

# Comprendre les troubles anxio-dépressifs

Pierre Bleau, M.D., FRCPC, DFAPA  
Médecin-Psychiatre,  
Professeur adjoint de psychiatrie, Université McGill  
Directeur, Service des urgences psychiatriques C.U.S.M.  
*[pierre.bleau@mcgill.ca](mailto:pierre.bleau@mcgill.ca)*

La surveillance des troubles mentaux à partir des données du Système  
intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ)

5 novembre 2015

Pierre Bleau, M.D., FRCPC, DFAPA

Les troubles anxio-dépressifs

Je n'ai pas actuellement, et je n'ai pas eu au cours des deux dernières années, d'affiliation, d'intérêts financiers ou intérêts de tout ordre avec une société commerciale. Je ne reçois pas de rémunérations, de redevances ou d'octrois de recherche d'une société commerciale.

# Objectifs

- À partir de présentations cliniques, aborder la nosologie, l'étiologie et la gestion thérapeutique des troubles anxio-dépressifs
- Décrire les enjeux associés à la prévalence des troubles anxio-dépressifs en ce qui concerne l'accès, l'organisation et l'utilisation des services en santé mentale.
- Résumer les défis biopsychosociaux associés au trouble anxio-dépressifs et à la thérapeutique de ces troubles chroniques

# Agenda

- Généralités et épidémiologie
- Présentations cliniques
- Thérapeutiques et organisation des services
- Les défis

# Généralités et épidémiologie

- En 2030 il est prévu que le projet de lutte contre la dépression de l'OMS soit le projet mondial de santé n°1. Il dépassera les projets de lutte contre les maladies cardiaques et le cancer.
- Selon l'OMS, moins de 50% des personnes touchées par la dépression dans le monde (dans certains pays, moins de 10%) reçoivent un traitement. Dans les faits, le plus souvent, ces personnes sont stigmatisées et discriminées.
- L'Assemblée mondiale de la santé a adopté une résolution en mai 2015 pour chercher une solution globale pour apprendre à se confronter aux troubles mentaux au niveau national. Cela comprend l'augmentation de l'éducation, la protection des droits des personnes souffrant de dépression, et l'intégration de politiques de santé mentale dans les soins de santé en général

- La dépression est actuellement parmi les 10 principales causes condamnant l'existence à un faible état de santé durant plusieurs années. Le plus tragique reste que la dépression peut conduire au suicide. Près d'1 million de personnes se suicident chaque année, 86% d'entre eux ont de faibles revenus. Le suicide est parmi les trois principales causes de décès chez les personnes de moins de 25 ans. La dépression est l'un des principaux facteurs de risque de suicide, en particulier en ce qui concerne les adolescents et les femmes en âge de procréer.

