERMAN, J. et coll., *A 3-year follow-up of children with and without behavioral inhibition*, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1993, p. 814-821.

BLAND, R.C. et coll., *Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton*, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, (Supplé. 338) 1988, p. 24-32.

BOYD, J.H., *Use of Mental Health Services for the Treatment of Panic Disorder*, *American Journal of Psychiatry*, 143, 1986, p. 1569-1574.

BRADY, K. et coll., *Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder*, *Journal of American Medical Association*, vol. 283, no 14, 2000, p. 1837-1844.

CHORPITA, Bruce F. et David H. BARLOW, *The development of anxiety : The role of control in the early environment*, *Psychological Bulletin*, vol. 124 (1), July 1998, p.3-21.

CHOUINARD, G. et coll., *Results of a double-blind placebo controlled trial using a new serotonin uptake inhibitor, sertraline, in obsessional-compulsive disorder*, *Psychopharmacology Bulletin*, 26, 1987, p. 701-711.

CLARK, D.M. et coll., *A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder*, *British Journal of Psychiatry*, 164, 1994, p. 759-769.

Clomipramine Collaborative Group, *Clomipramine in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder*, *Archives of General Psychiatry*, 48, 1991, p. 730-738.

CRASKE, M.G. et coll., *Treatment of claustrophobias and snake/spider phobias : Fear of arousal and fear of context*, *Behaviour Research and Therapy*, 33, 1995, p. 197-203.

DADDS, M. R. et coll., *Early intervention and prevention of anxiety disorders in children : results at 2-year follow-up*, 1999, URL <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.80>.

DAVEY, G.C.L., *Classical conditioning and the acquisition of human fears and phobias : A review and synthesis of the literature*, *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 14, 1992, p. 29-66.

DAVIDSON, J. et coll., *Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo*, *Archives of General Psychiatry*, 47, 1990, p. 259-266.

DAVIDSON, J. et coll., *Treatment of social phobia with clonazepam and placebo*, *Journal of Clinical Psychopharmacology* 13 :6 (Dec) 1993, p. 423-428.

DAVIDSON, J.R. et coll., *Efficacy, safety and tolerability of ventafaxine extended release and buspirone in outpatients with general anxiety disorder*, *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 1999, p. 528-535.

DeVEAUGH-GEISS, J. et coll., *Clomipramine hydrochloride in childhood and adolescent obsessive-compulsive disorder - A multicenter trial*, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(1), 1992, p. 45-49.

ESSAU, Cecilia A. et coll., *Frequency, Comorbidity, and Psychosocial Impairment of Specific Phobia in Adolescents*, *Journal of Clinical Child Psychology*, vol. 29, no 2, 2000, p. 221-231.

FALS-STEWART, W. et coll., *A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder*, *Journal of Nervous and Mental Disease* 181(3), 1993, p. 189-193.

FLAMENT, M.F. et coll., *Clomipramine treatment of childhood obsessive-compulsive disorder*, Archives of General Psychiatry, 42, 1989, p. 977-983.

FLEET, R. et coll., *Detecting panic disorder in emergency department chest pain patients : A validated model to improve recognition*, Annals of Behavioral Medicine, 1997, p.124-131.

FOA, E. B. et coll., *Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims : A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 59, 1991, p. 715-723.

GITTELMAN-KLEIN, R. et D. KLEIN, *Controlled imipramine treatment of school phobia*, Archives of General Psychiatry 25, 1971, p. 204-207.

GLASS, Richard M., *Panic Disorder - It's Real and It's Treatable*, Journal of American Medical Association, vol. 283, no 19, Mai 2000, p. 2573-2574.

GODDARD, A.W. et D.S. CHARNEY, *Toward an integrated neurobiology of panic disorder*, Journal of Clinical Psychiatry, 58, 1997, p. 4-12.

GOISMAN, R.M. et coll., *Panic, agoraphobia, and panic disorder with agoraphobia : Data from a multicenter anxiety disorders study*, The Journal of Nervous and Mental Disease, 182, 1994, p. 72-79.

GREIST, J.H. et coll., *Clomipramine and obsessive-compulsive disorder : A placebo-controlled double-blind study of 32 patients*, Journal of Clinical Psychiatry, 51 (7), 1990, p. 292-297.

