

DÉTECTER ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION POUR LE MIEUX-ÊTRE DES PERSONNES

Imaginez que vous découvrez une toute nouvelle boîte à outils qui vous rendra beaucoup plus efficace pour prévenir les complications des maladies chroniques.

Vous pourriez faire toute une différence!

Doit-on dépister la dépression chez tous les patients diabétiques ?

L'anxiété a-t-elle un véritable effet sur les maladies cardiovasculaires ?

Marie Hayes et Pasquale Roberge

La prévalence de la dépression majeure est de deux à trois fois plus élevée chez les personnes atteintes de maladies chroniques, telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer, l'arthrite et les troubles respiratoires, que chez celles en bonne santé¹. De nombreuses études montrent que la dépression constitue à la fois un facteur de risque de maladies chroniques et une cause d'aggravation de la détresse psychologique et des incapacités, de complications, de détérioration de la qualité de vie et de mortalité. Cette relation est bidirectionnelle². La maladie chronique peut aussi entraîner ou aggraver un épisode de dépression majeure, particulièrement en présence d'incapacités. Cette relation bidirectionnelle s'observe également dans les troubles anxieux³. Le chevauchement fréquent entre l'anxiété, la dépression et les maladies chroniques justifie que l'on s'y intéresse dans une perspective intégrée. Bien que nous ne connaissions pas encore tous les mécanismes physiopathologiques associés à cette relation, la détection de l'anxiété et de la dépression ainsi que le traitement de ces entités pourraient avoir un effet bénéfique sur l'incidence et l'évolution des maladies chroniques. Voici trois patients pour qui votre vigilance fera toute la différence!

QUELS OUTILS PERMETTENT UNE DÉTECTION EFFICACE DE L'ANXIÉTÉ ET DE LA DÉPRESSION EN MÉDECINE FAMILIALE ?

CAS N°1 : M^{me} CÔTÉ

M^{me} Côté, une comptable de 52 ans traitée pour un diabète de type 2 et de l'hypertension, a téléphoné ce matin. Rien ne va plus ! Elle souffre d'insomnie depuis plusieurs semaines et n'arrive plus à se concentrer au travail. Elle se demande si ses médicaments sont en cause. La D^{re} Roy, résidente dans votre UMF, assure le suivi de M^{me} Côté depuis plusieurs mois. Elle lui donne rendez-vous le jour même.

Elle évalue au préalable le dossier de sa patiente avec la pharmacienne de votre UMF: œstradiol-17β en gel transcutané, progestérone micronisée, metformine et ramipril. Les troubles du sommeil et de la concentration ne sont pas parmi les effets indésirables fréquents de ces produits. Toutefois, en révisant les guides de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète, elles y relèvent une recommandation de dépistage de la dépression chez les patients atteints de diabète de type 2. La D^{re} Roy n'a pas constaté de signes de dépression chez sa patiente lorsqu'elle l'a vue précédemment au service de consultation sans rendez-vous. M^{me} Côté participait bien au traitement de son diabète et ne semblait pas triste.

Selon la mise à jour de 2013⁴ du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, le dépistage systématique de la dépression (c.-à-d. en l'absence de symptômes visibles) n'est plus recommandé en première ligne, même chez les sous-groupes à risque. Sans une approche de dépistage systématique, il est d'autant plus important d'être attentifs à la détresse psychologique de vos patients atteints de maladies chroniques.

Devant une personne souffrant de diabète de type 2 et présentant des symptômes cliniques comme l'insomnie et le manque de concentration, il faut notamment penser à une cooccurrence de dépression majeure. Cette dernière touche près d'un patient sur cinq atteint de diabète de type 2 et est associée à des effets sur la régulation glycémique, à des complications précoces du diabète, au degré d'incapacité et à la mortalité^{5,6}. De même, le diabète et ses conséquences,

La D^{re} Marie Hayes, médecin de famille, exerce au GMF Jacques-Cartier de Sherbrooke.
La D^{re} Pasquale Roberge, psychologue, est professeure adjointe au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence à l'Université de Sherbrooke et coauteur d'un protocole de soins pour la dépression.

FIGURE 1 | QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT-9 (PHQ-9)

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants ?
(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de sept jours	Presque tous les jours
Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	0	1	2	3
Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e) ; ou trop dormir	0	1	2	3
Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
Peu d'appétit ou trop manger	0	1	2	3
Mauvaise perception de vous-même ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer ; ou au contraire vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude	0	1	2	3
Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou vous avez pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre	0	1	2	3
Score total				

Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres ?