# Qui sont les troubles anxio-dépressifs?

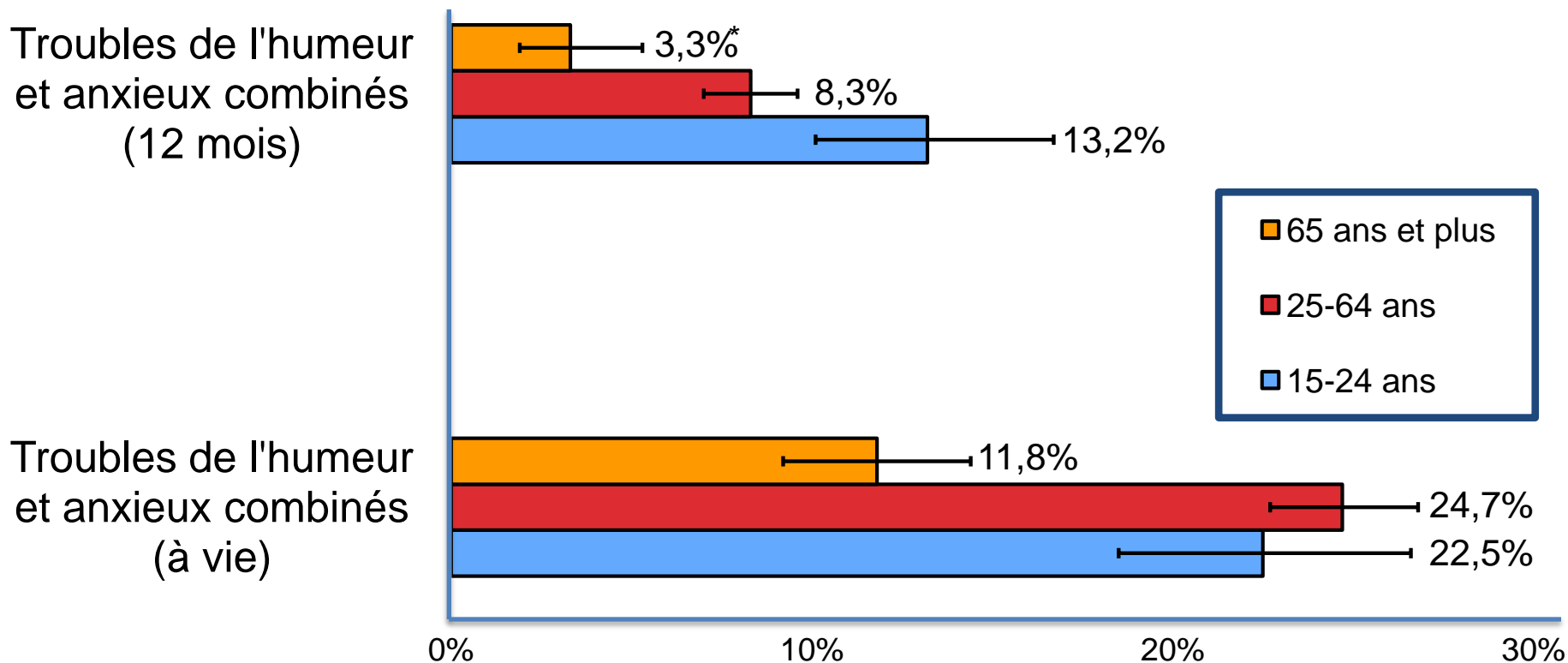
- Les dépressions majeures (Tristesse et anhédonie)
- Les maladies bipolaires I & II (Les manies et les dépressions)
- Les troubles d'adaptation (Les évènements nous fragilisent)
- Les troubles panique (Intolérance aux symptômes physiques)
- Les troubles d'anxiété sociale (Intolérance aux jugements négatifs)
- Les troubles d'anxiété généralisée (Intolérance à l'incertitude)
- Les troubles obsessionnels compulsifs (Intolérance aux risques et aux conséquences de nos pensées)
- Les troubles de stress post-traumatiques (Intolérance que le trauma se reproduise)
- Les phobies simples (Intolérances aux objets extérieurs)
- Les dysthymies, cyclothymies (La vie maussade et de minis montagnes russes)



# Les symptômes et les signes des maladies

<u>Comportementaux</u> $\beta$	<u>Physiques</u> $\varphi$	<u>Affectifs</u> $\alpha$	<u>Cognitifs</u> $\psi$
Évitement Abus de drogue et alcool Dépendance à l'entourage Procrastination Isolement Compulsion Thésaurisation Laisser aller Défavorisation sociale	Rougeissement (TAS) Bégaiement Diaphorèse Symptômes digestifs Bouche sèche Palpitations Tremblements Attaques de panique Douleurs chroniques Amaigrissement (D) Troubles métaboliques	Anxiété (A) Attaques de panique (A) Tristesse (D) Découragement (D) Perte d'espoir (D) Anhédonie (D) Amotivation (D) Ambivalence (A & D)	Peur de perdre le contrôle Évaluation négatives de ses capacités, de l'entourage et de l'avenir (A & D) Perfectionnisme Anticipation catastrophique Manque d'attention et de concentration Obsessions Pessimisme (A & D)

Prévalence des troubles de l'humeur et des troubles anxieux combinés selon l'âge dans la population générale du Québec - 15 ans et plus (ESCC, 2001).



