



AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 8898

Anxiété : prise en charge du patient et usage optimal du système de soins et des orientations thérapeutiques

In this science-policy advisory report, the Superior Health Council provides tools to help general practitioners to improve diagnosis and treatment of anxiety disorder

Décembre 2013

RESUME

Face à un patient présentant des signes d'anxiété, c'est l'intensité et la fréquence des troubles, ainsi que le degré de handicap qui en découle dans la vie quotidienne, qui permettra d'apprécier le caractère plus ou moins pathologique des plaintes.

Des manifestations anxieuses accompagnent de multiples pathologies psychiques (dépression, consommation abusive d'alcool, de médicaments sédatifs ou de drogues, états psychotiques, épisodes aigus ou plus chroniques de stress, etc.) ou somatiques (dérèglements hormonaux ou métaboliques, cardio-vasculaires, cancers, involution des fonctions cognitives, etc.). Dans tous ces cas, c'est le traitement des pathologies sous-jacentes qui prime.

Des manifestations d'anxiété peuvent aussi s'organiser en syndrome spécifique : anxiété généralisée, trouble obsessionnel-compulsif (TOC), trouble panique, état de stress aigu ou plus chronique.

Elles peuvent aussi être le reflet du tempérament anxieux d'une personne.

Chez l'enfant et l'adolescent, des troubles anxieux sont principalement de l'ordre de l'angoisse de séparation, des troubles obsessionnels compulsifs, des phobies scolaires. Ceci est le plus souvent transitoire, même si phobies et TOC ont tendance à persister à l'âge adulte.

Chez la personne âgée, c'est l'accumulation des problèmes de santé, la perte d'autonomie, l'effritement des liens sociaux qui sont source d'anxiété.

Dans tous les cas, c'est d'abord l'écoute empathique, l'accompagnement d'aide, le coaching, la gestion de difficultés émotionnelles, qui seront privilégiés (Pelc, 2009). Les techniques de sédation psychocorporelle (relaxation, sophrologie, exercices physiques, sports, etc.) peuvent être très contributives. L'aide d'un spécialiste (psychiatre, psychothérapeute) sera souvent nécessaire en cas de troubles anxieux de la personnalité ou de syndromes spécifiques d'anxiété. Ainsi, dans la plupart des troubles anxieux, une psychothérapie de type cognitivo-comportementale sera efficace.

Les médicaments psychotropes peuvent également être efficaces dans le traitement des troubles anxieux. L'indication est toujours à discuter avec chaque patient en évaluant avec lui les risques et bénéfices. Les anxiolytiques de type benzodiazépines, ou assimilés, n'ont qu'un effet symptomatique ; ils soulagent temporairement et permettent de passer un cap difficile, tel un stress aigu. A plus long terme, les risques sont l'accoutumance, l'état de dépendance et

l'altération des fonctions cognitives, ceci en particulier chez la personne âgée. Les médicaments antidépresseurs, principalement ceux de type inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (SSRI) et inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (SNRI), mais parfois aussi de type tricycliques ont montré une efficacité thérapeutique, dans les syndromes spécifiques d'anxiété, en particulier lorsque des signes dépressifs sont associés. L'administration de psychotropes doit toujours être encadrée au minimum de soutien psychologique du médecin généraliste et de l'entourage, et si nécessaire, d'interventions psychothérapeutiques spécialisées. Les techniques cognitivo-comportementales ont fait l'objet d'un plus grand nombre d'études validées, en particulier dans les phobies, les TOC, l'état de stress aigu post traumatique. Des interventions inspirées d'autres modèles psychothérapeutiques (psychanalytiques, systémiques, centrés sur la personne, etc.) seront utilisées par des psychothérapeutes spécialisés dans des indications précises.

Enfin, pour les patients qui souhaitent se débarrasser d'un usage excessif d'anxiolytiques et/ou qui ont déjà développé un état de dépendance envers ces médicaments, il faudra souvent recourir à des stratégies « motivationnelles ».

PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ANXIEUX EN PREMIERE LIGNE :

- ❖ Anxiété = Réaction naturelle et normale
Beaucoup de plaintes physiques peuvent traduire de l'angoisse (oppressions thoraciques, tremblements, troubles intestinaux, maux de tête, maux de dos ...)
- ↳ Pathologique si :
 - souffrance
 - qui dure longtemps
 - qui affecte le fonctionnement
- ↳ Différentes formes possibles :
 - Trouble clinique (DSM IV) (*voir plus bas*)
 - Anxiété liée au stress / à la situation (stress, burn out – *voir plus bas*)
 - Anxiété dans le cadre de troubles de la personnalité : indication pour une psychothérapie (pas de médication)
 - Anxiété dans le cadre d'autres pathologies psychiques (dépression, abus ou dépendance, psychoses, problèmes psychiques post partum) ou somatiques (aigües ou chroniques)
- ❖ Prise en charge en première ligne :
 - Poser le diagnostic et expliquer
 - Impliquer l'entourage pour soutenir et diminuer la honte
 - Soutenir le patient et l'aider à gérer l'anxiété :
 - Faire le bilan des symptômes
 - décrire et diminuer progressivement le comportement d'évitement
 - Apprendre les techniques de relaxation / respiration
 - Si nécessaire, référer à un psychothérapeute
 - Indication de l'avis d'un spécialiste si :
(parfois seulement au début et après 3/6 mois)
 - besoin de confirmer le diagnostic
 - nécessité d'une psychothérapie de soutien
 - symptômes sévères
 - pas d'amélioration après 3 mois
 - comorbidité
 - groupes cibles spécifiques : femmes enceintes, personnes âgées, enfants et

- adolescents
- ↳ Psychothérapeute systémique, cognitivo-comportementale, psychanalyste, expérientielle
- ↳ groupe d'entraide

- Chez les enfants :
 - importance du relationnel et de la psychoéducation
 - enfants plus âgés : thérapie comportementale

❖ Traitement pharmacologique : en fonction de :

- Sévérité et persistance des symptômes
- troubles mentaux comorbides
- atteinte importante du fonctionnement social
- antécédents de bonne réponse au traitement pharmacologique
- ↳ 1^{er} choix = Antidépresseurs SSRI (Antidépresseurs tricycliques, SRNI, IMAO également possibles, en fonction du trouble et de la réponse au traitement)
- ↳ Attention chez les personnes âgées et femmes enceintes ou allaitantes
- ↳ Pas de médication chez les enfants sauf exception

❖ Complications et suivis :

- Attention aux troubles cardiovasculaires, troubles digestifs, perturbations endocriniennes et métaboliques, céphalées
- Risque de dépressions, psychoses, abus d'alcool et autres substances, dépendance aux benzodiazépines.

Différents troubles anxieux :

- ⊛ **Trouble panique** : Accès de panique (= peur intense qui débute brutalement) récurrent, avec une anxiété anticipatrice de la récurrence, et imprévisible
Traitement psychothérapeutique d'exposition pour diminuer l'évitement
Si traitement pharmacologique : considérer les SSRI comme traitement de première ligne
- ⊛ **Trouble Obsessionnel Compulsif** : Idées fixes et/ou comportements obsessionnels graves et absorbants (plus d'une heure par jour) qui ont un impact important sur l'activité journalière du patient et qu'il reconnaît comme irraisonnées
Traitement psychothérapeutique : Thérapie cognitive et comportementale
Traitement pharmacologique : considérer les SSRI comme traitement de premier choix
- ⊛ **Trouble de l'anxiété généralisé** : anxiété ou une inquiétude excessives, incontrôlables, pendant au moins 6 mois, concernant des activités ou des événements, entraînant une souffrance ou une altération du fonctionnement, et avec au moins trois autres plaintes (agitation, fatigue précoce, troubles de concentration, irritabilité, tension musculaire et troubles du sommeil).
Psychothérapie comportementale en première intention. Eventuellement, médication (et conversations de soutien dans tous les cas) : SSRI et venlafaxine comme traitement de premier choix
- ⊛ **Stress aigu** : Sujet exposé à un événement traumatique (témoin ou victime) et réaction de peur intense ou impuissance, avec 3 autres symptômes (sentiment de torpeur, réduction de la conscience de son environnement, impression de déréalisation, de dépersonnalisation, amnésie dissociative). Il revit l'événement, évite les stimuli évoquant le traumatisme, et présente des symptômes anxieux persistants. La perturbation entraîne une détresse significative ou une altération du fonctionnement et dure au minimum 2 jours et au maximum 4 semaines et survient endéans les 4 semaines après l'événement.
Prise en charge
 - de crise : sécuriser et soutenir le patient ; assurer une présence soutenante (si nécessaire, hospitalisation) – pas de débriefing à chaud – éventuellement, prescription d'anxiolytique.

- Après 48–72h : si symptômes s'aggravent : orientation vers spécialiste ; maintenir les anxiolytiques et l'incapacité de travail – suivre après 5 à 8 jours ; si pas d'aggravation : diminution progressive des anxiolytiques, de l'incapacité de travail ; informer sur l'évolution en PTSD et surveiller : suivi pendant un trimestre et orientation vers spécialiste si nécessaire

⊛ **Etat de stress post traumatique** : Stress aigu qui se chronicise : Sujet revit constamment l'évènement traumatique qu'il a vécu (comme témoin ou victime, avec une réaction de peur intense ou d'impuissance) et évite de manière persistante les stimuli associés au traumatisme ; émoussement de la réactivité générale ; activation neurovégétative ; la perturbation entraîne une détresse significative ou une altération du fonctionnement et dure plus d'un mois après le trauma.

Orienter vers un spécialiste : Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) et/ou thérapie psycho-corporelle
Certains SSRI (fluoxétine, paroxétine, sertraline), certains tricycliques (amitryptiline, imipramine), phénelzine, mirtazapine, venlafaxine, lamotrigine ;

⊛ **Phobie simple** : Angoisse intense à l'égard d'objets ou de situations spécifiques (présence ou anticipation), qui provoquent une angoisse intense voire un accès de panique, ce qui provoque un évitement et perturbe le fonctionnement (le sujet a conscience de l'aspect excessif). Dure depuis au moins 6 mois.

Thérapie comportementale (désensibilisation, confrontations progressives).

Pas de traitement pharmacologique sauf exception (paroxétine, benzodiazépines)

⊛ **Phobie sociale** : Peur excessive et intense de situations sociales durant laquelle le sujet est en contact avec des gens non familiers ou peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui ; le sujet craint d'agir de façon embarrassante et humiliante ; cela provoque quasi systématiquement une anxiété (voire une attaque de panique) ; ces situations sont évitées ou vécues avec une anxiété intense ; cela perturbe le fonctionnement ; le sujet est conscient du caractère excessif ; cela dure depuis au moins 6 mois.

Prise en charge essentiellement psychothérapeutique (thérapie cognitivo-comportementale d'exposition, hypnose ; techniques psycho-corporelles)

Si traitement médicamenteux : tous les SSRI, venlafaxine, phénelzine, moclobémide, certaines benzodiazépines (bromazépam, clonazépam), anticonvulsivants (gabapentine, pregabaline), olanzapine

⊛ **Stress temporaire** : balance avantages / inconvénients : Analyser rapidement s'il faut affronter la situation (dans ce cas : soutien pharmacologique et psychologique, pas de psychothérapie à long terme) ou s'en soustraire (si nécessaire, soutien pharmacologique, orientation vers psychothérapeute)

⊛ **Stress chronique** : pas de catégorie officielle – symptômes : troubles du sommeil et autres

⊛ **Burn out** : se développe sur des réactions adaptatives normales mais qui se répètent indéfiniment et gangrènent peu à peu toutes les sphères de l'existence relationnelle et sociale.

Prise en charge : Mettre le patient à l'abri de la source du stress, évaluer la souffrance, sa durée et la perturbation du fonctionnement qui en découle, bilan somatique, prudence avec les benzodiazépines – plutôt antidépresseurs, encourager à faire des exercices de relaxation, à prendre du temps pour soi, à faire une activité physique, référer à un spécialiste ou suivre de manière hebdomadaire, et soutenir le travail du spécialiste (objectifs : prendre soin de soi, gérer son stress, supprimer la (les) source(s) de stress ou de stress évitable, se faire plaisir)

Mots clés

Keywords	MeSH terms*	Sleutelwoorden	Mots-clés	Stichworte
Anxiety disorders	Anxiety disorders	Angststoornissen	Troubles anxieux	Angststörung
PTSD	Stress Disorders,	Posttraumatische	Trouble du stress	Post

	Post-Traumatic	stresstoornissen	Post-traumatique	traumatische Belastungsstörung
Benzodiazepines	Benzodiazepines	Benzodiazepines	Benzodiazépines	Benzodiazepine
Psychotherapy	Psychotherapy	Psychotherapie	Psychothérapie	Psychotherapie
Psychotropic	Psychotropic, drugs	Psychotrope	Psychotropes	Psychotropika
Obsessive-Compulsive Disorder	Obsessive-Compulsive Disorder	Obsessief Compulsieve stoornis	Trouble obsessionnel compulsif	Zwangsstörung
Generalized anxiety disorder	Generalized anxiety disorder	Gegeneraliseerde Angststoornis	Trouble d'anxiété généralisé	Generalisierte Angststörung
Phobia	Phobic disorder	Fobie	Phobie	Phobie
Panic Disorder	Panic Disorder	Paniekstoornis	Trouble panique	Panikstörung
Comorbidity	Comorbidity	Comorbiditeit	comorbidité	Komorbidität
Diagnosis	Diagnosis	Diagnose	Diagnostic	Diagnose
Treatment	Therapy	Behandeling	Traitement	Behandlung

* MeSH (Medical Subject Headings) is the NLM controlled vocabulary thesaurus used for indexing articles for PubMed.