Pas du tout difficile(s)

Plutôt difficile(s)

Très difficile(s)

Extrêmement difficile(s)

Source : Spitzer L, Williams JB, Kroenke K et coll. *Questionnaire sur la santé du patient-9 (PHQ-9)*. New York : Pfizer. Site Internet : www.phqscreeners.com/pdfs/02_PHQ-9/PHQ9_French%20for%20Canada.pdf (Date de consultation : septembre 2014). Reproduction autorisée.

TABLEAU I

DEGRÉ DE GRAVITÉ DES SYMPTÔMES DE DÉPRESSION À L'AIDE DU PHQ-9⁹

Degré de gravité	Note totale
Minime	0-4
Léger	5-9
Modérée	10-14
Modérément grave	15-19
Grave	20-27

comme l'infarctus du myocarde, risquent de déclencher ou d'aggraver un épisode de dépression.

Deux questions rapides (PHQ-2) peuvent faciliter la détection de la dépression : 1) Au cours du dernier mois, avez-vous éprouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ? 2) Au cours du dernier mois, vous êtes-vous senti triste, déprimé ou désespéré ? Chez un adulte, une réponse positive à l'une de ces deux questions a une sensibilité de 96% et une spécificité de 57%⁷. Comme ces deux questions ne permettent que d'écartier la possibilité d'une dépression majeure, une autre solution consiste à avoir recours directement à une échelle

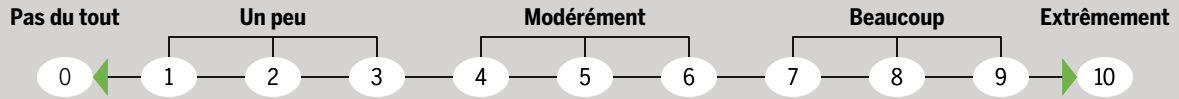
FIGURE 2 | ÉCHELLE D'INCAPACITÉ DE SHEEHAN

Mesure de l'incapacité et du dysfonctionnement selon l'évaluation du patient

Encercler une seule valeur dans chaque section

Travail* et école

Dans quelle mesure vos symptômes ont-ils nui à votre travail ou à vos études ?

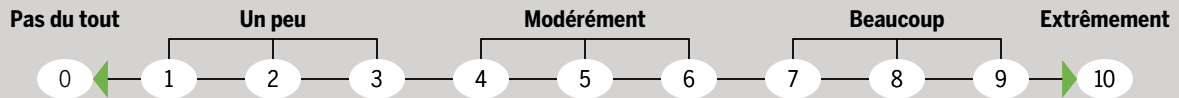


Je n'ai pas du tout travaillé/étudié au cours de la dernière semaine **pour des raisons sans lien avec mon problème.**

*Par travail, on entend les tâches rémunérées, le bénévolat ou la formation. Si vos symptômes ont nui à votre capacité à trouver ou à conserver un emploi ou ont contribué d'une façon ou d'une autre au fait que vous ne travaillez pas, vous devez indiquer une note sur l'échelle ci-dessus.

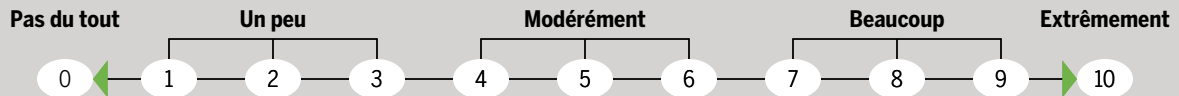
Vie sociale

Dans quelle mesure vos symptômes ont-ils nui à votre vie sociale ou à vos activités de loisir ?



Vie familiale et tâches domestiques

Dans quelle mesure vos symptômes ont-ils nui à votre vie familiale ou vous ont-ils empêché d'accomplir vos tâches domestiques ?



Jours perdus

Au cours de la dernière semaine, combien de jours avez-vous dû vous absenter de l'école ou du travail ou avez-vous été incapable d'accomplir vos tâches courantes ? _____

Perte de productivité

Au cours de la dernière semaine, combien de jours vos symptômes ont-ils été si invalidants que votre productivité à l'école, au travail ou dans vos autres tâches quotidiennes a diminué ? _____

© 1983, 2010, 2012 David V. Sheehan. Tous droits réservés. Reproduction autorisée.

comme le questionnaire PHQ-9 (figure 1⁸) qui offre l'avantage d'évaluer aussi l'intensité des symptômes (tableau 1^{9,10}). Un score de 10 ou plus a une sensibilité et une spécificité de 88%. Comme M^{me} Côté a obtenu un résultat positif aux deux questions, la D^{re} Roy vérifie ensuite les critères de dépression majeure du DSM-5¹⁰ avant de poser le diagnostic. Elle utilise des mesures validées brèves de la dépression (figure 1⁸) et du fonctionnement (figure 2¹¹) afin de préciser

la nature et la gravité des symptômes ainsi que le degré de difficultés fonctionnelles, interpersonnelles et sociales. Ces outils faciliteront également l'évaluation continue des symptômes lors du suivi.