\* Estimation marginale, coefficient entre 15% et 25%, à interpréter avec prudence.

# Prévalence annuelle des troubles anxio-dépressifs

Diagnostic	NCS Kessler Prévalence 1 an*	CCHS1.2 Can. (Qc) Prévalence 1 an**
Épisode dépressif majeur Dysthymie	6.7 1.5	4.8 (4.9) ---
Maladies bipolaires I & II	2.6	1.0 (0.8)
Dépendance à des drogues	3.8	0.8 (0.9)
Dépendance alcoolique	1.3	2.6 (1.9)
Phobie sociale	6.8	3.0 (2.0)
Stress post-traumatique	3.5	---
T.O.C.	1.0	---
Troubles panique	2.7	1.5 (1.4)
Présence d'au moins un trouble psychiatrique	14.4	10.9 (10.2)

\*Ronald C. Kessler; Wai Tat Chiu; Olga Demler; Ellen E. Walters. ARCH GEN PSYCHIATRY/VOL 62, JUNE 2005

\*\*Lesage et al, ICCSM 2006: Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada

# Origine des troubles anxio-dépressifs!?

- Les principales causes de l'anxiété et la dépression sont la pauvreté, l'errance, la criminalité, la violence (violence familiale en particulier), la guerre, la dégradation de l'environnement et les catastrophes naturelles, la vulnérabilité économique, le chômage et le manque d'éducation. L'OMS a déclaré que la crise économique mondiale était un facteur qui allait contribuer à l'augmentation de l'anxiété et la dépression.
- **Biologiques:**
  - Familiales
  - Gènes X environnements
  - Habitudes de vie
  - Anxiété – le stress est un facteur causal de la dépression
- **Psychologiques**
  - Abus
  - Trauma de l'enfance
  - Abus psychologiques
  - Anxiété – le stress est un facteur causal de la dépression
- **Sociales**
  - Dévalorisation et défavorisation sociale
  - Femmes
  - Conditions de vie
  - Conditions à l'emploi
  - Manque d'accès au service spécialisé et à la psychothérapie (facteurs aggravants)

# Comorbidités

- Fortement associé entre eux
- Pathologies familiales
- Dépression identifiée dans 40-50% des cas de suicide
- 4-5% de mortalité par suicide chez les patients déprimés
- Diabète/Asthme/HTA/Mx.C/Arthrites/Dorsalgie/Migraine = 54.4% des jours d'absence au T. si associés à la dépression (autour de 25% sans DM)
- Mortalités précoces

## Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes menée par Statistique Canada en 2002

- 10% des Canadiens ont eu recours à des services de santé mentale;
- Les médecins de famille représentent les professionnels les plus consultés pour les troubles mentaux;
- La majorité des gens qui présentent des troubles mentaux ne consultent pas de professionnels de la santé (60%)

# Présentations cliniques

Les symptômes de l'anxiété sont une sorte de peur accompagnée de doute, d'ambivalence et d'évitement. Les gens anxieux surestiment les difficultés, présentent des troubles du sommeil. Ils ont une faible estime de soi, des manques de concentration. Ils présentent des inquiétudes irréalistes et sont tendus et fébriles psychologiquement

Les symptômes de la dépression sont une diminution de l'énergie, la mélancolie, une perte d'intérêt ou de plaisir, un sentiment de culpabilité, une faible estime de soi, des troubles du sommeil et de l'appétit, un manque de concentration.