TABLE DES MATIERES

RESUME	1
1. INTRODUCTION ET QUESTION	8
2. ELABORATION ET ARGUMENTATION	9
2.1 Méthodologie	9
2.2 Elaboration	9
1ère partie : Prise en charge générale de l'anxiété en première ligne	9
2.2.1 Définition et diagnostic	9
2.2.2 Prise en charge de l'anxiété en première ligne	13
2.2.2.1 Interventions non médicamenteuses	13
2.2.2.2 Traitement pharmacologique	17
2.2.2.3 Complications et suivi	21
2 ^{ème} partie : fiches par trouble anxieux	23
2.2.3 Les troubles anxieux cliniques	23
2.2.3.1 Trouble panique	23
2.2.3.2 Trouble obsessionnel compulsif (TOC)	27
2.2.3.3 Trouble d'anxiété généralisée (TAG)	30
2.2.3.4 Stress aigu	34
2.2.3.5 L'état de stress post-traumatique (PTSD)	37
2.2.3.6 Phobie simple (ou spécifique)	39
2.2.3.7 Phobie sociale	40
2.2.4 Les troubles anxieux liés au stress ou à une situation	43
2.2.4.1 Stress temporaire	43
2.2.4.2 Stress chronique pathologique et burn out	45
2.2.5 Les troubles anxieux dans le cadre d'autres pathologies psychiques	50
2.2.6 Les troubles anxieux dans le cadre d'autres pathologies somatiques	52
2.2.7 L'angoisse en tant que manifestation d'un trouble de la personnalité ou de certains traits de personnalité	54
2.2.7.1 L'anxiété dans le cadre des troubles de la personnalité	54
2.2.7.2 L'anxiété dans le cadre des traits de personnalité	54
3. RECOMMANDATIONS	55
4. Annexes	55
7. REFERENCES	56
8. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL	60
Au sujet du Conseil Supérieur de la Santé (CSS)	62
L'entretien et cycle motivationnel par rapport au sevrage des benzodiazépines	66

ABREVIATIONS ET SYMBOLES

CPK	Créatine PhosphoKinase
CRF	Corticotropin Releasing Factor
CRP	C-Reactive Protéine
CSH	Conseil Supérieur d'Hygiène
CSS	Conseil Supérieur de la Santé
DSM-IV-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EWCO	European Working Conditions Observatory
IMAO	Inhibiteurs Irréversible de Monoamine Oxydase
INAMI	Institut National de Maladie Invalidité
ISP	Institut Scientifique de Santé Publique
SSRI	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine / <i>Serotonin selective reuptake inhibitors</i>
PTSD	Post traumatic Stress disorder
SNRI	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline / <i>Noradrenaline and Serotonin Reuptake Inhibitors</i>
TAG	Trouble d'Anxiété Généralisé
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TOC	Trouble Obsessionnel Compulsif

1. INTRODUCTION ET QUESTION

Face à l'augmentation continue ces dernières années de prescription de psychotropes en Belgique (voir notamment les enquêtes de santé de l'Institut Scientifique de Santé publique (ISP) (2004 et 2008), les chiffres et les conférences de Consensus sur les antidépresseurs (2006, 2007 et 2013) de l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI), ou encore les études des Mutualités Socialistes (2006) et Chrétiennes (2008)), le CSS a jugé utile d'élaborer des recommandations, principalement adressées aux médecins généralistes, afin de les aider dans la prise en charge globale de la dépression et des troubles anxieux.

La société actuelle présente en effet des conditions socio-économiques parfois difficiles, des conditions de travail souvent exigeantes et stressantes, et des situations de précarité importantes. Les situations familiales peuvent aussi être difficiles, et de plus en plus de personnes (souvent plus âgées) se retrouvent isolées. Ces conditions de vie exigeantes entraînent une augmentation de la prévalence de ce type de troubles.

D'après une étude menée en Belgique, l'incidence du diagnostic «état anxieux, anxiété malade» en médecine générale s'élèverait ainsi à 1,72 pour mille patients (Bartholomeeusen et al., 2001). L'enquête de santé de l'ISP (2001) fait quant à elle état d'une prévalence de l'ordre de 6% d'anxiété dans la population belge de plus de 15 ans. Une autre étude indique également que 6% de la population belge (de plus de 18 ans) a souffert d'un trouble anxieux dans les 12 derniers mois (Bruffaerts et al., 2004). Les troubles anxieux sont deux fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes et apparaissent en général entre 15 et 30 ans.

Par ailleurs, ces troubles ont un impact important sur la vie des patients qui en sont atteints, et sont également des facteurs de risque pour plusieurs autres pathologies somatiques. Les troubles anxieux et dépressifs peuvent également entraîner des perturbations significatives du fonctionnement et sont souvent accompagnés de problèmes cognitifs, d'une souffrance psychique et parfois physique. Ce sont aussi des causes importantes d'incapacité de travail et le coût économique peut donc aussi être important.

Quand un patient fait face à ce genre de souffrances, c'est bien souvent d'abord vers son médecin généraliste qu'il se tourne (Pelc, 2009). 38 % des personnes souffrant d'un trouble anxieux ont d'ailleurs consulté une aide professionnelle, dans la plupart des cas (80%) auprès d'un médecin généraliste ou psychiatre (Bruffaerts et al., 2004). Cependant, certains troubles anxieux, notamment les phobies spécifiques, sont plus rarement diagnostiqués par un médecin.

Ceux-ci sont donc des acteurs essentiels de la prise en charge de ces pathologies. Malheureusement, ils sont souvent bien démunis face à ces pathologies : ils ne sont pas suffisamment formés à la prise en charge de ces problématiques, et la seconde ligne de soins (psychiatres, psychothérapeutes, voire même les services d'urgence des hôpitaux) n'est pas toujours suffisamment disponible et accessible pour les aider en cas de besoin. Par ailleurs, une consultation normale de médecine générale est loin d'être suffisante pour prendre le temps nécessaire pour ce type de pathologie.

C'est pourquoi, après avoir publié, en juillet 2011, un avis sur « **L'impact des psychotropes sur la santé, avec une attention particulière pour les personnes âgées** » (CSS 8571), le CSS a décidé d'élaborer un outil d'aide aux généralistes concernant la prise en charge du patient et l'usage optimal du système de soins et des orientations thérapeutiques possibles pour les troubles de l'humeur et les troubles anxieux.

Le CSS a donc mis en place un groupe de travail ad hoc, au sein duquel des experts en psychiatrie et pédopsychiatrie étaient représentés, et qui a travaillé en parallèle sur deux thèmes différents ; la prise en charge de l'anxiété et celle de la dépression. Les avis ont ensuite été relus et retravaillés par le groupe permanent « santé mentale » du CSS et par des médecins généralistes de terrain.

Le présent document comprend des propositions concrètes et des recommandations afin d'améliorer le diagnostic et le traitement des troubles anxieux. L'avis CSS 8155 porte quant à lui sur les troubles de l'humeur.

Il essaie de donner des directives claires sur l'accompagnement et le soutien des patients en fonction du type de trouble anxieux, ainsi que sur la bonne utilisation des médicaments dans ces indications .

Cet avis est divisé en plusieurs parties :

- une présentation des principes généraux de prise en charge de l'anxiété
 - o interventions non médicamenteuses
 - o interventions médicamenteuses
- des fiches de présentation pour chaque trouble anxieux clinique défini dans le DSM IV
- une présentation de l'anxiété dans le cadre d'autres pathologies (psychiques et somatiques)
- une présentation de l'anxiété comme problématique de personnalité (trait ou trouble)

2. ELABORATION ET ARGUMENTATION

2.1 Méthodologie

L'avis est basé sur une revue de la littérature scientifique et de la littérature grise ainsi que sur l'opinion des experts.

2.2 Elaboration

1ère partie : Prise en charge générale de l'anxiété en première ligne

2.2.1 Définition et diagnostic

Avant tout, il est important de rappeler, que **l'anxiété est une réaction naturelle et normale**¹.

L'anxiété est liée à l'anticipation. D'une manière générale, quand quelqu'un anticipe une action, trois issues sont possibles : la réussite², l'échec³ ou l'incertitude⁴.

Toutes les stratégies sont utilisées pour réduire le degré d'incertitude, en acquérant de l'expérience, en analysant mieux la situation, en étant plus détendu dans la vie ou en optant d'emblée pour l'échec.

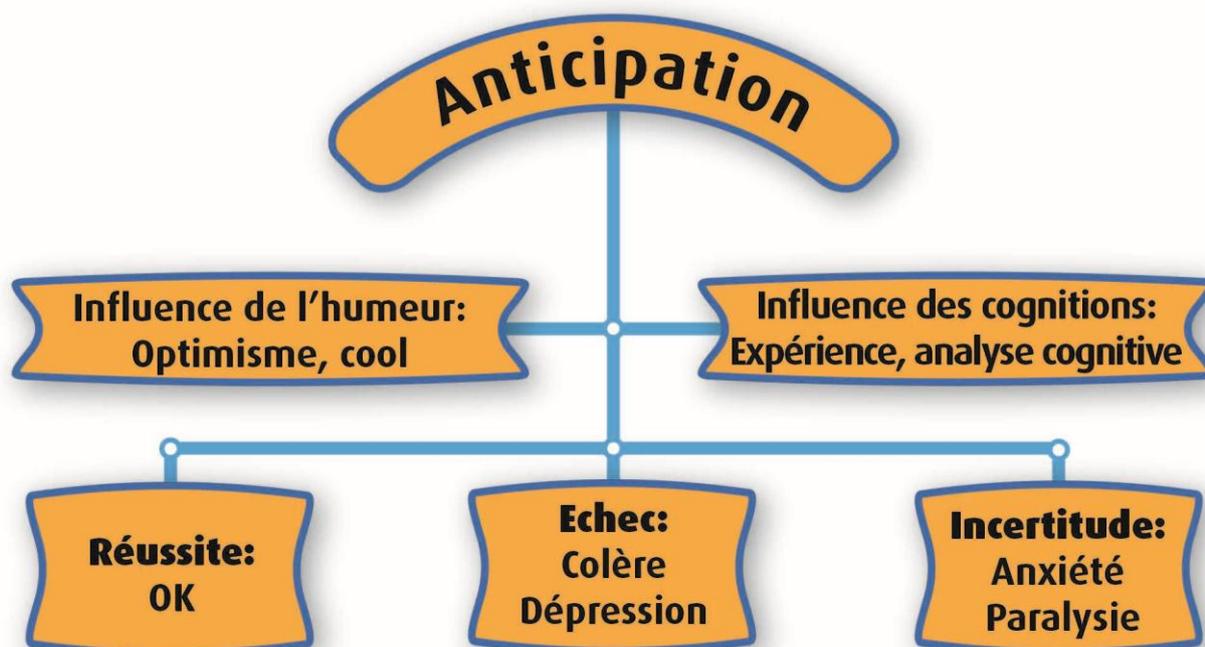
Graphique n°1 : Le mécanisme de l'anxiété

¹ Il s'agit d'une activité du cortex cérébral préfrontal. Etre excessivement détendu devant une situation présentant un certain risque, est plutôt symptomatique d'un état pathologique comme un état maniaque, un début d'Alzheimer ou le signe d'imprégnation à certaines substances.

² quand quelqu'un se sent bien, il parie pour la réussite. En ce sens, l'être humain est fondamentalement optimiste. Mais dans certaines situations, l'optimisme n'est pas de rigueur.

³ l'échec assuré. Généralement, ce dernier suscite soit des sentiments de colère contre les autres, soit une colère retournée contre soi-même et la personne déprime.

⁴ L'incertitude est ce qu'il y a de plus difficile à supporter parce qu'elle réveille de l'anxiété et que l'anxiété a tendance à paralyser, alors que l'on sait très bien que la meilleure réponse sera d'être à un maximum de réactivité.



Chez le généraliste, il est très fréquent que le patient n'ait pas conscience de son anxiété et se présente en mettant en évidence des troubles somatiques. Les *plaintes*⁵ physiques les plus fréquentes sont des oppressions thoraciques, des nœuds dans la gorge ou dans le ventre, des palpitations ou de l'érythysme cardiaque ou des douleurs précordiales, des paresthésies des extrémités ou de la bouche, des tremblements, des mains moites, des bouffées chaud-froid, mais aussi des troubles intestinaux divers comme des gênes, des crampes ou des douleurs abdominales, des diarrhées, du reflux gastro-oesophagien avec pyrosis, des nausées, des vomissements mais également des pollakiuries, des céphalées, des maux de dos. Parfois, la symptomatologie physique est extrêmement démonstrative, faisant penser parfois à des infarctus comme dans l'attaque de panique ou à des crises d'asthme lors de crises d'hyperventilation. Ces symptômes physiques sont souvent accompagnés de troubles de l'endormissement et de troubles de la concentration et de la mémoire immédiate.

Tous ces symptômes, quand ils n'ont pas comme origine une maladie somatique, **traduisent l'angoisse**.

Si le patient ne vient pas avec des plaintes somatiques, mais d'anxiété et se présente par exemple en disant « docteur, je suis stressé depuis toujours », il n'est pas rare que ces symptômes surviennent sur un **tempérament anxieux**.

Une fois l'anxiété identifiée, il s'agira de distinguer s'il s'agit d'une anxiété « ordinaire » ou d'un état pathologique. On s'accorde pour dire actuellement que l'on considère un problème psychologique comme **pathologique** lorsqu'il rencontre les trois critères suivants :

- Une **souffrance** importante, disproportionnée ;
- **qui dure trop longtemps**. Ici tout dépend de la source d'anxiété. Si elle est due à un événement spécifique, on prendra en compte le nombre d'heures où elle envahit l'esprit. Si elle est due à un contexte diffus ou s'il n'y a pas d'événement spécifique, une anxiété persistante de plus de 15 jours d'affilée peut être significative ;
- qui **affecte le fonctionnement** social, relationnel et/ou physiologique.

⁵ Il y a lieu de différencier ici une **plainte** qui est l'expression générale du patient d'un **symptôme** qui est le décodage de cette plainte faite par le médecin. Certaines plaintes ne sont assimilables à aucun symptôme spécifique.

Ainsi une phobie des araignées ou des souris, ne sera pas considérée comme pathologique si elle n'empêche pas d'effectuer les tâches ménagères usuelles, et l'anxiété de l'étudiant en examen sera considérée comme un trouble passager, à prendre en compte, mais non pathologique tant qu'elle n'empêche ni l'étude ni le passage des examens.

Chez l'enfant, les troubles anxieux sont à l'origine de modifications comportementales, repérées par la famille, qui constituent souvent le motif de consultation.

Le diagnostic de trouble anxieux chez les enfants présente encore des spécificités. Au cours du développement normal, l'anxiété peut présenter différentes expressions, comme l'anxiété de séparation, les différentes peurs et les rituels développementaux. Cette anxiété « normale », dont l'expression varie en fonction de l'âge, et qui est nécessaire au développement de l'enfant, est aussi appelée anxiété développementale⁶. Son existence rend parfois difficile le diagnostic d'une véritable anxiété pathologique. Le seuil à partir duquel on considère l'anxiété comme pathologique n'est pas toujours facile à déterminer. A ce titre, le caractère invalidant et persistant des symptômes doit être particulièrement bien évalué.

Le trouble de l'anxiété de séparation est le seul trouble anxieux débutant spécifiquement dans l'enfance. Il est lié aux troubles de l'attachement, quand celui-ci n'est pas suffisamment secure. Il se caractérise par une détresse intense quand l'enfant est séparé de son foyer ou de sa figure principale d'attachement. Il peut donner lieu à des manifestations anxieuses très spectaculaires et invalidantes.