M^{me} Côté accepte de répondre au questionnaire PHQ-9. Son score de 12 indique une dépression majeure d'intensité modérée. La D^{re} Roy lui explique alors que ce problème

médical est bien connu, qu'il existe plusieurs traitements efficaces et qu'il est important de prendre la décision ensemble. M^{me} Côté est soulagée de mieux comprendre ce qui lui arrive. Elle s'intéresse aux informations sur les avantages et les inconvénients de chaque traitement et choisit d'utiliser le Guide d'autosoins pour la dépression¹² (www.comh.ca/antidepressant-skills/adult/resources/index-asw.cfm) que son médecin lui a suggéré. Un rendez-vous de suivi est prévu dans deux semaines.

Le protocole de soins *Faire face à la dépression au Québec*¹¹ (www.qualaxia.org/sante-mentale-information/production/protocole-depression.php?lg=fr) propose des balises claires pour le dépistage, le diagnostic et le traitement de la dépression en première ligne qui s'appuient sur les recommandations des guides de pratique clinique^{13,14}.

Chez les personnes diabétiques, la dépression non traitée nuit à la bonne maîtrise du diabète et augmente la morbidité et la mortalité.

Dans le cas de M^{me} Côté, l'accès rapide à son médecin de famille, la vigilance de cette dernière envers les symptômes de dépression et la collaboration avec la pharmacienne ont permis de détecter tôt la dépression. Une consultation deux semaines plus tard a confirmé la réponse au traitement. Il sera important de poursuivre le suivi de l'évolution des symptômes sur une base régulière au cours des prochains mois.

MALADIES CHRONIQUES, TROUBLES ANXIEUX ET DÉPRESSION : INTERACTIONS COMPLEXES

CAS N°2 : M. LÉVESQUE

M. Lévesque, 67 ans, est un professeur à la retraite. Vous le suivez pour une dyslipidémie, de l'hypertension, une intolérance aux glucides et une athérosclérose coronarienne. Même s'il rencontre régulièrement l'infirmière de votre GMF et que ses médicaments sont bien ajustés, sa pression artérielle n'est toujours pas bien maîtrisée. Son épouse l'accompagne à son rendez-vous aujourd'hui et vous informe qu'il est très souvent inquiet pour ses enfants, sa maison, ses finances et sa santé. Elle se demande si tout ce stress peut être néfaste à son cœur. M. Lévesque est un peu contrarié par cette intervention, mais accepte tout de même d'évaluer ses symptômes anxieux avec vous.

TABLEAU II

QUESTIONS GÉNÉRALES POUR LE DÉPISTAGE DE L'ANXIÉTÉ

Au cours des deux dernières semaines, jusqu'à quel point avez-vous été dérangé par les problèmes suivants ?

- ▶ Sentiment de nervosité, d'anxiété, d'inquiétude ou de tension
- ▶ Sentiment de panique ou de peur
- ▶ Évitement de situations qui vous rendent anxieux

Traduit de : Katzman MA, Bleau P, Blier P, et coll. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry* 2014 ; 14 (suppl. 1) : S1-S83. Reproduction autorisée.

Vous êtes à l'écoute de l'épouse de M. Lévesque qui vous mentionne de l'inquiétude et du stress qui semblent aller au-delà de l'anxiété normale de la vie courante et qui pourraient être la conséquence d'un trouble anxieux non diagnostiqué. Vous concevez que les craintes de M^{me} Lévesque sont justifiées, puisque des études montrent une association entre le stress, l'anxiété et les complications liées aux maladies cardiovasculaires, tant pour la morbidité que la mortalité cardiaque¹⁵.