HEIMBERG, R.G. et coll., *Cognitive-behavioral group treatment for social phobia : Effectiveness at five-year follow-up*, Cognitive Therapy and Research, 17, 1993, p. 325-339.

HIBBS, Euthymia D. et Peter S. JENSEN, *Psychosocial Treatments for Child And Adolescent Disorders*, Washington, DC, American Psychological Association, 1996.

HOEHN-SARIC, R. et coll., *Differential effects of alprazolam and imipramine in generalized anxiety disorder*. Journal of Clinical Psychiatry, vol. 49, 1988, p. 293-301.

HOFFMAN, E. C. et coll., *The Effect of Cognitive-Behavioral Treatment of Panic Disorder in Adolescence on Self-Report Measures of Anxiety and Depression*. Présentation au Congrès annuel de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy, New Orleans (USA), Novembre 2000.

HOPE, D.A. et coll., *Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia*. Behaviour Research and Therapy, vol. 33 (6), 1995, p. 637-650.

JAMES, I. M., et coll., *Effect of pindolol on stress-related disturbances of musical performance*. Journal of the Royal Society of Medicine, vol. 76, 1983, p. 194-196.

KATON, W., *Primary care psychiatry panic disorder management module*, dans WOLFE, B.E. et J.D. MASER, *Treatment of panic disorder : A consensus development conference*, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994, p. 41-58.

KATZELNICK, D.J. et coll., *Sertraline for social phobia : A double-blind, placebo-controlled crossover study*, American Journal of Psychiatry, 152, 1995, p. 1368-1371.

- KEANE, T. M. et coll., *Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veteran*. Behavior Therapy, vol. 20, 1989, p. 245-260.
- KENDALL, Philip C., *Treating anxiety disorders in children : Results of a randomized clinical trial*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 62, 1994, p. 100-110.
- KENDLER, K. S. et coll., *Panic disorder in women : A population-based twin study*, Psychological Medicine, 23, 1993, p. 397-406.
- KESSLER, R.C. et coll., *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States, Results from the National Comorbidity Survey*, Archives of General Psychiatry, 51, 1994, p. 8-19.
- KOSTEN, T.R. et coll., *Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder using phenelzine or imipramine*, Journal of Nervous and Mental Disease, 179, 1991, p. 366-370.
- KUTCHER, S. et S. MACKENZIE, *Successful clonazepam treatment of adolescents with panic disorder*, Journal of Clinical Psychopharmacology 18, 1988, p. 299-301.
- LADOUCEUR et coll., *Efficacy of cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder : Evaluation in a controlled clinical trial*, 2000.
- LAST, C., *Anxiety across the lifespan : A developmental perspective*, New York, Pringer, 1993.
- LIEBOWITZ, M.R. et coll., *Phenelzine versus atenolol in social phobia : A placebo-controlled comparison*, Archives of General Psychiatry, 49, 1992, p. 290-300.
- MAGEE, W.J. et coll., *Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the national comorbidity survey*, Archives of General Psychiatry, 53, 1996, p. 159-168.
- MARCH, J.S. et coll., *Sertraline in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder : a multicenter randomized controlled trial*, 1998, URL <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/80>.
- MAVISSAKALIAN, M.R. et J.M. PEREL, *Imipramine treatment of panic disorder with agoraphobia : Dose ranging and plasma level-response relationships*, American Journal of Psychiatry, 152, 1995, p. 673-682.
- MURIS, Peter et coll., *Fears, worries, and scary dreams in 4-to-12-year-old children : Their content, developmental pattern, and origins*, Journal of Clinical Child Psychology, vol. 29(1), March 2000, p. 43-52.
- NADER, K. et coll., *Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school*, American Journal of Psychiatry, 139, 1982, p. 1266-1270.
- NARROW, W.E. et coll., *Use of services by persons with mental and addictive disorders. Findings from the NIMH ECA program*, Archives of General Psychiatry, 50, 1993, p. 95-107.
- Obsessive-compulsive cognitions working group, *Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder*. Behaviour Research and Therapy, vol. 35, 1997, p. 667-681.
- ÖST, L.G. et B.E. WESTLING, *Applied relaxation versus cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder*, Behaviour Research and Therapy, 33, 1995, p. 145-158.
- PECKNOLD, J.C. et coll., *Alprazolam in panic disorder and agoraphobia*. Archives of General Psychiatry, vol. 45, 1989, p. 429-439.