Le devenir des troubles anxieux de l'enfant à l'âge adulte n'est par ailleurs pas clair. Certaines études rétrospectives peuvent apparaître en faveur d'une spécificité d'évolution, mais ce n'est pas confirmé par les études longitudinales⁷.

Enfin, l'anxiété peut être présente sous différentes formes :

- troubles cliniques définis dans l'axe I du DSM
- l'anxiété liée au stress ou à une situation
- l'anxiété dans le cadre d'un trouble de la personnalité (axe II du DSM)
- l'anxiété dans le cadre d'autres pathologies

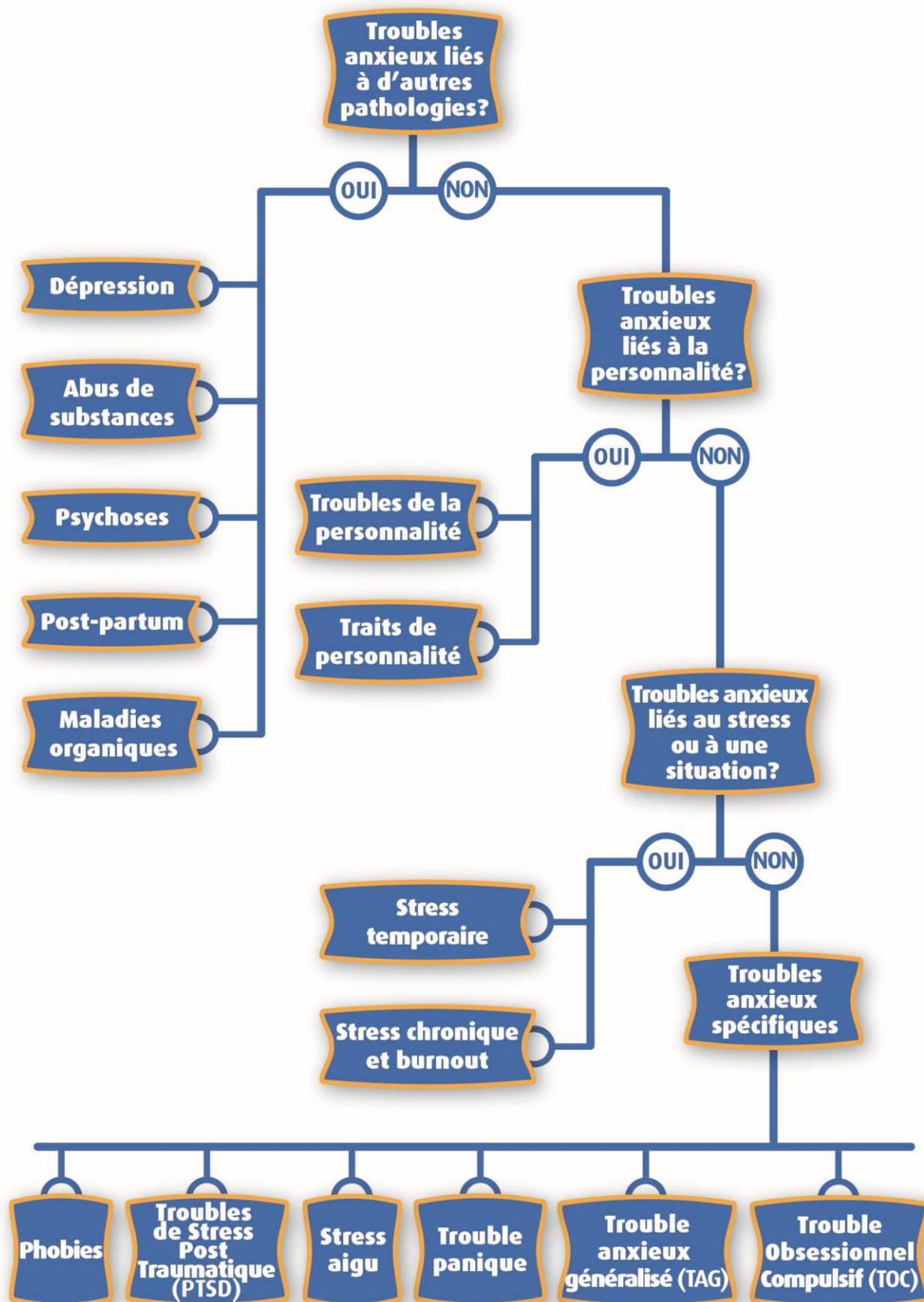
Le graphe n°2 donne une représentation schématique de ces différents troubles, qui seront chacun détaillés au point 2.2.3.

Graphe n° 2 : Arbre décisionnel des troubles anxieux

⁶ L'anxiété développementale n'occasionne pas de souffrance ni de retentissement dans la vie quotidienne de l'enfant et de son entourage. Elle représente au contraire un facteur influençant son adaptation normale au monde extérieur, et plus particulièrement aux situations pouvant présenter pour lui un danger.

⁷ De nombreux facteurs biologiques, environnementaux et psychologiques interviennent dans l'émergence et l'évolution des troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent. Ils interagissent tout au long de la vie pour influencer les trajectoires de ces troubles. La difficulté méthodologique de prendre en compte ces variables simultanément sur des périodes assez longues explique en partie les incertitudes qui demeurent quant au devenir des troubles anxieux de l'enfant.

Il semble que 2 catégories de troubles persistent entre l'enfance et l'âge adulte : le trouble obsessionnel-compulsif et les troubles phobiques, même si l'évolution de ceux-ci n'est pas toujours linéaire. Les autres troubles, comme l'angoisse de séparation ou l'anxiété généralisée sont souvent remplacés par d'autres pathologies. De plus, le devenir des troubles anxieux semble aussi influencé par la sévérité de la symptomatologie initiale et par la comorbidité, en particulier dépressive.



2.2.2 **Prise en charge de l'anxiété en première ligne**

Les soins de première ligne peuvent apporter un accompagnement thérapeutique et psychoéducatif aux patients souffrant de troubles de l'anxiété.

Le choix du type de prise en charge se fera en fonction du type de trouble anxieux, de la sévérité du trouble, de la comorbidité psychique et somatique, des risques de complications (comme le risque d'abus de substance ou le suicide), de l'historique des traitements antérieurs et des préférences du patient (notamment, en terme de coût de traitement).

2.2.2.1 **Interventions non médicamenteuses**

2.2.2.1.1 **Prise en charge par le médecin généraliste**

1) Poser le diagnostic avec précision et fournir des explications à cet effet

Les patients atteints d'un problème anxieux souffrent souvent de « la crainte de la crainte », ils ont « peur d'avoir peur ». L'aspect incontrôlable et indéfinissable des sentiments de crainte ainsi que les symptômes corporels qui y sont liés sont généralement difficiles à supporter. Pour de nombreux troubles anxieux – notamment en cas de trouble panique – les attaques d'angoisse s'accompagnent de perceptions catastrophiques: le patient est convaincu que les attaques mèneront à une perte totale de contrôle, qu'elles auront des conséquences somatiques sévères (crise cardiaque) ou qu'elles aboutiront à son décès. Dans de nombreux cas, les patients éprouvent également des sentiments de honte importants vis-à-vis du problème anxieux, sentiments qui favorisent le comportement d'évitement et aboutissent à une aggravation de l'anxiété.

Une évaluation approfondie du patient, une redéfinition de la problématique anxieuse comme trouble anxieux spécifique et la communication des données épidémiologiques et cliniques (l'affection n'est pas rare, il existe plusieurs possibilités de traitement, etc.) apportent dans de nombreux cas un soulagement sensible ainsi qu'une régression des troubles.

2) Impliquer l'entourage dans le traitement

Les personnes souffrant d'un trouble anxieux ont souvent honte de leurs craintes. Souvent, le patient ose à peine parler de son problème anxieux et tente de le dissimuler à son entourage immédiat. C'est tout à fait inutile et peut même avoir un effet négatif. Au trouble anxieux s'ajoute en effet la crainte que le problème ne soit découvert, ce qui bien sûr rend la situation plus difficile. C'est pourquoi il est souvent judicieux d'impliquer l'entourage dans l'accompagnement. Les patients sont encouragés à discuter de leurs problèmes avec leurs proches et leurs amis. On recommande alors à la famille de ne pas ignorer l'anxiété du patient, mais bien de la reconnaître, même si elle semble disproportionnée et irréaliste. De plus, leur collaboration est sollicitée afin de stimuler le patient à affronter, étape par étape, les situations angoissantes, et ce sans contraintes. La famille et l'entourage sont en effet les premiers groupes de soutien du patient anxieux. Pour bon nombre d'anxieux, la présence d'une personne familière diminue leurs symptômes.

A l'inverse, lors de TOC, la famille peut aussi être mise à rude épreuve (perturbation majeure du fonctionnement familial par les activités compulsives ou contra phobiques). Un soutien et un accompagnement des familles est indispensable pour permettre à celles-ci de tenir dans la durée. Il n'est pas exceptionnel qu'un éloignement du patient ou de la famille du patient présentant des TOC ou des troubles anxieux (voire une hospitalisation) soit nécessaire uniquement pour soulager temporairement la famille.

3) Soutenir le patient et l'aider à gérer son anxiété

Dans les situations de troubles anxieux et de stress, une aide psychologique ou une psychothérapie est bénéfique et devrait être conseillée systématiquement. Pouvoir partager son problème, parler de ses émotions, être conseillé, dirigé vers les personnes ou les structures les plus à même d'apporter une solution suffisent parfois.

Pour cela, le praticien de première ligne peut jouer un rôle important lorsqu'est dressé le bilan du problème anxieux, ainsi que lors d'une initiation aux différentes techniques thérapeutiques. Si cela ne s'avère pas suffisant, il est indiqué d'orienter le patient vers un psychothérapeute.

Dans de nombreux cas, il est ainsi possible de fournir au patient quelques remèdes simples :

- Dresser un bilan des symptômes de panique ou de sentiments anxieux naissants et de l'influence exercée par la crainte sur la vie de tous les jours. Il s'agit d'une démarche nécessaire afin de permettre au patient de prendre des mesures en temps utile, par exemple au moyen de techniques de relaxation ou de techniques cognitives. Cela permet également d'apporter une image plus réaliste et de contrer les perceptions catastrophiques de perte de contrôle et de séquelles physiques engendrées.
- Décrire et réduire progressivement le comportement d'évitement. Le patient est encouragé à graduellement oser davantage la confrontation avec les stimuli à l'origine de l'anxiété.
- Il est possible d'apprendre des exercices de relaxation ou de respiration⁸, ou d'orienter le patient vers un spécialiste compétent (kinésithérapeute, psychologue, etc.) dans ce but. Les techniques de relaxation (voir description en annexe) sont d'un apport indéniable dans le stress et l'anxiété. Lorsque le patient a appris à les maîtriser, elles concurrencent avantageusement la consommation de benzodiazépines. Il existe de multiples techniques visant à obtenir une détente somatique et/ou mentale et qui s'accompagne d'un état de relaxation générale. Ces techniques peuvent être subdivisées en 4 catégories : les techniques respiratoires ; les techniques musculaires ; la concentration sur les perceptions sensorielles ; les relaxations par pensée et imagerie mentale. L'hypnose associe la concentration sur les perceptions sensorielles et la relaxation par pensées et imagerie mentale.

Le choix de la technique sera orienté par les affinités et la sensibilité particulière du patient à se sentir détendu par telle ou telle technique. Par exemple, certains obtiendront une détente par une activation musculaire (p.ex. : une heure de sport) alors que d'autres l'obtiendront par une relaxation musculaire (p.ex. sophrologie).

2.2.2.1.2 Prise en charge dans le réseau de soins de santé mentale

Le traitement de la plupart des troubles anxieux peut certainement être initié en médecine générale. Cependant, dans un certain nombre de cas, l'avis du spécialiste (psychiatre ou psychothérapeute) est indiqué :

- confirmation du diagnostic (parfois à la demande du patient pour le rassurer) ;
- nécessité d'une psychothérapie de soutien ;
- symptomatologie sévère ;
- non amélioration après 3 mois de traitement bien conduit ;
- comorbidité ;
- patients âgés, femmes enceintes, enfants et adolescents ;

Parfois une consultation au début du traitement et une autre 3 à 6 mois après peuvent suffire et rassurer le patient.

⁸ Lors d'un stress chronique, le système orthosympathique est stimulé en permanence. La relaxation vise à mettre au repos l'orthosympathique et stimuler le parasympathique. On note une modification des paramètres physiologiques lors de leur pratique: baisse du rythme cardiaque, de la tension artérielle, etc.

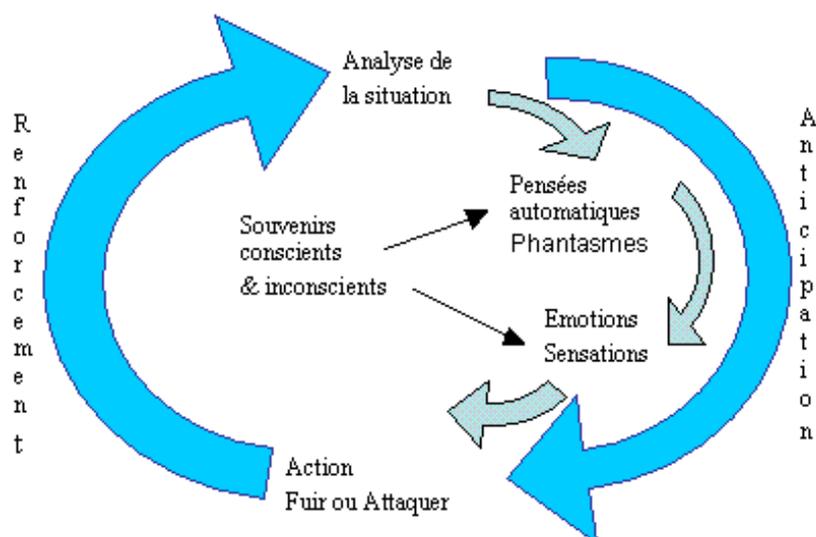
Dans certains cas le patient sera ainsi orienté vers un psychothérapeute. La psychothérapie est définie comme « un traitement des soins de santé dans lequel est manié, de façon logique et consistante, un ensemble de moyens psychologiques (interventions) qui sont ancrés dans un cadre de référence psychologique et scientifique » (cf. rapport CSH 7855 « psychothérapies : définitions, pratiques, conditions d'agrément »).