# Martine, 38 ans

- Martine est fille unique, elle est monoparentale, a 38 ans et a deux enfants âgés de 2 et 7 ans.
- Elle présente des inquiétudes vives et paralysantes depuis l'adolescence qui l'a mené à consulter il y a quelques années. Depuis 6 mois elle présente des ruminations négatives face à l'avenir, des maux de tête, de l'anxiété, des tensions, de l'irritabilité, de l'insomnie d'endormissement, un côlon irritable et de la fatigue
- Elle consulte à l'urgence pour idées suicidaires avec un plan homicide pour ses enfants. (Elle a l'idée de s'intoxiquer avec sa médication)
- Elle a perdu son emploi, il y a 1 semaine par manque de concentration (caissière). Elle n'a plus d'intérêt et de plaisir dans la vie. Elle n'est plus capable de s'occuper de ses enfants, qui sont, selon elle, hyperactifs et irritants.
- Elle s'occupe peu d'elle-même: de sa personne, de sa maison et de ses finances. Elle fume 2 paquets de cigarettes par jours, est inactive et a peu d'amis. Elle ne voit plus ses parents depuis plus de 10 ans.
- Son médecin de famille a pris sa retraite il y a 3 semaines. Elle est sur la liste d'attente au CLSC. Elle prend du citalopram et de la quétiapine. Elle avait perdu 10 livres avant de consulter, mais a pris 25 livres depuis 2 mois. Elle ne cuisine plus, mange du McDo...
- Un de ses amis lui a suggéré de la cocaïne pour l'aider. Il vient quelques nuits par semaine, pour l'aider dit-il; elle se sent abusée et désabusée...



# Martine et ses vulnérabilités

- **Symptômes et signes:**
  - Inquiétudes vives et paralysantes
  - Triste, anhédonie, découragement, suicidaire, homicide
  - Maux de tête, anxiété, tensions, irritabilité, insomnie
- **Bio:**
  - Cigarettes
  - Anxiété chronique (TAG: facteur de risque de dépression)
  - Côlon irritable
- **Psycho**
  - Vision négative d'elle, de son entourage et de l'avenir
  - Schémas relationnels
- **Sociales**
  - Perte d'emploi
  - Monoparentalité avec 2 enfants (risque de TDA)
  - Manque de support social
  - Manque d'ombudsman
  - Manque de suivi et accessibilité des ressources

# Sébastien, 53 ans

- Sébastien a 53 ans, est divorcé, et a 3 enfants qu'il ne voit plus. Il est connu pour trouble panique avec agoraphobie (à 32 ans). A un surplus de poids, mais a perdu 20 livres depuis 3 mois. Pas de pathologie médicale autre.
- Son épouse l'a quitté à cause de son manque d'entrain et sa prise d'alcool, il y a 2 ans. Il est cadre dans le réseau de la santé et la réingénierie, la pression et la menace de perdre son emploi à l'agence de la santé lui pèsent lourd.
- Il ne dort plus, est triste, n'a pas de motivation et a perdu l'appétit. Sébastien est découragé de la vie. Il fait des attaques de panique, quand vient le moment de sortir de chez lui. Il est devenu un poids, dit-il pour la société. Il est isolé socialement et ne voit plus sa famille, ses amis.
- Il est en arrêt de travail depuis 8 mois; il voit son MD de famille de façon mensuelle. Il prend du « citalopram » 20 mg ainsi que 2 bouteilles de vin par jour.
- Il doit rencontrer un « expert » psychiatre à la demande de son employeur la semaine prochaine
- Il est en attente de voir un psychiatre à la clinique externe de son hôpital de secteur depuis 5 mois.
- Il est en attente de psychothérapie à son CLSC, mais il y a 6 mois d'attente. Il a eu 2 contacts téléphoniques avec le PAE qui l'ont encouragé à aller consulté les AA
- Sébastien ne va plus à la chasse, mais envisage un autre usage pour ses armes à feu

# Sébastien et ses vulnérabilités

- **Symptômes et signes:**
  - Insomnie, tristesse, amotivation, anorexie, découragement, nihiliste
  - Attaques de panique, agoraphobie
  - Abus d'alcool
- **Bio:**
  - Trouble panique avec agoraphobie
  - Alcoolisme
  - 53 ans
- **Psycho**
  - Vision nihiliste (désespoir est un marqueur du risque élevé de suicide)
  - Difficultés relationnelles et schémas relationnels
- **Sociales**
  - Isolé socialement: ne voit plus sa famille, ses amis,
  - Arrêt de travail et risque de cristallisation
  - Divorcé, séparé
  - Inaccessibilité de la psychothérapie
  - Inaccessibilité des services spécialisés