ANXIÉTÉ : QUESTIONS GÉNÉRALES DE DÉTECTION

Vous commencez par valider les symptômes anxieux auprès de M. Lévesque à partir de quelques questions de détection (tableau II¹⁶) et d'une échelle de symptômes (figure 3¹⁷). Vous poursuivez avec une exploration du début des symptômes, des facteurs prédisposants, de la nature de l'anxiété et de l'effet sur le fonctionnement (tableau III¹⁸)¹⁶. Comme le choix d'un traitement doit être guidé par un diagnostic spécifique, vous posez quelques questions sur le trouble panique, l'agoraphobie, le trouble d'anxiété sociale et le trouble d'anxiété généralisée (tableau IV^{16,19}). La comorbidité psychiatrique est la règle plutôt que l'exception dans le cas des troubles anxieux. Vous décidez donc de vérifier aussi les symptômes de dépression et de toxicomanie (alcool ou autres substances). Puisque M. Lévesque présente seulement des inquiétudes excessives, vous procédez à l'évaluation complète et au diagnostic d'un trouble d'anxiété généralisée à partir des critères du DSM-5¹⁰.

M. Lévesque a répondu au questionnaire GAD-7. Son score est de 14. Vous lui mentionnez que ce résultat peut indiquer un degré d'anxiété assez élevé. Il avoue se sentir très stressé, au point de ne pas tenir en place. Lorsqu'il travaillait, il était moins conscient de cette anxiété. Il a pris sa retraite à 61 ans, après son deuxième infarctus. L'anxiété le rend parfois irritable avec ses enfants et ses petits-enfants. Les répercussions sur sa vie sont importantes. Vous discutez avec lui des traitements existants et vous lui suggérez de consulter le site Internet de l'organisme REVIVRE (www.revivre.org).



FIGURE 3 | QUESTIONNAIRE SUR LE TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉ (GAD-7)

Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants ?
(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
Incapacité d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	0	1	2	3
Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	0	1	2	3
Difficulté à se détendre	0	1	2	3
Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	0	1	2	3
Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	0	1	2	3
Peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	0	1	2	3
Score total				

Source : Spitzer L, Williams JB, Kroenke K et coll. GAD-7 New York : Pfizer. Site Internet : www.phqscreeners.com/pdfs/03_GAD-7/GAD7_French%20for%20Canada.pdf (Date de consultation : septembre 2014). Reproduction autorisée.

QUELS FACTEURS PRÉDISPOSENT À LA DÉPRESSION VOS PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES CHRONIQUES ?

CAS N°3 : M. LAVOIE

L'infirmière de votre GMF assure avec vous le suivi de M. Lavoie, 31 ans. Ce dernier souffre d'obésité morbide. Sa pression artérielle moyenne est de 145 mmHg/98 mmHg. Il ne fait pas d'hypothyroïdie ni d'apnée du sommeil, mais il est intolérant aux glucides et dyslipidémique. Malgré les entrevues motivationnelles et l'enseignement sur son état de santé, il ne met pas en place les changements vers de bonnes habitudes de vie. Il n'est pas allé non plus chercher les médicaments que vous lui avez prescrits. En discutant de son cas avec des collègues, vous vous demandez ce que vous pouvez faire de plus pour ce patient.

TABLEAU III | DEGRÉ DE GRAVITÉ DES SYMPTÔMES D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE À L'AIDE DU GAD-7¹⁸

Degré de gravité	Note totale
Minime	0-4
Léger	5-9
Modéré	10-14
Grave	15-21

LA DÉPRESSION EST ASSOCIÉE À UNE FAIBLE ADHÉSION À L'AUTOGESTION DES SOINS

La dépression peut constituer une barrière à la collaboration productive et positive entre les patients et les cliniciens et est associée à une faible adhésion aux activités d'autogestion des soins, notamment en ce qui a trait aux changements des habitudes de vie et à l'observance du traitement médicamenteux².

Vous décidez de vérifier si ce jeune homme souffre de dépression. Son résultat au questionnaire PHQ-2 est positif, et son