Il existe un nombre important de formes et de pratiques psychothérapeutiques. Toutefois, en Belgique, comme dans les pays voisins, quatre sont plus fréquemment utilisées :

- les thérapies cognitivo-comportementales⁹ : elles sont indiquées dans les troubles anxieux (attaque de panique, agoraphobie, phobies, TOC, PTSD, anxiété généralisée), l'insomnie, les assuétudes, les troubles sexuels, troubles somatoformes, dépression non psychotique, troubles de la personnalité, etc. La TCC peut donc être recommandée à des personnes attendant un résultat assez rapide en réponse à un problème relativement bien délimité. Actuellement, ce type de thérapie évolue vers des thérapies centrées sur les émotions, notamment la pleine conscience (mindfulness).
- les psychothérapies psychodynamiques et la psychanalyse¹⁰ : elles s'adresseront essentiellement aux patients qui cherchent à comprendre l'origine de leur souffrance, et

⁹ Principe : Cette approche se focalise sur les comportements-problèmes actuels et leurs facteurs de maintien. Face à une situation donnée, émotions et comportements seront influencés par les cognitions (pensées). La thérapie visera à modifier les cognitions et les comportements afin de réduire les émotions négatives, l'anxiété notamment.

Graph 3 : thérapie cognitive et comportementale



Technique : La TCC fait appel à diverses techniques : la relaxation, amélioration de l'assertivité (affirmation de soi), restructuration cognitive, méthode de résolution de problèmes, expositions par l'imaginaire, etc.

Quelques caractéristiques : Un « contrat » thérapeutique est défini d'emblée (objectif thérapeutique), la durée est limitée, la relation client-thérapeute est de type collaboratif : le thérapeute est actif et directif, le patient est actif dans le cadre des séances mais aussi en dehors (en ce sens qu'il aura à effectuer des exercices prescrits)

Durée : Quelques séances à quelques dizaines, selon le type de problème.

La TCC peut se pratiquer en individuel, en couple, en groupe.

¹⁰ Principe : prend en considération le symptôme comme signe de l'existence d'un conflit intra-psychique inconscient, qu'on tentera de mettre à jour lors des entretiens.

Technique : la thérapie est basée sur l'interprétation des interactions patient-thérapeute (transfert et contre-transfert) et des résistances se produisant lors de la cure ; et sur le principe des associations libres (le patient est amené à dire tout ce qui lui vient à l'esprit). Le patient prend conscience progressivement que les émotions ressenties et les représentations qui y sont liées prennent leur source dans des expériences infantiles, qu'il répète dans ses relations

ainsi de mieux se connaître, c'est-à-dire à étendre le champ de leur conscience. La thérapie n'est pas orientée vers un symptôme mais vers une évolution globale amenant le patient à mieux s'adapter sur le plan affectif et de manière plus souple.

- la large thérapie systémique : pour les problèmes relationnels, intergénérationnels, institutionnels, de couple, etc¹¹.
- les thérapies « expérientielles et centrées sur le client »¹²: pour apprendre à comprendre son fonctionnement et l'assouplir, s'accepter soi-même et les autres.

Le choix de la thérapie dépendra du type de problématique et des attentes du patient.

A côté des thérapies psychologiques spécifiques, dans un certain nombre de cas, une *psychothérapie de soutien* peut déjà être suffisante. Il s'agit d'une aide apportée par des spécialistes, qui vise à améliorer les mécanismes d'adaptation du patient.

Enfin, l'aide et le soutien peuvent également être apportés par d'autres professionnels, comme des assistants sociaux, ou encore simplement l'entourage ou des groupes de pairs :

Ainsi, les groupes d'entraide¹³ peuvent aussi apporter un soutien non négligeable à certains patients.

actuelles, y compris la relation thérapeutique (le transfert). Le travail du transfert dans « l'ici et maintenant » de la séance va permettre la prise de conscience et l'expérience émotionnelle adaptatrice.

Durée : pas de limite fixée a priori: la terminaison se fait de commun accord entre patient et thérapeute. Il existe aussi des « psychothérapies brèves », qui durent de quelques séances à quelques dizaines.

Elle se pratique principalement en individuel mais il existe des psychothérapies analytiques de couple et en groupe.

¹¹ Principe : une famille, un groupe de collègues, un couple est un système ouvert qui obéit aux lois de ces systèmes, à savoir : le principe d'entropie (tout système ouvert évolue spontanément d'un état structuré vers un état déstructuré si de l'énergie n'y est pas insufflée), le principe d'inertie (tout système ouvert résiste au changement) et le principe d'homéostasie (équilibre des échanges intra et extra groupaux). Toute personne modifiant le fonctionnement du système (en désinvestissant le groupe ou en voulant une modification des échanges intra/extra groupaux, par exemple) est vécue comme « dangereuse » et le groupe tentera de préserver l'équilibre antérieur du système coûte que coûte. Si un dysfonctionnement groupal apparaît, un des membres du groupe sera pointé comme « patient désigné » (pas nécessairement celui qui est à l'origine du changement). Ce dernier va développer des symptômes comme tentative de préserver le fonctionnement antérieur, souvent inconsciemment (par exemple : être un enfant difficile pour que les parents réinvestissent la famille).

Le thérapeute aidera la famille à comprendre son fonctionnement et le rôle « protecteur » du symptôme groupal. Elle se révèle intéressante notamment chez les enfants et les adolescents. Le travail peut se faire en couple, en famille, en groupe de collègues, etc.

Durée : pas de limite

¹² (*Synonymes* : psychothérapie centrée sur le client, gestalt-thérapie, psychothérapie existentielle, psychothérapie interpersonnelle, psychothérapie expérientielle, méthodes d'action centrées sur l'expérience, essentiellement psychodrame).

Principe : elles sont axées sur le fonctionnement général de la personne (par opposition aux approches axées sur le symptôme) et sur les possibilités de croissance positive. Elles travaillent « l'ici et le maintenant ». L'accent y est mis sur la qualité de la relation thérapeutique : l'empathie, une forte présence du thérapeute, une relation de type égalitaire qui crée un contexte de sécurité dans lequel le patient pourra se confronter à son fonctionnement habituel et expérimenter d'autres solutions.

Elle se pratique en individuel ou en groupe.

Durée : pas de limite.

¹³ Ce sont des groupes de personnes rencontrant les mêmes difficultés ou souffrant de pathologie similaire. Les membres du groupe s'apportent soutien mutuel, encouragements et conseils, en particulier des recommandations en termes de meilleur comportement de santé. Pouvoir partager son expérience, voir quelles solutions les autres ont trouvé, sortir de son isolement, de la honte, ne plus se sentir stigmatisé peut apporter un réel soulagement.

Ex : Groupes pour les personnes souffrant de TOC, de phobie sociale, l'Association Similes pour les personnes ayant un membre de son entourage présentant une pathologie mentale, etc.

2.2.2.1.3 Aspects spécifiques de la prise en charge pour les enfants et adolescents

Chez les enfants et les adolescents, de manière générale, l'abord thérapeutique de première intention est de nature relationnelle. Il faut associer de façon systématique les parents à la prise en charge, quelle que soit la forme que cette association puisse prendre en fonction des situations particulières.

La première étape est de nature « psycho-éducative », afin de faire le point sur la symptomatologie et le fonctionnement de l'enfant dans la famille et en dehors de celle-ci, d'éviter les attitudes inappropriées, et d'adapter les réponses parentales à l'évolution de l'enfant. Il s'agit d'aider les parents à trouver une distance appropriée vis-à-vis du fonctionnement de leur enfant, en donnant du sens à celui-ci, et de renforcer leurs compétences parentales. Chez l'enfant d'âge préscolaire, on travaillera ainsi plutôt sur les interactions parents-enfants, avec l'objectif d'améliorer la qualité de l'attachement parent-enfant, en renforçant le sentiment de sécurité de ce dernier. Chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents, le traitement peut faire appel à des psychothérapies de type comportemental et cognitif (TCC), psychodynamique ou familial. Les TCC sont susceptibles de bénéficier aux enfants de plus de 10 ans car elles nécessitent une certaine maturité cognitive. Elles varient en fonction de la nature du trouble anxieux et de l'âge de l'enfant. Pour les phobies par exemple, des techniques de désensibilisation sont assez classiquement recommandées. Mais il existe aussi comme chez l'adulte des techniques d'affirmation de soi, des techniques de relaxation et des techniques cognitives de gestion du stress. D'autres techniques comme les thérapies d'inspiration analytique permettant l'expression de conflits inconscients par la parole, le dessin et le jeu sont régulièrement préconisées, surtout chez les plus jeunes.

2.2.2.2 Traitement pharmacologique

2.2.2.2.1 Quand traiter ?

Comme pour les formes légères de dépression (Khan et al., 2005), le bénéfice d'un traitement pharmacologique des troubles anxieux par rapport au placebo est difficile à démontrer. Les études randomisées contrôlées montrent une réponse au placebo élevée (Huppert et al., 2004) indiquant que des effets non spécifiques peuvent jouer un rôle important dans l'amélioration de l'état des patients.

La nécessité d'un traitement psychopharmacologique est déterminée par :

- la sévérité et la persistance des symptômes,
- la présence d'un trouble mental comorbide,
- le niveau d'atteinte sur le fonctionnement social
- les antécédents éventuels de bonne réponse au traitement psychopharmacologique.

Beaucoup de patients craignent un traitement médicamenteux, évoquant des problèmes de sédation ou le développement d'une dépendance physique ou psychologique. Leur médecin devrait discuter des éventuels bénéfices et risques avant l'initiation d'un tel traitement. La réponse n'est pas immédiate, un risque transitoire d'une péjoration initiale des symptômes peut survenir. La poursuite du traitement au long terme est souvent nécessaire au maintien de la réponse au traitement et minimise les risques de rechutes. Enfin, il convient de rassurer le patient sur le fait que les antidépresseurs n'entraînent pas de dépendance.

Bien qu'il y ait beaucoup de similitudes dans le traitement psychopharmacologique des divers troubles anxieux, il existe aussi des différences. La sélection d'un médicament d'une classe particulière devrait tenir compte des tentatives antérieures. L'absence d'une indication reconnue pour un médicament en particulier ne veut pas nécessairement signifier qu'il faut absolument l'exclure de l'arsenal thérapeutique. Toutes les molécules d'une même classe ne sont pas nécessairement toutes efficaces pour traiter un trouble anxieux particulier, quand une molécule

de la classe a prouvé son efficacité. La présence d'une dépression comorbide devrait certainement guider le choix de traitement en faveur de la prescription d'un antidépresseur plutôt qu'une benzodiazépine.

Chez les enfants et les adolescents, le traitement médicamenteux n'est pas recommandé, du fait de l'impact des psychotropes sur un cerveau encore en croissance.

Il pourra néanmoins être envisagé lorsque les manifestations symptomatiques sont bruyantes, très invalidantes et spécifiques (attaques de panique, obsessions, compulsions, etc.). Il s'avère également souvent nécessaire en cas de comorbidité avec un trouble de l'humeur. Le rapport coût/bénéfices doit cependant toujours être attentivement évalué.

Il existe cependant peu de données contrôlées sur le traitement médicamenteux des troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent, en dehors du trouble obsessionnel-compulsif. De plus, les essais publiés présentent des problèmes de méthodologie¹⁴.

2.2.2.2 Les diverses possibilités thérapeutiques

Les ***inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (SSRI)*** ont une efficacité anxiolytique reconnue et sont généralement bien tolérés. C'est la raison pour laquelle ils représentent la **première ligne de l'approche médicamenteuse** dans le traitement des troubles anxieux.

Ainsi, de nos jours, les SSRI sont devenus des traitements de choix non seulement dans le traitement de la dépression, mais aussi dans le traitement des cinq troubles anxieux.

Cependant, les SSRI peuvent potentiellement induire une nervosité accrue en début de traitement, de l'insomnie et des nausées ainsi qu'une dysfonction sexuelle. Lors d'un arrêt brusque, ils peuvent induire un syndrome de discontinuation caractérisé par de l'insomnie, des vertiges et des symptômes d'allure grippale. Par ailleurs, ces médicaments n'agissant qu'après 2 à 3 semaines de traitement, le risque d'abandon est aussi plus grand.

De plus, lors d'administration de doses importantes de SSRI ou d'interactions médicamenteuses avec d'autres traitements prescrits, ils peuvent parfois occasionner un syndrome sérotoninergique¹⁵.

Les SSRI sont également les médicaments les mieux tolérés et dont l'efficacité est la mieux établie actuellement pour les enfants et les adolescents. L'efficacité doit être évaluée entre 8 et 12 semaines de traitement. Pine (2002) recommande que cette médication soit poursuivie pendant un an chez les enfants qui ont bénéficié d'une amélioration marquée de leur symptomatologie anxieuse. L'interruption doit se faire dans un climat favorable, c'est-à-dire dans une période avec peu de stress, comme par exemple les vacances scolaires. Des doses élevées peuvent être utilisées dans le trouble obsessionnel compulsif. Dans ce cas, la diminution doit être progressive sur une période de 2 mois.

L'***inhibiteur de la recapture de la sérotonine et noradréline (SRNI) venlafaxine*** est également associé à des symptômes de discontinuation quand elle est arrêtée brutalement.

¹⁴ échantillons de petite taille, non élimination des placébos répondeurs, hétérogénéité des échantillons cliniques, instruments d'évaluation peu spécifiques, doses utilisées variables d'un essai à l'autre, durée de traitement souvent inférieure à 6 semaines, très peu d'études à moyen et long terme, etc

¹⁵ Le syndrome sérotoninergique se caractérise par la présence de symptômes psychiatriques (confusion, désorientation, dysphorie, hypomanie), neurologiques (tremblements, incoordination, dysarthrie, myoclonies, hyperréflexie, crises épileptiques, ataxie), gastro-intestinaux (crampes abdominales, vomissement, diarrhée), cardio-vasculaires (tachycardie, hypotension, collapsus cardio-vasculaire) ou autres (hyperthermie, céphalées voire décès). Ce syndrome est le plus souvent occasionné par l'administration concomitante d'un IMAO et soit d'un SSRI, antidépresseur tricyclique, pethidine, tryptophane ou dextrométhorphan. Il peut également survenir lors de l'administration concomitante d'un SSRI et soit de tryptophane, lithium ou dextrométhorphan. Enfin, des cas de syndrome sérotoninergique lors de traitement en monothérapie de clomipramine, fluvoxamine ou encore de sertraline ont été décrits. Le traitement consiste en l'arrêt de la médication responsable. En général, on assiste alors à une réduction des symptômes endéans les 24 heures. Dans certains cas, il est parfois nécessaire de recourir à des antagonistes non sélectifs de la sérotonine comme le cyproheptadine ou le méthysergide.

La **mirtazapine** est un autre anti-dépresseur qui peut être utilisé en cas de trouble anxieux du fait de ses propriétés sédatives. Il a l'avantage de ne pas interférer avec la fonction sexuelle.