# Hélène, 67 ans, veuve

- 67 ans, DB 2, Fibromyalgie, trouble anxiété généralisée, trouble d'anxiété sociale, obèse, trouble de la mobilité, trouble cognitif.
- Veuve depuis 2 ans, s'est fracturée la hanche il y a 5 mois.
- 3<sup>e</sup> épisode dépressif (triste, découragée, insomniaque, suicidaire, pas de concentration, ne sort plus) Hélène a toujours eu peur de l'avenir et toujours craint le jugement d'autrui.
- Elle prend des ATD depuis 30 ans
- Boit 3 bières par jours pour oublier
- Hélène n'est plus capable de réfléchir, d'organiser ses sorties et de payer ses comptes,
- Elle est vue au CLSC, par son médecin et une travailleuse sociale. Elle n'a pu se rendre à ses derniers RDV. Les services de la ville sont intervenus récemment pour raison d'insalubrité et urgence psychosociale et ont amené Hélène à l'urgence.

# Hélène et ses vulnérabilités

- Symptômes et signes:
  - Triste, anxieuse, anhédonique, découragée, suicidaire
- Bio:
  - Amaigrissement et prise de poids
- Psycho
  - Dévalorisations
- Sociales
  - Enfants et potentiel de négligences
  - Isolement
  - Dépendance & manque d'accompagnement
  - Manque d'accès aux services
  - Manque d'hébergement

# Guillaume, 19 ans

- Guillaume, est célibataire, vit seul, est vendeur d'appareils photo. Il a laissé le CÉGEP et souhaite retourner aux études l'an prochain, en photographie. Il ne présente pas de comorbidité médicale, psy...
- Il fut rencontré, il y a 6 mois pour un trouble obsessionnel compulsif léger et présentait des symptômes dépressifs. Guillaume a été recommandé par la responsable du groupe communautaire pour les troubles anxieux, et le psychiatre a accepté de le rencontrer malgré l'absence de prise en charge à son guichet d'accès.
- Il était alors dysfonctionnel, venait de laisser l'école et songeait au suicide
- Il fut traité dans notre clinique spécialisée, en psychothérapie cognitivo comportementale en première intention, car celle-ci n'est pas accessible autrement pour les gens aux revenus limités. Après 4 mois de thérapie, Guillaume est devenu asymptomatique, est retourné au travail et préparait en août dernier son retour à l'école.

# Guillaume et ses vulnérabilités

- Symptômes et signes:
  - Triste, anxiété (obsessions et compulsions), anhédonique, découragé, suicidaire
- Bio:
  - T.O.C
- Psycho
  - Échec scolaire
- Sociales
  - Faible revenu
  - Manque d'accès aux services de psychothérapies spécialisées

# La thérapeutique & l'organisation des soins et des services



# La thérapie: interventions validées

- **Biologique**
  - Médications antidépressives et anxiolytiques
  - Sismothérapie
  - Stimulation magnétique transcranienne
  - Stimulation intracérébrale
- **Psychologique**
  - Activation behaviorale
  - Thérapies d'expositions et cognitives
- **Sociale**
  - Participation à des groupes supports
  - Ateliers protégés

# Les services

- L'urgence
- L'hospitalisation
- Les suivis intensifs
- Les services de crise
- Les services externes spécialisés
- Les services de premières lignes (CLSC), les cabinets de médecine familiale, les psychologues et autres ressources parahospitalières

# Trajectoires de Martine, Sébastien et Hélène, Guillaume

- Martine: urgence, pas de médecin de famille
- Sébastien: médecin de famille, attente pour services spécialisés
- Hélène: suivie au CLSC, manque d'accompagnement et d'hébergement adapté
- Guillaume: vu en clinique spécialisée par manque de services psychologiques accessibles pour lui en première ligne