TABLEAU IV | CARACTÉRISTIQUES DES DIVERS TROUBLES ANXIEUX¹⁶

Trouble	Caractéristiques
Trouble panique	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Attaques de panique inattendues répétées sans déclencheur de situation évident ▶ Inquiétude persistante, appréhension ou changement de comportements liés aux attaques de panique
Agoraphobie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Anxiété déraisonnable et marquée au sujet d'endroits ou de situations d'où il pourrait être difficile de s'échapper ou d'obtenir de l'aide en cas de symptômes de type panique ▶ Évitement actif, détresse marquée ou besoin d'accompagnement dans les situations redoutées
Trouble d'anxiété sociale	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Crainte excessive ou irréaliste de situations sociales ou de performance ▶ Intolérance à la gêne ou au regard des autres
Phobie spécifique	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Crainte excessive ou déraisonnable d'un objet ou d'une situation en particulier, habituellement associée à l'évitement de l'objet ou de la situation (par exemple, un animal, le sang, les injections, les hauteurs, les orages, la conduite automobile, les voyages en avion)
Trouble obsessionnel compulsif	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Présence d'obsessions (pensées, images ou envies répétées, indésirables et envahissantes) occasionnant une anxiété marquée (par exemple, obsession de la contamination, doutes sur des actions, pensées religieuses, agressives ou sexuelles perturbatrices) ▶ Compulsions : comportements ou pensées dont la répétition est destinée à réduire l'anxiété engendrée par des obsessions (par exemple, vérifier, laver, compter ou répéter)
Trouble d'anxiété généralisée	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Inquiétudes incontrôlables et excessives presque quotidiennes relatives à certaines expériences ou activités courantes. Souvent accompagnées de symptômes physiques (par exemple, maux de tête ou d'estomac) ▶ Intolérance à l'incertitude
Trouble de stress post-traumatique	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Trouble se manifestant après un événement traumatisant auquel le patient réagit par une peur intense, l'impuissance ou l'horreur ; le patient revit l'événement dans sa mémoire, cherche à éviter ce qui le lui rappelle et est paralysé par l'émotion et des symptômes qui vont en augmentant ▶ Intolérance à revivre le traumatisme

score au PHQ-9 est de 21. Dans les derniers mois, il s'est isolé de ses amis et ne fait plus de sorties. Il a manqué plusieurs fois le travail et risque maintenant la mise à pied. L'anamnèse et l'examen mental vous permettent de diagnostiquer une dépression majeure conformément aux critères du DSM-5¹⁰. Après avoir discuté avec vous, il accepte de prendre des médicaments contre la dépression. Avec votre équipe du GMF, vous assurez un suivi de son état.

Afin d'aider votre équipe du GMF à détecter la dépression chez vos patients, vous révisez avec eux la liste des facteurs de risque. Selon CANMAT¹³, les patients ayant des antécédents personnels ou familiaux de dépression, ceux vivant des situations de grande adversité psychosociale, les grands utilisateurs du système de santé et ceux qui sont atteints de maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, douleur chronique et troubles neurologiques) sont particulièrement susceptibles de souffrir de dépression majeure. Vous êtes maintenant mieux outillés pour détecter la dépression et intervenir de façon globale auprès de vos patients.

M. Lavoie semble motivé à entreprendre une psychothérapie. Vous lui recommandez celle de type cognitivo-comportemental puisque son efficacité est la mieux établie à la fois pour la

dépression et les troubles anxieux. Si le degré d'amélioration de la dépression ne dépasse pas un seuil de 20 % après six semaines, il est important d'avoir recours à une stratégie d'intensification du traitement médicamenteux et à une psychothérapie d'intensité élevée.

CONCLUSION

En première ligne, le médecin de famille offre un suivi actif à des personnes ayant des problèmes de santé physique et mentale simultanés et interdépendants. La médecine familiale est une discipline communautaire. La nature même de l'être humain fait en sorte que les soins de santé mentale se trouvent intégrés à la pratique quotidienne de la médecine familiale. Le raisonnement clinique, une approche globale de la personne et les outils de détection et de suivi systématiques qui tiennent compte de ces réalités permettront d'améliorer les résultats cliniques et la prévention des complications chez les personnes souffrant de maladies chroniques. Dans nos GMF, le protocole de soins *Faire face à la dépression au Québec* soutient un travail concerté pour atteindre ces objectifs. La comorbidité fréquente entre les maladies chroniques et les troubles mentaux courants est un enjeu important à considérer dans le suivi de ces patients. Les maladies chroniques multiples dans la pratique clinique de première ligne posent des défis sur les



plans de la complexité du diagnostic et du traitement, notamment par rapport à l'intégration et à la coordination des soins, à la gestion du traitement médicamenteux complexe et à l'autogestion des soins. Il existe des outils validés pour détecter les troubles mentaux courants en première ligne afin de faciliter ce travail. Les questionnaires PHQ-9 et GAD-7 peuvent tous deux être téléchargés gratuitement dans plusieurs langues à partir du site Internet de Pfizer au www.phqscreeners.com. //

Date de réception : le 30 octobre 2014

Date d'acceptation : le 16 décembre 2014

La Dr^e Marie Hayes et M^{me} Pasquale Roberge n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

