

**Les troubles anxieux et leur traitement :
Analyse critique de la littérature sur les traitements
fondés sur des preuves**

Rédigé par :

Martin M. Antony, Ph.D., C.Psych
Richard P. Swinson, MD, FRCP(C)
Anxiety Disorders Clinic, Clarke Institute of Psychiatry
Department of Psychiatry, University of Toronto

Pour:

Santé Canada

1996

Chapitre 1

INTRODUCTION

Les troubles anxieux figurent parmi les troubles mentaux les plus répandus. Selon le Supplément sur la santé mentale de l'Enquête sur la santé en Ontario, 9 % des hommes et 16 % des femmes avaient éprouvé de l'anxiété au cours des 12 mois précédant l'enquête (Ministère de la Santé de l'Ontario, 1994). Selon une étude sur les troubles mentaux réalisée à Edmonton, au Canada, le taux de prévalence à vie pour l'ensemble des troubles anxieux somatoformes serait de 8,7 % chez les hommes et de 13,8 % chez les femmes. Le taux global de prévalence à vie pour les deux sexes s'élèverait à 11,2 % (Bland, Orn et Newman, 1988). Ces affections s'accompagnent souvent d'autres troubles psychiatriques, entre autres la dépression et les toxicomanies. Les troubles anxieux ont de lourdes répercussions individuelles et sociétales : diminution de la qualité de vie, perte de revenu, baisse de la productivité et utilisation fréquente des services de santé (Siegel, Jones et Wilson, 1990; Swinson, Cox et Woszczyzna, 1992).

Il existe des interventions pharmacologiques, psychothérapeutiques et comportementales efficaces contre les troubles anxieux. Si l'on se fie aux récentes données empiriques, cependant, les professionnels de la santé et de la santé mentale ne seraient pas très au fait des traitements appropriés en la matière et auraient recours à des pratiques thérapeutiques qui, dans bien des cas, ne s'appuient pas sur des recherches empiriques (Swinson et coll., 1992).

Afin de consolider le corpus de connaissances empiriques sur les traitements efficaces des troubles anxieux, et pour faire avancer la discussion sur le sujet parmi les intervenants en santé mentale, la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé de Santé Canada a commandé une analyse critique de la littérature sur les traitements. Le rapport a été rédigé par

Martin Antony, Ph.D. et Richard Swinson, M.D., au *Clarke Institute of Psychiatry* de Toronto (Ontario). La Direction générale est très reconnaissante aux auteurs, qui se sont engagés à produire des rapports exacts et exhaustifs. Un document d'accompagnement intitulé «Les troubles anxieux : Orientations futures de la recherche et du traitement» a également été rédigé, qui donne un aperçu des résultats de l'analyse critique et propose des orientations possibles pour les futures activités de recherche, d'éducation et de soin.

L'analyse porte sur les études des six principaux troubles anxieux : le trouble panique avec agoraphobie (TPA) ou sans agoraphobie (TP), le trouble obsessionnel-compulsif (TOC), la phobie sociale, l'anxiété généralisée (AG), la phobie spécifique et l'état de stress post-traumatique (ESPT). Nous ne traiterons pas ici de l'état de stress aigu, une variante de l'ESPT dont la durée est cependant moindre, puisque cette entité clinique vient tout juste d'être répertoriée dans le DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition, *American Psychiatric Association*, 1994) et qu'aucune étude n'a encore été publiée sur le traitement de ce trouble. On peut supposer que les résultats d'études sur l'ESPT s'appliqueront également à ce trouble. En outre, nous ne nous intéresserons pas à l'agoraphobie sans antécédents de trouble panique ni aux troubles anxieux dus à une affection médicale générale ou induits par une substance, faute de recherches sur les méthodes utilisées dans le traitement de ces affections. Enfin, il ne sera pas question ici des troubles anxieux qui font partie de la catégorie «non spécifié», étant donné l'hétérogénéité de cette catégorie et l'absence d'études sur le profil des sujets faisant l'objet de ce diagnostic.

Public cible

Cette analyse de la littérature devrait intéresser autant les chercheurs des secteurs de la santé et de la santé mentale que tous ceux et celles qui s'intéressent au traitement des troubles anxieux.

Méthode

Les auteurs ont effectué des recherches informatisées à l'aide des bases de données *MedLine* et *PsychLit* afin de repérer les articles sur le traitement des troubles anxieux publiés au cours des quinze dernières années. Ils ont utilisé comme mots-clés la désignation de chaque trouble, assortie du terme «*treatment*» (p. ex., *panic disorder et treatment, obsessive compulsive disorder et treatment*). En outre, ils ont réalisé une recherche manuelle en parcourant la bibliographie des articles de synthèse et des études publiés récemment sur le sujet.

Les études qui ont servi à l'analyse critique devaient répondre aux critères suivants :

- Il devait nécessairement s'agir d'études contrôlées, qui visaient par exemple à comparer des groupes soumis à certains traitements à des groupes témoins qui ont reçu d'autres traitements, des placebos ou qui n'ont bénéficié d'aucun traitement (qui étaient inscrits sur une liste d'attente, par exemple). La plupart des études recensées reposaient sur une comparaison entre des groupes; plusieurs, cependant, ont appliqué un plan expérimental croisé, où les participants étaient leurs propres sujets-témoins.
- Toutes les études devaient compter au moins dix participants par groupe. On a jugé que les analyses statistiques ne seraient pas pertinentes et seraient difficiles à interpréter si le nombre de participants par groupe était inférieur à dix.
- Les critères diagnostiques utilisés dans toutes ces études ne devaient en aucun cas être antérieurs à la publication du DSM-III (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 3^e édition (*American Psychiatric Association*, 1980). Le DSM-III définit en effet pour les divers troubles anxieux des critères diagnostics très précis qui pouvaient être utilisés dans les divers centres de recherche et milieux cliniques.