Les défis

# Les défis

- Prise en charge et traitement rapide
- Accessibilité à des soins spécialisés et de psychothérapie (pour toute la population)
  - Les troubles mentaux touchent 1 personne sur 5 et moins de 50% consultent
  - Principes de soins de santé publique au Canada: pour l'accessibilité et l'efficacité!
- Troubles Co morbides (accessibilité à des services ultras spécialisés)
  - Prise d'alcool et de substances
- Symptômes résiduels
- Douleurs chroniques associées
- Syndromes métaboliques et habitudes de vie (p. ex., tabagisme, alimentation, sédentarité)
- La défavorisation sociale et les effets secondaires néfastes de la médication
- Suicide
- Anxiété et dépression chez la femme
- La personne âgée et les troubles cognitifs (manque de ressource gériatrique et de ressources d'hébergement)
- Risque de chronicisation de l'arrêt de travail (Inadéquacité des programmes d'aides)

# CAP Collectif pour l'accès à la psychothérapie

- Toute personne, de tout âge, atteinte de trouble mental, pour laquelle des services de psychothérapie sont indiqués, puisse en bénéficier sans condition de ressources;
- Une offre de services de première ligne articulée autour d'une collaboration entre les médecins et les psychologues ou les psychothérapeutes soit mise en place, selon les approches thérapeutiques basées sur les preuves cliniques;
- Des indicateurs de résultats puissent être utilisés afin d'évaluer les impacts, d'informer les décideurs et les cliniciens et d'alimenter les mesures d'amélioration continue de l'organisation des services et des pratiques en santé mentale.

[-http://capqc.ca/fr/articles/cap](http://capqc.ca/fr/articles/cap)

-Rapport d'équités et de résultats en santé mentale au Québec 2012  
Commissaire é la santé et au Bien-être

# Psychothérapies majeures pour la dépression comme support à la première ligne

Psychothérapie	Prémises	Activités
<b>Thérapie cognitive comportementale (TCC)</b>	“Croyances dysfonctionnelles à propos de soi, du monde, et du futur qui maintient l’humeur dépressive”	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconnaître les cognitions négatives</li> <li>Répondre aux comportements et pensées négatives</li> <li>Résolution de problèmes et testé les croyances</li> </ul>
<b>Thérapie interpersonnelle (TIP)</b>	“Les relations interpersonnelles actuelles maintiennent l’humeur dépressive”	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier la source (Transition de rôle, conflit, deuil, déficit interpersonnel)</li> <li>Focus sur le contexte social</li> </ul>
<b>Activation behaviorale/comportementale (ABC)</b>	“La dépression est la conséquence d’un manque de renforcement positif de l’environnement”	<ul style="list-style-type: none"> <li>Augmenter l’activité et l’accès des expériences de récompenses</li> <li>aborder l’inertie, l’évitement, le retrait social</li> </ul>
<b>Cognitive behavioural analysis system of psychotherapy (CBASP)</b>	“Dans la dépression chronique, l’évitement situationnel et interpersonnel maintient l’humeur dépressive”	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilisation de techniques behaviorales, cognitives et interpersonnel</li> <li>Focus sont mis sur les schémas relationnels négatifs</li> </ul>

# Évidences de l'utilisation de la psychothérapie comme première intention dans la dépression

Première ligne	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Thérapie Cognitive-Comportementale [Évidence niveau 1]</li><li>■ Thérapie interpersonnelle [Niveau 1]</li></ul>
Deuxième ligne	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Bibliothérapie [Niveau 1]</li><li>■ Activation Behavioral/Comportementale (ABC) [Niveau 2]</li><li>■ Cognitive behavioural analysis system of psychotherapy (CBASP) [Niveau 2]</li><li>■ TCC par ordinateur [Niveau 2]</li><li>■ TCC ou TIP par téléphone [Niveau 2]</li></ul>
Troisième ligne	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Psychothérapie Psychodynamique [Niveau 2]</li><li>■ Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) [Niveau 3]</li><li>■ Entrevue motivationnelle [Niveau 4]</li></ul>



# Besoins perçus de traitement médicamenteux et psychologique