- POLLACK, M.H. et coll., *Venlafaxine for panic disorder : Results from a double-blind, placebo-controlled study*, Psychopharmacology Bulletin, 32, 1996, p. 667-670.
- POWER, K. G. et coll., *A controlled comparison of cognitive-behaviour therapy, diazepam, and placebo, alone and in combination, for the treatment of generalized anxiety disorder*. Journal of Anxiety Disorders, vol. 4, 1990, p. 267-292.
- Research Unit of Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group (The), *Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents*, New England Journal of Medicine, vol. 344, no 17, 2001, p. 1279-1285.
- RICKELS, K. et coll., *Antidepressants for the treatment of generalized anxiety disorder*, Archives of General Psychiatry, 50, 1993, p. 884-895.
- RICKELS, K. et coll., *Long-term treatment of anxiety and risk of withdrawal: prospective comparison of clorazepate and buspirone*, Archives of General Psychiatry, vol. 45, 1982, p. 444-450.
- RIDDLE, M.A. et coll., *Fluvoxamine for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder : a randomized, controlled, multicenter trial*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40 (2) 2001, p. 222.
- ROCCA, P. et coll., *Paroxetine efficacy in the treatment of generalized anxiety disorder*, Acta Psychiatrica Scandinava, 95, 1997, p. 444-450.
- ROMANO, E. et coll. (Sous presse), *Prevalence of Psychiatric Diagnoses and the Role of Perceived Impairment : Findings from an Adolescent Community Sample.*, Journal of Child Psychology and Psychiatry
- ROTHBAUM, B.O. et coll., *A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims*, Journal of Traumatic Stress, 5, 1992, p. 455-475.
- SALVADOR-CARULLA, L. et coll., *Cost and offset effect in panic disorders*. British Journal of Psychiatry, 166(suppl. 27), 1995, p. 23-28.
- SANTÉ CANADA *Les troubles anxieux et leur traitement : Analyse critique de la littérature sur les traitements fondés sur des preuves*. Santé Canada catalogue no. H39-388/1-1996F.
- SAVARD, Pierre, *Comment diagnostiquer et traiter les troubles anxieux*, Le clinicien, Montréal, juillet 2000, p. 6478.
- SWEDO, Susan E. et coll., *Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections : Clinical description of the first 50 cases*, American Journal of Psychiatry, vol. 155 (2), Feb. 1998, p. 264-271.
- SWINSON, RP et coll., *Use of medical services and treatment for panic disorder with agoraphobia and for social phobia*. CMAJ, vol 147 (6), 1992, p. 878-883.
- TOLLEFSON, G.D. et coll., *A multicenter investigation of fixed-dose fluoxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder*, Archives of General Psychiatry, 51 (7), 1994, p. 559-567.
- TOURIGNY, M., *Efficacité des interventions pour enfants abusés sexuellement : une recension des écrits*, Revue Canadienne de Psychoéducation, 1997, 26 (1), p. 39-69.

VAN BALKOM, A.J.L.M. et coll., *A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder : A comparison of antidepressant, behavior, and cognitive therapy*, *Clinical Psychology Review*, 5, 1994, p. 359-381.

VAN DER KOLK, B.A. et coll., *Fluoxetine in post-traumatic stress disorder*, *Journal Clinical Psychiatry* 55(12), 1994, p. 517-522.

VAN VLIET, I.M. et coll., *MAO inhibitors in panic disorder : Clinical effects of treatment with brofaromine. A double-blind placebo controlled study*, *Psychopharmacology Berlin*, 112(4), 1993, p. 483-489.

VAN VLIET, I.M. et coll., *Psychopharmacological treatment of social phobia : a double blind placebo controlled study with fluvoxamine*, *Psychopharmacology*, 1994, p. 128-134.

VERSIANI, M. et coll., *Pharmacotherapy of social phobia : A controlled study with moclobemide and phenzazine*, *British Journal of Psychiatry*, 161, 1992, p. 353-360.







RÉGIE RÉGIONALE  
DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX  
**MONTREAL-CENTRE**