Les **antidépresseurs tricycliques** ont montré une efficacité dans plusieurs troubles anxieux, mais sont associés à plus d'effets secondaires que les SSRI et la venlafaxine. C'est la raison pour laquelle les tricycliques devraient être utilisés uniquement après non-réponse ou faible tolérance des SSRI ou SNRI. Les tricycliques devraient être évités toutefois chez les patients à risque suicidaire en raison de leur toxicité cardiaque en cas d'overdose. Arrêter les tricycliques de manière abrupte peut également occasionner un syndrome de discontinuation et leurs nombreuses interactions médicamenteuses et effets secondaires peuvent limiter leur usage chez les patients avec des médications concomitantes, tout particulièrement chez les patients âgés. La dose initiale est de 1 mg/kg/j pour atteindre 3 mg/kg/j avec un maximum de 5mg/kg/j répartis en 2 à 3 prises (métabolisation plus rapide que chez l'adulte avec variation plus rapide des taux plasmatiques).

Pour l'enfant et l'adolescent, plusieurs essais contrôlés ont évalué leur efficacité dans les troubles anxieux, et dans le TOC notamment. Mais les nombreux effets secondaires et une surveillance constante des taux sanguins et toxiques potentiels rendent ces médicaments peu maniables et donc réservés seulement aux cas réfractaires aux SSRI et aux thérapies associées.

L'**inhibiteur de la monoamine oxydase irréversible (IMAO) phenelzine** a démontré de l'efficacité dans le trouble panique et la phobie sociale, mais les effets secondaires et la nécessité de suivre un régime alimentaire sans tyramine limitent son utilisation. Il devrait être réservé aux patients qui n'ont pas répondu ou qui se sont montrés intolérants à d'autres approches médicamenteuses (leur utilisation actuelle en Belgique est des plus minimales). Le moclobemide a également montré son efficacité dans le trouble panique et la phobie sociale.

Les IMAO, la mirtazapine, le bupropion ou la venlafaxine n'ont pas fait l'objet de rapport d'étude pour les enfants et adolescents.

Certaines **benzodiazépines** ont montré une efficacité dans le trouble panique, l'anxiété généralisée et la phobie sociale mais elles peuvent occasionner de la sédation et de la dépendance à long terme. Lors de l'arrêt, les symptômes de discontinuation ont un pic de sévérité à 2 jours pour les molécules à demi-vie courte et à 4 à 7 jours pour les benzodiazépines de longue demi-vie. Comme ces benzodiazépines n'ont pas vraiment d'action sur les symptômes dépressifs souvent associés, il leur sera souvent préféré les antidépresseurs. Etant donné que leur arrêt progressif est difficile et que leur efficacité à long terme est limitée, les benzodiazépines devraient être réservées au traitement des patients qui n'ont pas répondu à au moins deux autres types de traitement.

Chez les enfants et les adolescents, la prescription de benzodiazépines est déconseillée car il existe trop peu de travaux pour argumenter leur efficacité. Les risques liés à leur prescription, en particulier une tolérance et une dépendance, et les troubles associés (troubles de l'apprentissage, mémoire, concentration ...) paraissent trop élevés en regard du bénéfice qu'elles sont susceptibles d'apporter dans cette indication, et les résultats des études ouvertes sont en contradiction avec ceux des essais contrôlés (réaction paradoxale d'agitation).

Les **antipsychotiques** ont certainement un rôle limité dans cette indication en raison du peu d'évidence clinique et des potentiels effets secondaires. Les neuroleptiques atypiques ont cependant peu d'effets secondaires et peuvent être intéressants à petite dose et pour une courte période dans les angoisses envahissant tout le champ de la pensée (ex : amisulpride 25 à 50 mg 2-3x/j ou aripiprazole 5 mg).

Les effets secondaires des neuroleptiques, en particulier cognitifs, les font déconseiller chez les enfants et les adolescents.

Les **anticonvulsivants non benzodiazépines** ont montré une efficacité dans certains troubles anxieux (anxiété généralisée et phobie sociale). Cependant, en raison du peu d'études randomisées contrôlées, ils restent seulement indiqués chez les patients qui n'ont pas répondu ou se sont montrés intolérants aux molécules de première ligne.

Les **Bêta-bloquants** sont parfois prescrits mais souvent en prescription concomitante avec d'autres traitements. Il n'existe pas non plus de littérature concernant une évaluation standardisée pour les enfants et adolescents. Ils peuvent être intéressants s'ils sont utilisés de façon ponctuelle dans des situations stressantes (par exemple, un examen oral, un test d'embauche, un examen médical angoissant..) car ils n'interfèrent pas avec les compétences cognitives.

Enfin, il n'existe que très peu de données sur l'effet des **antihistaminiques**, pourtant prescrites depuis les années 1960.

Les **phytomédicaments** (notamment, passiflore, valériane) peuvent également être une alternative de première ligne, développant moins de risques d'effets indésirables ou d'addiction que des médicaments tels les benzodiazépines ou les antidépresseurs (SSRI, SNRI ou tricycliques). Plusieurs médicaments à base de Valériane sont enregistrés en Belgique. Mais les auteurs de deux revues Cochrane (Miyasaka, 2006 ; Miyasaka, 2007) sur la phytothérapie dans les troubles anxieux concluent que ni la passiflore ni la valériane n'ont été suffisamment étudiées pour pouvoir déterminer leur place dans le traitement de trouble anxieux.

Il ne faut pas non plus les confondre avec les nombreux compléments alimentaires dont les concentrations sont très variables et pour lesquels des notices de mise en garde, d'interférence avec d'autres médicaments, etc. ne sont évidemment pas jointes à la spécialité.

Pour les **patients âgés**, il faut suivre les mêmes indications que pour les patients adultes de moins de 65 ans mais tenir compte de la possibilité d'interactions médicamenteuses, de comorbidités physiques, du besoin de plus faibles doses en raison d'un métabolisme réduit ou d'une sensibilité accrue aux effets secondaires (attention aux SSRI). L'avis du pharmacien par exemple pourra être utile dans ce cas.

Enfin, il faut autant que possible éviter le traitement psychopharmacologique chez les **femmes enceintes ou allaitantes** et privilégier l'approche psychologique. Si un traitement médicamenteux doit être mis en place, il faut évaluer le rapport coût/bénéfice et s'il y a lieu, considérer la SSRI (sauf la paroxétine au 1^{er} trimestre) et l'amitryptiline comme traitement de première ligne en raison du recul plus grand avec ces molécules (site Cybele KUL et Lecrat.org). La venlafaxine est interdite au 3^è trimestre et pendant l'allaitement.

En cas d'allaitement, privilégier parmi les SSRI la paroxétine et sertraline car leur sécrétion dans le lait est faible (ce n'est pas le cas pour le citalopram et fluoxétine) et éviter les médicaments sédatifs (miansérin, mirtazapine, trazodone). L'avis d'un gynécologue sera aussi toujours nécessaire.

⇒ **Traitement pharmacologique chez les enfants et adolescents :**

- réserver le traitement psychopharmacologique aux enfants et adolescents qui n'ont pas répondu au traitement psychologique et chez lesquels, les bénéfices potentiels du traitement dépassent les risques potentiels ;
- les SSRI sont certainement des médicaments de premier choix, la fluoxétine étant la molécule la plus efficace (WONCA Grenade 2008) ;
- éviter les benzodiazépines et les tricycliques en raison de leurs effets secondaires ;
- commencer avec de faibles doses et adapter la posologie à l'âge et la taille du patient ;
- prendre l'avis d'un spécialiste, tel un pédopsychiatre.

2.2.2.3 Complications et suivi

Beaucoup de patients psychiatriques présentent en même temps une affection somatique (76 % d'après une étude de Dan et al., 1991) et parmi ceux-ci 83 % mériteraient d'être suivis médicalement et 7 % seraient dans un état grave¹⁶.

Sur le plan somatique, le généraliste, sera donc particulièrement vigilant quant à l'apparition des complications suivantes :

- Troubles cardio-vasculaires

Le stress et l'anxiété augmentent tant la tension vasculaire que la sécrétion de cholestérol. Par ailleurs, ils s'accompagnent souvent de tachycardie. Un suivi régulier des paramètres cardio-vasculaires (auscultation, prise de tension) et des paramètres biologiques (CPK, cholestérol) est donc indispensable chez un patient anxieux et nécessitera une prise en charge adéquate..

- Troubles digestifs

Le pyrosis et l'hyperactivation du tractus gastro-intestinal, ne sont pas rares chez le patient anxieux, l'évolution vers un ulcère gastrique ou une recto-colite ulcéro-hémorragique, n'est pas exceptionnel. Le traitement conjoint du stress et des troubles gastro-intestinaux invite à une prise en charge conjointe par le professionnel de la santé mentale et le généraliste.

- Perturbations endocriniennes et métaboliques

Ces perturbations sont dues à différents mécanismes (voir graphe en annexe D):

- Un stress ou une anxiété chronique consomme énormément d'énergie, surtout par les tensions musculaires permanentes.
- L'augmentation de la cortisolémie (hormone du stress) a aussi un effet direct sur la lipolyse, la lipogenèse et la glycogénèse, qui augmente la cholestérolémie puis ultérieurement la sécrétion d'androstérone et la diminution de DHEA (hormone anti vieillissement).
- Le stress chronique active le cycle de Krebs qui est chargé de transformer les sucres alimentaires en sucres utilisables par l'organisme. Cette suractivation peut entraîner des troubles thyroïdiens ou parathyroïdiens (le calcium est le nutriment principal de l'activité musculaire).

¹⁶ Il faut mentionner que les études épidémiologiques sur le sujet sont peu nombreuses et difficilement comparables. Les critères d'inclusion des maladies physiques varient en effet fortement d'une étude à l'autre, certaines études s'intéressent aux *primary care*, d'autres aux patients psychiatriques en général, peu réellement aux patients hospitalisés, enfin certaines (dont les plus importantes) remontent à une vingtaine d'années. L'étude la plus marquante est celle de Hall RC et al. (1981) qui dans une étude prospective sur 100 patients venant d'être hospitalisés découvraient dans 90 % des anomalies physiques, 80 % nécessitaient un traitement somatique, pour 46% d'entre eux la maladie n'était pas connue auparavant. Kisely S & Goldberg D. (1996) trouvaient des chiffres comparables auprès d'une population suivie en *primary care*. Koranyi et al. (1992) au Canada avancent le chiffre de 50,1 % des patients psychiatriques souffrant de maladies physiques « significatives ». Des études basées sur l'axe III (Aspects médicaux ponctuels et troubles physiques) du DSM (Maricle et al, 1987 ; Salloum et al., 1994) avancent respectivement les chiffres de 60 % et 46,7%. Ils soulignent cependant que l'axe III reflète pauvrement les affections médicales mises en évidence.

Déjà Esquirol a mis en évidence au 19^e siècle une surmortalité naturelle dans les populations psychiatriques, en particulier chez les sujets jeunes. Les index de risques publiés dans la littérature sont comparables avec ceux observés en Belgique dans le RPM (résumé psychiatrique minimum) (Felker, 1996).

Aucune hypothèse sur les causes de mortalité n'a pu être vraiment testée. L'annonce médicale chez les patients psychiatriques est difficile. Les anamnèses produites par bon nombre de patients sont peu fiables, les signes d'alarme couramment utilisés pour alerter l'entourage sont inutilisables et les examens somatiques sont perturbants.

- Cervicalgies, bruxisme et céphalées de tension

Les tensions musculaires continues entraînent souvent des cervicalgies, voire des dorsalgies et des céphalées de tension. Par l'anamnèse, on pourra suspecter que le patient ne se détend jamais en lui demandant s'il présente un bruxisme nocturne. Le test de tétanie latente (qui mesure l'impact physiologique du stress sur les tensions musculaires) peut objectiver l'aspect physiologique de ce déficit en détente musculaire. Le traitement principal portera sur la relaxation et les massages.

Sur le plan psychique, on peut également être confronté aux complications suivantes :

- Dépression

Si l'anxiété accompagne régulièrement les dépressions, la répétition d'épisodes anxieux, de *burn out* ou de stress chronique peut plonger le patient dans un syndrome dépressif majeur. Les troubles de l'humeur se manifesteront alors plus par de l'irritabilité que par de la tristesse, avec une perte de plaisir (pas nécessairement d'intérêt) pour les activités procurant habituellement le plaisir.

- Psychose

L'anxiété continue suite à un harcèlement moral par exemple, précipite certaines personnalités fragiles, vers une psychose de type paranoïde. Il est vrai que le harcèlement moral répond parfois à tous les critères d'une psychose expérimentale. Ces psychoses sont parfois transitoires ou au contraire, signalent un début de schizophrénie.

- Syndrome de « victimisation »

On parle de syndrome de victimisation lorsqu'une personne qui a subi un traumatisme (agression, harcèlement, maladies graves, événements de vie, etc.) opte pour faire de son état de victime un statut existentiel au détriment du travail psychologique de deuil sur l'injustice du trauma. Lors d'un tel processus, les personnes utilisent parfois les médecins pour obtenir des certificats, des incapacités ou des justificatifs médicaux dans le but de mettre en avant leur statut de victime dans des procédures juridiques.

Par ailleurs, les procédures juridiques peuvent parfois entraîner un effet pervers : pour qu'une plainte ait de l'impact, la victime ne peut pas aller mieux. Dès lors, certains patients sollicitent de façon récurrente les médecins à asseoir ce statut au détriment de leur rôle qui est de soigner. Il en résulte des prises en charge parfois difficiles.

- Augmentation de l'usage d'alcool et risque de dépendance

Certains patients anxieux ou stressés ont tendance à se réfugier dans l'alcool.

- Dépendance aux benzodiazépines

Pour rappel, les benzodiazépines pris sur des périodes prolongées entraînent des dépendances dont il est difficile de se déshabituer. Leur prise ponctuelle ou sur de courtes périodes, reste cependant très adaptée à des syndromes anxieux transitoires et il n'y a pas lieu de diaboliser leur usage dans ce contexte. Par contre, si la prise doit être prolongée, outre la kinésithérapie et la psychothérapie, on leur préférera les SSRI (cfr « Manuel d'aide aux médecins généralistes : Anxiété, Stress et Troubles du sommeil » – campagne fédérale pour l'usage rationnel des benzodiazépines, 2005 SPF Santé Publique).

Par ailleurs, pour les patients qui ont déjà développé une dépendance envers ces médicaments, ou qui souhaiteraient se débarrasser d'un usage excessif, il faudra souvent recourir à des stratégies dites « motivationnelles ». Ces stratégies visent à amener le patient à prendre conscience de la problématique, des possibilités de changement et des moyens à mettre en œuvre pour effectuer ces changements, en se basant sur plusieurs principes (empathie, peser le pour et le contre, éviter la persuasion et l'affrontement, renforcer le sentiment de liberté personnelle et la liberté de choix). Voir en annexe C pour plus de détails.