- Les études portant sur des groupes mixtes de patients (p. ex., des sujets souffrant de trouble panique et d'anxiété généralisée) n'ont pas été retenues sauf lorsqu'il était possible de différencier les effets du traitement sur chaque trouble. Lorsque les études faisaient appel à des entretiens diagnostiques dirigés pour repérer les sujets atteints de troubles anxieux, les auteurs le mentionnent dans le rapport.

En se fondant sur ces critères, les études pharmacothérapeutiques et les études faisant appel à des démarches cognitives et comportementales ont été incluses dans l'examen. Le cas échéant, les études sur les auto-traitements («*self-instruction*», p. ex., les guides d'initiative individuelle) et sur les traitements ne faisant appel qu'à une intervention minimale du thérapeute (p. ex., le traitement par téléphone) l'ont également été. Toutefois, les études sur l'efficacité (la participation) des groupes d'entraide n'ont pas été examinées faute de répondre aux critères, tout comme les études portant sur d'autres formes d'interventions psychothérapeutiques (p. ex., les approches psychodynamiques et humanistes). Ces critères comportent à la fois des avantages et des inconvénients. S'ils permettaient d'accroître la probabilité que les études examinées répondent à certaines normes minimales, ils ont par contre pu conduire à rejeter certaines études dont les résultats auraient pu mettre en lumière certaines avenues possibles pour la recherche future. Au total, plus de 200 études de traitement ont ainsi été exclues de l'analyse.

Points forts et points faibles des études examinées

Les études recensées dans le présent rapport donnent une idée de l'état actuel de la recherche sur le traitement des troubles anxieux. Ces études peuvent néanmoins présenter certaines carences méthodologiques attribuables au traitement inadéquat des points suivants :

- *Pertinence du traitement offert* : Les doses et les durées (dans les études sur les traitements médicamenteux) et la durée du traitement (dans les études sur les traitements psychologiques) sont toujours mentionnées dans l'analyse. Toutefois, il n'était pas toujours évident de savoir si les chercheurs avaient administré le traitement tel que rapporté. Par exemple, en ce qui a trait aux études sur les psychothérapies, le niveau de compétence des thérapeutes de l'école

cognitivo-comportementale pouvait fort bien varier selon les études. Il pouvait aussi arriver que les participants à ces études n'observent pas les consignes de traitement. En outre, dans certaines des études, l'observance du traitement et son intégrité n'étaient pas systématiquement mesurées.

- ◉ *Type de paramètre mesuré* : Une carence notée dans presque toutes les études examinées est la tendance à ne mettre l'accent que sur la mesure des symptômes au détriment de l'évaluation des déficiences fonctionnelles, de la qualité de vie et des autres aspects liés à l'impact du trouble sur le sujet.
- ◉ *Cohérence dans les types de paramètres utilisés entre les études* : Pour certains troubles (p. ex., le TOC), les paramètres utilisés dans les études sur les traitements médicamenteux étaient en général plus précis que dans celles sur les TCC, alors que pour d'autres (p. ex., l'AG), les chercheurs s'intéressant aux TCC ont généralement utilisé un plus large éventail de paramètres que les chercheurs en pharmacothérapie. En général, les paramètres utilisés dans les recherches sur le TP et le TPA étaient plus précis que ceux employés dans les études sur les autres troubles (p. ex., l'AG).
- ◉ *Cohérence dans les types d'instruments d'évaluation (mesure) utilisés selon les études* : Autant dans le domaine clinique que dans celui de la recherche, on se sert d'instruments d'évaluation pour déterminer la présence ou l'absence de symptômes de trouble anxieux. Il existe une foule d'instruments différents pour chacun de ces troubles et, dans chaque cas, l'«étalon» ne fait guère l'unanimité. En outre, nombre de

ces instruments s'appliquent à des domaines différents : certains, par exemple, mesurent les effets psychologiques, alors que d'autres mesurent des effets biologiques. Cela ne facilite guère les comparaisons entre les études, même lorsqu'elles portent sur le même trouble anxieux (p. ex., la phobie sociale).

Organisation du rapport

Le chapitre 2 donne un aperçu des troubles anxieux et renferme des données sur leur prévalence, leurs facteurs de risque, les formes de comorbidité, les coûts économiques qui y sont associés, ainsi que sur l'utilisation des services de santé par les personnes touchées. Les chapitres 3 à 9 font une analyse critique des études sur l'issue des traitements [pharmacothérapie, psychothérapie (thérapies cognitivo-comportementales), et autres interventions comportementales, dont le recours à des guides d'initiative individuelle et au traitement par téléphone] offerts pour chacun des six troubles anxieux énumérés ci-dessus. Le chapitre 10 résume les principales constatations, formule une conclusion, cerné les lacunes de la littérature sur la recherche et propose quelques avenues pour les recherches futures. (Les répercussions sur les activités éducatives et autres activités connexes sont abordées dans le document d'accompagnement.) On trouvera à l'Annexe 1 un tableau des taux de prévalence des troubles anxieux. L'Annexe 2 présente les critères diagnostiques des troubles anxieux, tirés du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition (DSM-IV) (*American Psychiatric Association*, 1994). L'Annexe 3 donne une liste de références utiles sur les outils d'évaluation de l'anxiété. Enfin, l'Annexe 4 donne le nom déposé et la catégorie de médicament de chaque produit mentionné pour le traitement de chaque trouble anxieux, et contient un glossaire des termes techniques et des abréviations utilisés dans le rapport.