BIBLIOGRAPHIE

- National collaborating Center for Mental Health. *Depression in adults with a chronic physical health problem. Treatment and Management*. Londres : The British Psychological Society and The Royal College Psychiatrists ; 2010. 422 p. Site Internet : www.nice.org.uk/guidance/cg91/evidence/cg91-depression-with-a-chronic-physical-health-problem-full-guideline2 (Date de consultation : septembre 2014).
- Katon WJ. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clin Neurosci* 2011 ; 13 (1) : 7-23.
- Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC et coll. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hosp Psychiatry* 2008 ; 30 (3) : 208-25.
- Canadian Task Force on Preventive Health Care, Joffres M, Jaramillo A et coll. Recommendations on screening for depression in adults. *CMAJ* 2013 ; 185 (9) : 775-82.
- Rustad JK, Musselman DL, Nemeroff CB. The relationship of depression and diabetes: pathophysiological and treatment implications. *Psychoneuroendocrinology* 2011 ; 36 (9) : 1276-86.
- Park M, Katon WJ, Wolf FM. Depression and risk of mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis and systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2013 ; 35 (3) : 217-25.
- Whooley MA, Avins AL, Miranda J et coll. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good many. *J Gen Intern Med* 1997 ; 12 (7) : 439-45.
- Spitzer L, Williams JB, Kroenke K et coll. *Questionnaire sur la santé du patient-9 (PHQ-9)*. New York : Pfizer. Site Internet : www.phqscreeners.com/pdfs/02_PHQ-9/PHQ9_French%20for%20Canada.pdf (Date de consultation : septembre 2014).
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001 ; 16 (9) : 606-13.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. 5^e éd. Arlington : l'Association ; 2013. 991 p.
- Fournier L, Roberge P et Brouillet H. *Projet Jalons : Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première*
- ligne. Montréal : Centre de recherche du CHUM ; 2012. 78 p. Site Internet : www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1509_FaireFaceDepression0c_ProtoSoinsInterv1reLigne.pdf (Date de consultation : septembre 2014).
- Bilsker D, Patersen R. *Guide d'autosoins pour la dépression : développer des stratégies pour surmonter la dépression*. 2^e éd. Vancouver : Simon Fraser University, BC Mental Health & Addiction Services ; 2005. 63 p. Site Internet : www.comh.ca/publications/resources/asw/SCDP-French.pdf (Date de consultation : septembre 2014).
- Kennedy SH, Lam RW, Parikh SV et coll. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. *J Affect Disord* 2009 ; 117 (suppl. 1) : 1-64.
- National Institute for Health and Care Excellence. *Depression. Treatment and management of depression in adults, including adults with a chronic physical health problem. Quick reference guide*. Manchester : l'Institut ; 2009. 64 p. Site Internet : www.nccmh.org.uk/downloads/Depression_update/CG90NICEguideline.pdf.pdf (Date de consultation : septembre 2014).
- Roest AM, Martens EJ, de Jonge P et coll. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2010 ; 56 (1) : 38-46.
- Katzman MA, Bleau P, Blier P et coll. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry* 2014 ; 14 (suppl. 1) : S1-S83.
- Spitzer L, Williams JB, Kroenke K et coll. *GAD-7*. New York : Pfizer. Site Internet : www.phqscreeners.com/pdfs/03_GAD-7/GAD7_French%20for%20Canada.pdf (Date de consultation : septembre 2014).
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB et coll. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006 ; 166 (10) : 1092-7.

SUMMARY

Detection of Anxiety and Depression for Improved Well-being. There is a bidirectional relationship between common mental disorders and chronic physical conditions, such as diabetes, cardiac diseases, cancer, arthritis and respiratory diseases. The prevalence of anxiety disorders and major depression is higher among patients with chronic diseases, and is associated with increased morbidity and mortality. While the mechanisms underlying that association are not well established, current evidence suggests that the detection and treatment of anxiety and depression in patients with chronic diseases could lead to improved outcomes. The clinical cases presented in this article illustrate how we can improve detection of common mental disorders in patients with chronic conditions. This article also suggests assessment tools and other references to guide the process.

Île d'Orléans Domaine agricole et équestre de 42 hectares à vendre

Vue sur le fleuve / Résidence haut de gamme sans entretien,
très lumineuse, 4 c.c., 3 ½ s.d.b., sauna, Jacuzzi, climatisation /
Écurie 4 boxes et manège (2005) / Érablière et cabane à sucre /
Lac d'élevage de truites / 22 ha en culture

Sur rendez-vous 418-829-2332