2^{ème} partie : fiches par trouble anxieux**2.2.3 Les troubles anxieux cliniques****2.2.3.1 Trouble panique****2.2.3.1.1 Diagnostic**

La panique est définie comme étant une angoisse intense qui débute brutalement. On parle d'un accès de panique si le début est brutal, qu'un pic est atteint après une dizaine de minutes et qu'il s'accompagne d'un certain nombre de symptômes physiologiques (palpitations, sueurs, douleur thoracique, sensation d'oppression). Le patient peut s'évanouir. La présence d'un accès de panique n'indique pas nécessairement un trouble panique. Des accès de panique se produisent également en cas de phobie simple, de phobie sociale, de trouble du stress post-traumatique et de troubles psychotiques. Un accès de panique peut s'accompagner d'un sentiment de dépersonnalisation.

On parle de trouble panique lorsque les attaques de panique sont récurrentes et associées à une anxiété anticipatoire de leur récurrence. Les accès sont imprévisibles et non liés à une situation déterminée.

La répercussion sur l'activité psychosociale est importante. Lorsque des patients développent des sentiments d'angoisse dans une mesure telle qu'ils éviteront de s'exposer à certaines situations auxquelles ils ne pourront pas s'échapper ou dans lesquelles ils ne pourront pas obtenir d'aide lors de l'apparition d'un accès de panique, on parle de trouble panique accompagné d'agoraphobie. Il existe aussi des agoraphobies sans antécédent de trouble panique.

Le trouble panique est assez rare avant la puberté, et a peu été étudié (comme l'agoraphobie) dans ce groupe particulier.

Dans le cadre d'un diagnostic différentiel, il est important de distinguer un trouble panique d'une phobie sociale, d'une hypocondrie et d'une dépression. En cas de phobie sociale, l'angoisse concerne exclusivement la réprobation des autres. En cas d'hypocondrie, l'angoisse est focalisée sur certaines sensations corporelles attribuées à une maladie incurable. Si les symptômes corporels sont de nature cardiorespiratoire, ils peuvent se confondre avec les symptômes physiologiques présents en cas de trouble panique. En cas de dépression, le diagnostic différentiel est plus difficile; au cours d'un épisode dépressif, des accès de panique se produisent souvent. Si les critères diagnostiques présents valent aussi bien pour un trouble panique que pour un trouble dépressif, un double diagnostic est nécessaire.

D'autres maladies psychiatriques sont à exclure, à savoir la phobie spécifique, le trouble obsessionnel compulsif, le trouble du stress post-traumatique et l'angoisse de séparation. Un diagnostic différentiel organique est également important (voir point 2.2.6 Les troubles anxieux dans le cadre d'autres pathologies somatiques).

Pour parvenir à un diagnostic différentiel exact et exclure d'éventuelles comorbidités, un avis psychiatrique peut s'avérer nécessaire.

Des études épidémiologiques mentionnent une prévalence durant la vie de 1.5 à 3 % pour le trouble panique et de 3 à 4 % pour les accès de panique. Le trouble panique est deux à trois fois plus fréquent chez les femmes que chez les hommes.

2.2.3.1.2 Approche thérapeutique

Tout d'abord, un diagnostic exact est important. La comorbidité doit être vérifiée. Le clinicien doit être attentif à un risque accru de suicide. Des facteurs incitants éventuels doivent être vérifiés (caféine, alcool, manque de sommeil, nicotine ou autres substances).

Il est important d'interrompre le comportement d'évitement du patient. Pour cela, les psychothérapies cognitivo-comportementales (thérapies d'exposition) sont efficaces (CBIP, 2008). Il n'y a pas d'indication que l'efficacité augmente si on combine la psychothérapie avec un médicament.

Une pharmacothérapie (SSRI) peut cependant être également efficace :

1. Inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine (SSRI)

Une série d'études avec des SSRI comme la paroxétine (40-60 mg/jour) (Ballenger, 1998), sertraline (50-200 mg/jour) (Pollack, 1998), fluoxétine (20-60 mg/jour) (Michelson, 1998), fluvoxamine (150-300 mg/jour) (Black, 1993), citalopram (20-40 mg/jour) (Lepola, 1998) et l'escitalopram (10-20 mg/jour), de même que plusieurs méta-analyses suggèrent que les SSRI sont plus efficaces que les tricycliques ou l'alprazolam dans le trouble panique. Beaucoup de ces études contrôlées sont des études à court terme, mais des études récentes à plus long terme plaident en faveur de traitements de longues durées. La plupart des cliniciens traitent d'ailleurs leurs patients sur des durées d'au moins un à deux ans.

Avec toutes ces médications de type SSRI, le traitement du trouble panique devrait commencer par de faibles doses (2.5 à 5 mg de fluoxétine, 5 à 10 mg de paroxétine, par exemple) avec augmentation graduelle de la posologie de manière à éviter les effets secondaires. Les patients développent souvent de l'anxiété, des tremblements et de l'insomnie si le traitement est débuté par de fortes doses (doses habituelles pour le traitement de la dépression) et par conséquent, arrêtent leur traitement à cause de ces effets.

Les SSRI sont devenus le traitement de choix du trouble panique, ils sont au moins aussi efficaces que les autres traitements pharmacologiques disponibles, sont mieux tolérés et non créateurs de dépendance.

La plupart des patients avec trouble panique qui ont des symptômes suffisamment sévères pour nécessiter un traitement sont généralement traités pendant 12 à 24 mois avant de commencer à considérer une diminution et l'arrêt du traitement en cours de manière à estimer si le traitement est encore nécessaire. En ce qui concerne le traitement au long cours, les SSRI sont certainement un premier choix. Toutefois, leur principal effet secondaire consiste en une dysfonction sexuelle. Il s'agit souvent d'orgasme retardé tant chez l'homme que la femme, de même qu'une libido diminuée voire une dysfonction érectile chez l'homme.

2. Benzodiazépines

L'alprazolam a été la première benzodiazépine qui a démontré son efficacité dans le traitement à court terme du trouble panique avec ou sans agoraphobie (Ballenger, 1988). Par opposition aux traitements antidépresseurs du trouble panique, avec lesquels au moins 3 à 6 semaines de traitement sont nécessaires à l'observation d'un bénéfice thérapeutique, les benzodiazépines produisent souvent des effets thérapeutiques durant la première semaine. La dose moyenne journalière tourne autour de 5 mg.

Une autre benzodiazépine habituellement utilisée est le clonazepam, effective à une dose environ deux fois moins importante que l'alprazolam (environ 2,5 mg/jour). En raison de sa demi-vie plus longue, le clonazepam peut être administré seulement deux fois par jour avec, pour avantage, d'occasionner moins de *rebound* d'anxiété inter-dose et moins de symptômes de discontinuation qu'avec l'alprazolam.

Les benzodiazépines sont fréquemment utilisées en combinaison avec les SSRI, avec pour objectif leur action rapide et leur arrêt rapide quand l'effet du SSRI commence à se faire sentir après quelques semaines d'administration.

L'usage des benzodiazépines au long cours est cependant associé à de nombreuses craintes justifiées. Une certaine tolérance s'observe, les patients en abusent et dès lors, leur arrêt est difficile voire impossible. Il est particulièrement important de détecter les individus qui ont tendance à l'abus de substances et d'éviter de leur prescrire des benzodiazépines. Si les patients sont correctement informés à propos du processus de diminution progressive de leur traitement, l'arrêt de traitement se passe généralement bien (Ballenger, 1992). Probablement en raison d'une sensibilité accrue, les patients avec trouble panique devraient arrêter très progressivement toute molécule qui leur est prescrite. Cette période de discontinuation peut aller de 2 à 4 mois et parfois même 6 mois.

Les principaux avantages des benzodiazépines consistent en leur rapidité d'action, le fait qu'elles sont généralement bien tolérées et qu'elles diminuent l'anxiété anticipatoire. Leurs principaux inconvénients comportent leur interaction avec l'alcool et la survenue de problèmes de mémoire à court terme chez certains individus. De plus, leur abus et les symptômes de sevrage peuvent survenir. Elles ne bloquent certainement pas la survenue d'une dépression chez ces patients avec trouble panique. Or, 2 patients sur 3 avec trouble panique vont développer une symptomatologie dépressive à un moment ou à un autre.

3. Antidépresseurs tricycliques

L'imipramine a certainement été un des premiers antidépresseurs qui a montré des résultats intéressants dans le trouble panique. Plus récemment, la clomipramine s'est montrée être plus efficace que l'imipramine à des doses de 150 à 200 mg/jour. Cependant, les antidépresseurs tricycliques sont rarement utilisés dans cette indication de nos jours en raison de leurs nombreux effets secondaires et leur risque létal en cas d'overdose.

4. Autres antidépresseurs

Les inhibiteurs des monoamine oxydases (IMAO) sont également peu utilisés, même si l'IMAO irréversible phénelzine est assez efficace, voire parfois plus efficace que d'autres médicaments (Sheehan, 1980). Cependant, ils partagent tous les effets secondaires indésirables des tricycliques et nécessitent un régime sans tyramine avec toujours le risque d'induire des crises hypertensives. Les IMAO réversibles comme le moclobémide ont obtenu des résultats intéressants également dans cette indication.

Parmi les inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine et noradrénaline (SNRI), la venlafaxine s'est également montrée efficace.

5. Autres substances

Parmi les agents antiépileptiques, certains comme l'acide valproïque et la gabapentine se sont avérés être efficaces, mais pas la carbamazépine. La buspirone, un agoniste réceptologique 5-HT_{1A}, bien que utilisée dans l'anxiété généralisée, n'est pas efficace dans le traitement du trouble panique. Les bêtabloquants sont très utilisés dans cette indication, mais selon l'avis d'un panel d'experts internationaux, ils ne devraient pas être utilisés comme traitement primaire (Ballenger, 2001).

6. Mauvaise réponse au traitement et rechute

Le patient peut montrer une mauvaise réponse au traitement, soit parce que le diagnostic n'a pas été assez complet (trouble psychiatrique associé non reconnu tels que dépression, trouble obsessionnel compulsif, PTSD, phobie sociale, problème médical non reconnu, abus de

substances), soit parce que le traitement pharmacologique n'est pas adéquat (dose trop faible, traitement trop court (12 à 16 semaines sont nécessaires), mauvaise compliance), soit parce qu'il n'y a pas de psychothérapie associée.

Par ailleurs, quand la médication est arrêtée, un bon nombre de patients vont rechuter et développer à nouveau les symptômes du trouble panique. Jusque récemment, ce pourcentage était estimé jusqu'à 60 voire 90 %. Cependant, d'autres études suggèrent des chiffres moins élevés, de l'ordre de 15 à 35 %. Il semble que les durées de traitement plus longues (12 à 24 mois) s'accompagnent de taux de rechutes moins élevés quand la médication est arrêtée.

TROUBLE PANIQUE
<p>Diagnostic : Accès de panique (= peur intense qui débute brutalement) récurrent, avec une anxiété anticipatrice de la récurrence, et imprévisible Avec agoraphobie si les situations sociales sont évitées Diagnostic différentiel : phobie sociale, hypocondrie, dépression + autres troubles anxieux et pathologies somatique</p>
<p>Traitement psychothérapeutique d'exposition pour diminuer l'évitement</p>
<p>Si choix d'un traitement pharmacologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - considérer les SSRI comme traitement de première ligne : toujours commencer par de petites doses - sont documentés : tous les SSRI, certains tricycliques (clomipramine, imipramine), certaines benzodiazépines (alprazolam, clonazepam, venlafaxine) - penser à augmenter la dose en cas de réponse insuffisante (même s'il y a peu d'évidence de relation dose-réponse avec les SSRI) ; - avertir le patient que des périodes de traitement jusqu'à 12 semaines peuvent être nécessaires pour commencer à juger de l'efficacité du traitement. - Utiliser les benzodiazépines le moins longtemps possible : elles ne sont efficaces qu'à court terme. Préférer le clonazepam vu sa durée de demi-vie plus longue.
<p>Traitement à long terme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le traitement cognitivo-comportemental réduit mieux le risque de rechute que le traitement pharmacologique ; - si traitement pharmacologique : continuer le traitement au moins pendant 12 à 18 mois chez les patients qui ont répondu au traitement aigu à 12 semaines.
<p>En cas d'échec du traitement médicamenteux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - vérifier le diagnostic ; - vérifier que la dose n'est pas trop faible ; - vérifier que le traitement a débuté il y a plus de 12 à 16 semaines à doses efficaces ; - considérer un <i>switch</i> vers une autre molécule plutôt qu'augmenter la dose en cas de non réponse à 12 à 16 semaines ; - combiner l'approche pharmacologique par une approche psychothérapeutique ; - prendre l'avis du psychiatre.

2.2.3.2 Trouble obsessionnel compulsif (TOC)

2.2.3.2.1 Diagnostic

Le trouble obsessionnel compulsif (névrose obsessionnelle) est un trouble hétérogène, chronique et invalidant faisant partie des troubles anxieux.

La prévalence de ce trouble durant la vie varie de 2 à 4 %.

Entre un tiers et la moitié des patients développent l'affection durant l'enfance, dans les autres cas à l'adolescence ou au tout début de l'âge adulte.

On ne parle de trouble obsessionnel compulsif qu'à partir du moment où **des idées fixes et/ou des comportements obsessionnels graves et absorbants (plus d'une heure par jour) ont un impact important sur l'activité journalière du patient**. Le fait que le patient lui-même ressent ces idées et comportements comme excessifs et exagérés constitue aussi un aspect important.

Des idées fixes et des comportements obsessionnels se manifestent en effet souvent mais ne sont pas nécessairement pathologiques. On peut mentionner à titre d'exemple le fait de vérifier plusieurs fois avant de partir en voyage « ai-je bien emporté les tickets d'avion ? Les portes sont-elles bien fermées? ». Certains comportements rituels pourraient également être considérés comme des compulsions: porter toujours les mêmes vêtements pour un examen ou mettre toujours le réveil sur un chiffre pair..

Les **obsessions** (idées fixes) sont définies comme des **idées, impulsions ou images récurrentes et persistantes ressenties comme intrusives et bizarres**. Ces idées sont involontaires mais sont vécues par le patient comme un produit de sa propre personne. Elles sont ressenties comme insensées ou blâmables. Elles vont de pair avec des sentiments d'angoisse et la peur de devenir fou est souvent présente. La personne tentera de réprimer ou de neutraliser les obsessions par d'autres idées ou comportements.

Les **compulsions** (comportements obsessionnels) sont **des comportements répétitifs** (p. ex. se laver les mains, ranger, collectionner, contrôler) ou **des actions mentales** (p. ex. prier, compter, réciter des listes de mots) que le patient exécute **afin de neutraliser la tension** qui va de pair avec les idées fixes ou pour prévenir un événement menaçant.

Les comportements sont parfois liés de manière réaliste à un danger à prévenir mais sont alors exécutés de manière excessive. En cas de phobie des microbes par exemple, le patient passera quatre heures sous la douche pour se laver selon un rituel bien établi. Il arrive que les comportements ne soient absolument pas en relation avec la pensée ou l'événement menaçant, par exemple compter jusqu'à cent pour empêcher un membre de la famille de tomber malade. On parle dans ce cadre d'un recours aux « idées et croyances magiques ».

L'évolution d'un trouble obsessionnel compulsif est généralement chronique et cyclique. En période de stress, les symptômes peuvent augmenter. Les obsessions et les compulsions peuvent changer de contenu et de nature.

Il est important d'interroger le patient quant aux antécédents familiaux, tics, présence d'affections neurologiques et au sujet de l'âge auquel les premiers symptômes sont apparus. Si les troubles apparaissent durant l'enfance, on constate souvent une comorbidité avec les troubles tics et la maladie de Gilles de la Tourette et l'on retrouve souvent des antécédents familiaux.

Ce trouble est difficile à dépister chez l'enfant.

La comorbidité avec d'autres affections psychiatriques est élevée. Les TOC sont souvent associés à d'autres troubles anxieux, dépression, troubles du contrôle des impulsions, troubles alimentaires, autisme, tics et maladie de Gilles de la Tourette.

D'autre part, des symptômes obsessionnels compulsifs apparaissent souvent en cas de troubles du développement et de troubles psychotiques, sans qu'il soit pour autant question d'un trouble obsessionnel compulsif.

2.2.3.2.2 Approche thérapeutique

Il est important tout d'abord de réaliser une anamnèse précise. Le fait de signaler un symptôme en fait souvent remonter d'autres à la surface. Il faut s'informer au sujet de la tendance à tout contrôler, des comportements rituels comme par exemple laver, nettoyer, ranger des objets et des rituels mentaux, par exemple compter ou réciter certains glossaires. Il faut tenir compte du fait que le patient a souvent honte de ses obsessions et/ou compulsions en raison du caractère souvent bizarre et néanmoins incontrôlable de celles-ci. Une explication au sujet de l'affection est, dans ce contexte, très importante.

Le traitement consiste en une pharmacothérapie éventuellement combinée à une psychothérapie comportementale cognitive (TCC) (voir point 2.2.2.1.2 Prise en charge dans le réseau de soins de santé mentale).

Le tricyclique clomipramine semble être le seul tricyclique efficace dans cette indication, probablement en raison de son puissant blocage de la recapture de sérotonine, qui ressemble aux SSRI. Mais les effets secondaires plus importants avec la clomipramine l'ont mis au rang de traitement de seconde intention par rapport aux SSRI.

Tous les SSRI semblent être équivalents au niveau efficacité. La posologie peut être augmentée tous les 3 à 7 jours, en fonction des effets secondaires (nausées). Ce traitement initial avec un SSRI requiert une dose adéquate (souvent plus élevée que pour traiter une dépression) et ce, pendant au moins 10 à 12 semaines. Les diverses études cliniques indiquent des doses optimales de 40 à 60 mg pour la paroxétine et fluoxétine, 150 mg pour la fluvoxamine, la sertraline et la clomipramine, 40 mg pour le citalopram et 20 mg pour l'escitalopram. Ces posologies peuvent être administrées en une prise par jour sauf pour la fluvoxamine et la clomipramine (2 prises).

Les patients doivent être traités pendant au moins un an car si la médication est arrêtée plus tôt, les taux de rechute peuvent atteindre 90 % (Pato, 1990). La plupart des patients sont traités pendant au moins un à deux ans avant de considérer une diminution ou un arrêt du traitement. Cependant, certaines données indiquent que parfois, les patients peuvent être maintenus de façon efficace sous des traitements à plus faible dose (Ravizza, 1996). Même si seulement 10 à 15 % des patients peuvent espérer la rémission des symptômes, 70 % des patients ont une réduction significative de leurs symptômes.

Trouble Obsessionnel Compulsif
<p>Diagnostic : Idées fixes et/ou comportements obsessionnels graves et absorbants (plus d'une heure par jour) qui ont un impact important sur l'activité journalière du patient et qu'il reconnaît comme irraisonnées Comorbidité : dépression, troubles du contrôle des impulsions, troubles alimentaires, autisme, tics, maladie de Gilles de la Tourette et autres troubles anxieux.</p>
<p>Traitement psychothérapeutique : Thérapie cognitive et comportementale</p>
<p>Traitement pharmacologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tous les SSRI et le tricyclique clomipramine ; - considérer les SSRI comme traitement de premier choix ; - augmenter la dose de SSRI en cas de réponse insuffisante (même si une relation

- dose-réponse n'est pas toujours observée avec les SSRI dans cette indication) ;
- avertir le patient que des périodes de traitement jusqu'à 12 semaines peuvent être nécessaires pour juger de l'efficacité du traitement.

Traitement à long terme :

continuer le traitement pendant au moins 1 an chez les patients qui ont répondu au traitement à 12 semaines.

En cas d'échec de traitement :

- considérer une augmentation de posologie de SSRI ou clomipramine en cas de non réponse au traitement initial ;
- considérer un *switch* vers une autre molécule ;
- considérer une combinaison de traitement pharmacologique (SSRI + clomipramine) ;
- prendre l'avis du psychiatre .

2.2.3.3 Trouble d'anxiété généralisée (TAG)

2.2.3.3.1 Diagnostic

Un trouble d'anxiété généralisée se caractérise par une **anxiété ou une inquiétude excessive**, des préoccupations incontrôlables, chroniques, accompagnées de signes somatiques. Ces préoccupations peuvent être liées à des activités en relation avec certains événements (avenir de leurs enfants ou des membres de la famille) ou certaines activités (travail, école). Chez les enfants et les adolescents, l'un des symptômes peut être l'anxiété de performance scolaire, fréquemment rencontrée en pratique.

Le patient éprouve des difficultés à conserver son anxiété sous contrôle et les plaintes perturbent sérieusement l'activité journalière. Ces angoisses vont de pair avec au moins trois des plaintes suivantes : agitation, fatigue précoce, troubles de concentration, irritabilité, tension musculaire et troubles du sommeil.

Souvent, les patients souffrant d'un TAG sont des personnes constamment nerveuses et anxieuses, qui se font un sang d'encre et appréhendent toutes sortes de petits événements journaliers et craignent immédiatement le pire. Une première difficulté au niveau du diagnostic est la transition entre une anxiété normale et un trouble d'anxiété généralisée.

Une seconde difficulté provient du fait que le trouble d'anxiété généralisée (TAG) se caractérise par une inquiétude excessive souvent difficile à distinguer des idées noires et de l'humeur dépressive en cas de dépression. En outre, des symptômes d'anxiété sont présents dans 90 % des cas lors d'un épisode dépressif et des symptômes dépressifs sont présents en cas de trouble d'anxiété généralisée. D'autres comorbidités sont à rechercher tels l'abus d'alcool et de médicaments.

Dans le cadre d'un diagnostic différentiel, il faut tout d'abord exclure d'autres troubles anxieux tels que trouble panique, phobie, trouble obsessionnel compulsif et trouble du stress post-traumatique. Certaines affections corporelles doivent également être exclues, telles que migraine, épilepsie, tumeurs, affections thyroïdiennes.

L'estimation de la prévalence du TAG durant la vie est de 3 à 8 %.

2.2.3.3.2 Approche thérapeutique

La comorbidité est importante et se doit d'être vérifiée.

La psychothérapie cognitivo-comportementale et la relaxation sont efficaces dans le traitement des troubles anxieux (CBIP, 2008). La thérapie de soutien peut aussi être utile. Ces approches non médicamenteuses sont aussi efficaces que le traitement médicamenteux (ANAES, 2001), et aucune étude ne montre l'utilité d'ajouter une médication pour augmenter leur efficacité.

Les médicaments peuvent cependant être également efficaces dans le traitement de cette pathologie :

1. Benzodiazépines et SSRI

Concernant la médication, historiquement, le plus grand nombre de recherches et d'expériences cliniques dans le traitement du trouble anxieux généralisé impliquait des benzodiazépines. Elles ont été très populaires en raison de leur efficacité certaine, leur début d'action rapide, le peu d'effets secondaires, et leur sécurité relative en cas d'overdose par comparaison aux barbituriques. Depuis lors, beaucoup de cliniciens et de patients sont concernés et préoccupés par le risque de dépendance avec ces substances. Cela a conduit certains experts à suggérer

que les benzodiazépines devraient uniquement être utilisées pour des périodes n'excédant pas 4 semaines et à faibles doses (Lader, 1999). D'autres (Argyropulos, 1999) ont par contre suggéré que le risque de dépendance et d'abus était si faible, et leur efficacité si élevée que ces craintes et limitations ne sont pas justifiées. Actuellement, des préoccupations existent concernant l'arrêt de benzodiazépines, après un usage à long terme et à de fortes doses quand la diminution est trop rapide. Parmi les prédicteurs de symptômes de discontinuation sévères figurent les taux résiduels d'anxiété et de dépression, ainsi que des traits comme une dépendance.

Beaucoup de cliniciens croient que l'anxiété manifestée après une diminution progressive et appropriée de benzodiazépines représente le retour à l'anxiété de base et ceci est particulièrement vrai lors des affections chroniques comme le trouble anxieux généralisé.

Malgré cette controverse, il y a des problèmes certains avec les benzodiazépines, comme des problèmes cognitifs, de mémoire, ainsi qu'une augmentation occasionnelle d'hostilité (Ballenger, 1995). De plus, elles n'ont aucune valeur prophylactique pour prévenir la comorbidité très fréquente avec la dépression.

Ceci constitue d'ailleurs la raison principale pour laquelle les benzodiazépines ne sont pas, à l'heure actuelle, le traitement primaire du trouble anxieux généralisé. Les SSRI se sont montrés au moins aussi efficaces. Les difficultés d'arrêt de traitement des benzodiazépines, les troubles de la mémoire engendrés les ont placées actuellement comme traitement adjuvant dans le trouble anxieux généralisé et les autres troubles anxieux. Plusieurs cliniciens pensent que l'usage du clonazépam au besoin est parfois utile, lors de périodes de plus grand stress. La puissance élevée de l'alprazolam (anxiolyse importante et faible sédation) est parfois utile, mais vu sa courte demi-vie, devrait être réservé aux situations de crises.

2. Buspirone

L'agoniste partiel pour les récepteurs 5-HT_{1A} buspirone s'est par ailleurs montré efficace dans plusieurs essais (Reinhold et al., 2011) et a été utilisé à la place des benzodiazépines. C'est l'absence d'effet cognitif négatif et l'absence de potentialisation avec l'alcool qui a conduit à l'intérêt potentiel du buspirone, cela en plus de l'absence de symptômes de discontinuation. Cependant, malgré son intérêt comme agent « non benzodiazépine », son début d'action plus tardif (2 semaines), les multiples essais qui se sont avérés négatifs et la croyance répandue parmi les cliniciens et patients que cette molécule était moins efficace que les benzodiazépines ont limité son utilisation.

La démonstration récente que les SSRI sont des agents efficaces dans le trouble anxieux généralisé et sans les effets secondaires associés aux benzodiazépines a encore remis en question l'utilisation de ces derniers agents dans cette indication.

3. Hydroxyzine

L'antagoniste des récepteurs à l'histamine H₁ hydroxyzine s'est montré efficace dans le trouble anxieux généralisé et a gagné en utilisation en Europe. Les études sont limitées mais suggèrent une efficacité présente dès la première semaine et comparable au lorazepam (Ferreri & Hantouche, 1998). Cependant, tout comme les benzodiazépines, l'hydroxyzine n'a aucune action préventive envers la co-morbidité très fréquente qu'est la dépression.

4. Antidépresseurs

Des études (Baldwin et al., 2010) ont montré que les antidépresseurs après 6 à 8 semaines d'administration sont plus efficaces que les benzodiazépines dans le traitement du trouble anxieux généralisé, même si le début d'action des benzodiazépines est plus rapide. D'une manière intéressante, l'imipramine a montré une efficacité accrue contre les symptômes cognitifs (pensées négatives, craintes, etc.) avec la suggestion que les dimensions somatiques (cardiovasculaires, sommeil) répondaient mieux aux benzodiazépines comme l'alprazolam. L'imipramine est plus efficace dans la réduction de la crainte anticipative et des symptômes

dépressifs. De là, découlent les recommandations actuelles : les antidépresseurs seraient préférables aux benzodiazépines pour l'anxiété chronique, les difficultés dans les relations interpersonnelles, et la dépression fréquemment présente dans le trouble anxieux généralisé.

Dans une étude (Rickels et al., 1993) qui a comparé l'imipramine (dose moyenne 143 mg/jour) et la trazodone (dose moyenne 255 mg/jour) avec le diazépam (dose moyenne 26 mg/jour), les taux de réponses plus élevés (73 % et 69 %) étaient observés avec l'imipramine et la trazodone par comparaison au diazépam (47 %).

La venlafaxine a été le premier antidépresseur à recevoir l'approbation de la FDA dans le traitement du trouble anxieux généralisé. De manière importante, la venlafaxine s'est montrée efficace tant pour traiter les symptômes psychiques que somatiques du trouble anxieux généralisé. Dans une première étude sur l'utilisation des antidépresseurs à long terme dans cette indication, la venlafaxine à 75-225 mg/jour a maintenu son efficacité sur une période de 28 semaines, conduisant même à une meilleure efficacité au fur et à mesure du temps.

En ce qui concerne les SSRI, ces antidépresseurs sont plus efficaces pour traiter les symptômes psychiques, et les benzodiazépines pour traiter les symptômes somatiques. A nouveau, les SSRI sont mieux tolérés que les tricycliques au niveau de leurs effets secondaires. La première étude multicentrique avec un SSRI à dose fixe a comparé la paroxétine (20 ou 40 mg/jour). Les deux dosages étaient très efficaces mais sans différence significative entre les deux dosages au niveau efficacité (Rickels et al., 2003). Une étude récente à long terme sur 6 mois (Pollack et al., 2001) a démontré des taux de rechutes plus faibles avec la prise continue de paroxétine (11 %) par comparaison à l'administration de placebo (40 %).

L'expérience clinique montre aussi une efficacité pour d'autres SSRI comme les citalopram, escitalopram, fluvoxamine, fluoxétine ou sertraline.

Il est généralement recommandé de commencer le traitement antidépresseur à une plus faible dose que dans la dépression, par exemple, 10 mg de paroxétine ou 37,5 mg de venlafaxine.

Si l'efficacité du traitement est observée et les effets secondaires acceptables, la recommandation est de continuer le traitement au moins pendant 6 mois pour déterminer l'effet maximal. En effet, deux études importantes (Kim et al., 2006) à long terme avec la paroxétine et venlafaxine d'une durée de 6 mois ont montré que le nombre de patients qui entraient en rémission a continué de s'accroître jusqu'à 6 mois. Cela veut dire que le nombre de patients qui entraient en rémission était de 25-40 % à court terme (8 semaines) mais s'élevait à 65-70 % à long terme (6 mois). C'est la raison pour laquelle, si le patient montre une réponse partielle à court terme (8 semaines), il convient de continuer le traitement à une dose suffisante (ex : 20-40 mg de paroxétine, 75-100 mg de venlafaxine) sur au moins 6 mois pour évaluer la réponse maximale obtenue. Ensuite, de manière à maintenir l'efficacité et une prophylaxie contre la dépression, les recommandations actuelles visent à poursuivre le traitement pendant 12 à 18 mois avant de considérer une diminution et l'arrêt du traitement.

Trouble de l'anxiété généralisé
<p>Diagnostic : anxiété ou une inquiétude excessives, incontrôlables, pendant au moins 6 mois, concernant des activités ou des événements, entraînant une souffrance ou une altération du fonctionnement, et avec au moins trois des plaintes suivantes : agitation, fatigue précoce, troubles de concentration, irritabilité, tension musculaire et troubles du sommeil.</p>
<p>Approche thérapeutique : psychothérapie comportementale en première intention. Eventuellement, médication (et conversations de soutien dans tous les cas)</p>
<p>Médication : - certains SSRI (escitalopram, paroxétine, sertraline), venlafaxine, certaines</p>

- benzodiazépines (alprazolam, diazépam), imipramine, buspirone, hydroxyzine ;
- considérer les SSRI et venlafaxine comme traitement de premier choix ;
 - de plus hautes doses de SSRI ou venlafaxine peuvent être associées à de meilleures réponses thérapeutiques ;
 - avertir le patient que des périodes de traitement jusqu'à 12 semaines peuvent être nécessaires pour juger de l'efficacité du traitement.

Traitement à long terme :

- la thérapie cognitivo-comportementale réduit mieux les risques de rechute que le traitement médicamenteux ;
- chez les patients qui répondent au traitement à 12 semaines, continuer le traitement au moins 6 mois encore.

En cas d'échec de traitement médicamenteux :

- considérer un *switch* vers la venlafaxine ou imipramine en cas de non réponse à un traitement SSRI ;
- considérer l'usage de benzodiazépines en cas de non réponse au traitement SSRI et SNRI (venlafaxine) ;
- prendre l'avis du psychiatre.

2.2.3.4 Stress aigu

2.2.3.4.1 Diagnostic

Les stress aigus et les stress post-traumatiques surviennent suite à une situation grave où **l'intégrité de la personne** a été, ou aurait pu être (ne fut-ce qu'en imagination), en danger. Le plus clair est un attentat ou un hold-up. Mais, de plus en plus, les cliniciens s'accordent pour estimer que l'atteinte de l'intégrité morale peut causer les mêmes dégâts. C'est le cas, par exemple, du harcèlement moral. De la même manière, il n'y a pas que les victimes d'un trauma qui peuvent développer un stress aigu ou un stress post-traumatique (PTSD), mais également un témoin du trauma, en particulier une personne témoin d'un danger menaçant un proche. On observe également régulièrement suite à un harcèlement moral le développement d'un PTSD apparenté sans que l'intégrité physique ne soit mise en danger.

Le *stress aigu* (DSM-IV-TR) se caractérise par le fait que:

1. pendant l'événement traumatique (ou peu après) l'individu a soit un sentiment de torpeur, soit une réduction de la conscience de son environnement, soit une impression de déréalisation ou de dépersonnalisation soit encore une amnésie dissociative ;
2. il revit constamment l'événement ou ressent une détresse lorsqu'il est exposé à ce qui peut rappeler l'événement traumatique ;
3. il évite les stimuli évoquant le traumatisme ;
4. il présente des symptômes anxieux persistants ou des manifestations neurovégétatives ;
5. la perturbation entraîne une détresse significative ou une altération du fonctionnement ;
6. la perturbation dure au minimum 2 jours et au maximum 4 semaines et survient endéans les 4 semaines après l'événement.

La prévalence de stress aigu dans la population dépend essentiellement de la fréquence, de la sévérité et de la persistance de situations graves où l'intégrité des personnes peut être mise en danger.

2.2.3.4.2 Approche thérapeutique

Visite d'urgence : **Visite ou consultation d'urgence pour stress aigu** (*home jacking, carjacking, incendies, attaques à main armée, agressions, accident de voiture, etc.*)

1. Estimer la **gravité du traumatisme** sur le plan médicochirurgical et si nécessaire transférer aux urgences.
2. Si la victime est toujours sur le lieu de l'agression ou du traumatisme : **l'écarter dans un lieu calme**, lui parler de façon sécurisante.
3. Souvent, elle est choquée et hagarde, parfois elle est agitée et exprime son désarroi de façon démonstrative. Quoi qu'il en soit, la frayeur est toujours présente, un sédatif style benzodiazépine à effet rapide est indiqué.
4. **Assurer la sécurité du patient.** Après l'intervention, le patient devra se situer dans un lieu où il a la garantie que l'agresseur ne peut revenir et où, s'il sort de chez lui, qu'il n'ait pas à être confronté avec le lieu du traumatisme.
5. **Besoin de présence « soutenante ».** Durant 48 à 72 heures, il est inadéquat de laisser le patient seul. Il a besoin de présence. Qui veut-il près de lui ? Appeler la personne choisie. Dans la mesure des possibilités, éventuellement couvrir cette présence par un certificat médical. Cadrer le rôle de cette personne :
 - a. être présente (être là), ne pas vouloir jouer au psy, ni s'apitoyer exagérément. Rester discrète et non intrusive. Bref « suffisamment » bonne mère (ni trop, ni trop peu) ;
 - b. maintenir une structuration élémentaire de la journée (repas, moments clés de la vie de famille) ;
 - c. proposer, sans insister, de participer à des activités (la vie continue).

6. **Si le lieu n'est pas sécurisé et/ou s'il n'y a pas de personne suffisamment adéquate** pour rester auprès de la victime durant ces 48 à 72 heures : hospitalisation de crise en service psychiatrique.
7. **Débriefing à chaud ? Non.** Pendant des années, il a été prôné de faire à tout prix un débriefing à chaud des stress aigus afin que la victime verbalise le plus rapidement possible ses émotions. Il apparaît que cette attitude réactive le traumatisme, alors que la personne n'est pas encore sécurisée et qu'elle amplifie le risque d'évolution vers un PTSD. L'anesthésie des émotions est un moyen de défense aigu, de même qu'un polytraumatisé anesthésie ses douleurs physiques. Dans les jours qui suivent, la sensibilité émotionnelle réapparaîtra et à ce moment, l'aide à la verbalisation sera utile. Néanmoins si la victime désire parler de l'événement traumatique d'emblée, la laisser avec pudeur « vider son sac ».
8. **Prescription médicamenteuse** : Anxiolytique pour éviter les insomnies et les cauchemars jusqu'au prochain rendez-vous.
9. **Incapacité de travail** de quelques jours dans un premier temps.

Visite de contrôle 48 à 72 heures plus tard

Etre attentif à l'évolution possible vers un stress aigu ou un stress post-traumatique, (voir point 2.2.3.5). (Reviviscence du traumatisme, émoussement de la réactivité générale, retrait, augmentation des symptômes neurovégétatifs).

1. **Si les symptômes augmentent**, orienter rapidement le patient vers un professionnel de la santé mentale. En attendant, maintenir l'anxiolytique. Poursuivre l'incapacité de travail jusqu'au rendez-vous. S'assurer que le patient reste dans un lieu sécurisé et à proximité d'une personne de confiance qu'il peut voir régulièrement. Revoir la personne tous les 5 à 8 jours jusqu'au rendez-vous avec le professionnel de la santé mentale.
2. **Si les symptômes ne s'aggravent pas**, diminuer progressivement par paliers de 5 jours l'anxiolytique (matin et soir, puis matin ou soir, puis ½). L'incapacité de travail sera prolongée suivant l'adéquation durant quelques jours de plus, mais parfois le milieu professionnel est un lieu de soutien primaire et dans ce cas la reprise du travail est plutôt bénéfique. Par ailleurs discuter avec lui de l'opportunité de se faire soutenir par un professionnel de la santé mentale.
3. **Dans tous les cas** informer le patient de la possible évolution vers un PTSD et de ne pas hésiter à consulter en cas de recrudescence des symptômes (cauchemars, frayeurs récurrentes, signes neurovégétatifs persistants, etc.).

Visites régulières durant un trimestre au moins

Le PTSD peut apparaître plusieurs semaines après le traumatisme. Si c'est le cas, ne pas hésiter à faire appel à un spécialiste vu l'évolution gravement invalidante de ce syndrome.

Stress aigu
<p>Diagnostic : Sujet exposé à un événement traumatique (témoin ou victime) et réaction de peur intense ou impuissance, avec 3 autres symptômes (sentiment de torpeur, réduction de la conscience de son environnement, impression de déréalisation, de dépersonnalisation, amnésie dissociative). Il revit l'événement, évite les stimuli évoquant le traumatisme, et présente des symptômes anxieux persistants. La perturbation entraîne une détresse significative ou une altération du fonctionnement et dure au minimum 2 jours et au maximum 4 semaines et survient endéans les 4 semaines après l'événement.</p>
<p>Prise en charge : 1) de crise : sécuriser et soutenir le patient ; assurer une présence soutenante (si nécessaire, hospitalisation) – pas de débriefing à chaud – éventuellement,</p>

prescription d'anxiolytique

2) Après 48–72h :

si symptômes s'aggravent : orientation vers spécialiste ; maintenir les anxiolytiques et l'incapacité de travail – suivre après 5 à 8 jours

si pas d'aggravation : diminution progressive des anxiolytiques, de l'incapacité de travail ; informer sur l'évolution en PTSD et surveiller :

suivi pendant un trimestre et orientation vers spécialiste si nécessaire

2.2.3.5 L'état de stress post-traumatique (PTSD)

2.2.3.5.1 Diagnostic

L'état de *stress post-traumatique* se caractérise essentiellement par un stress aigu qui se chronicise ou par la réactualisation d'un traumatisme ayant eu lieu plusieurs années auparavant (DSM-IV-TR) :

- revécu intense de l'événement traumatique de manière répétitive (souvenirs, rêves, impressions de « comme si : », etc.)
- évitement persistant des stimuli associés au traumatisme ;
- émoussement de la réactivité générale ;
- présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative ;
- la perturbation entraîne une détresse significative ou une altération du fonctionnement ;
- la perturbation dure plus d'un mois après le trauma.

Les études faites sur des sujets à risque (victimes exposées à un traumatisme) ont rapporté un taux de prévalence allant de 3 à 58 %. L'imprécision de ce taux de prévalence est due à l'importance des facteurs individuels et circonstanciels liés à ce trouble.

2.2.3.5.2 Approche thérapeutique

Prévention du PTSD

Après un événement traumatique, plusieurs auteurs ont tenté de voir si l'administration d'une médication immédiatement après le traumatisme pouvait prévenir la survenue du PTSD. L'administration en aigu de propranolol (160 mg/jour) s'est montrée supérieure au placebo dans la réduction des symptômes post-traumatiques et de l'hyperactivation physiologique, mais pas sur la prévention de survenue de PTSD un mois plus tard (Pitman, 2002). Par contre, une étude (Vaiva, 2003) suggère que l'administration de propranolol (120 mg/jour) prévient la survenue du PTSD à deux mois. Chez des patients aux soins intensifs après choc septique (intervalle médian de 31 mois) et chez les patients après chirurgie cardiaque (après 6 mois), les données ont indiqué que l'administration intraveineuse en aigu d'hydrocortisone s'est montrée supérieure au placebo dans la prévention du PTSD (Schelling, 2004). Mais, actuellement on ne dispose pas de données pour les patients qui ont subi un choc psychique. Par contre, l'administration précoce de benzodiazépines après un traumatisme ne semble pas prévenir les symptômes post-traumatiques (Gelpin, 1996).

Prise en charge psychothérapeutique

Vu l'évolution péjorative du syndrome, il faut orienter le patient vers un psychiatre et/ou un psychothérapeute.

Si le lieu du travail est le lieu du traumatisme, maintenir l'incapacité de travail jusqu'à la relève par le spécialiste.

Accompagner le suivi médical d'une psychothérapie : Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou l'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) (les bases scientifiques de ce dernier font toutefois l'objet de controverses) et/ou d'une thérapie psycho-corporelle (relaxation, activité aérobie). (Voir point 2.2.2.1.2 Prise en charge dans le réseau de soins de santé mentale).

Prise en charge pharmacologique

Dans la prise en charge médicamenteuse du PTSD, on évitera la poursuite de prescription de benzodiazépines ou de somnifères.

En cas de troubles du sommeil, plutôt prescrire un antidépresseur à effet sédatif voire hypnotique.

Les antidépresseurs de type **SSRI anxiolytique** sont par ailleurs le premier choix en cas de PTSD, même s'il n'y a pas de signes dépressifs, vu l'augmentation de la libération du neuropeptide CRF (corticoreleasing-factor), constatée chez les patients avec un PTSD (Bremner et al, 1997). Cette forte libération peut en effet avoir une toxicité sur l'hippocampe (mémoire et humeur) entraînant une dégénérescence des neurones, mais est réversible par SSRI (Olie JP & al, 2004) (voir point 2.2.4.2 stress chronique pathologique).

Les patients présentant un PTSD en rapport avec des faits de guerre, comparativement à ceux présentant un PTSD en dehors de ces circonstances se sont avérés moins bien répondre au traitement sous fluoxétine et sertraline. La paroxétine semble montrer une réponse plus large parmi les divers types de symptômes et semble également efficace chez les patients avec PTSD sur faits de guerre aussi bien chez les hommes que chez les femmes (Marshall, 2001).

Les **tricycliques** se sont aussi montrés efficaces chez les vétérans de guerre. L'amitriptyline ne réduisait pas seulement les symptômes de PTSD mais également de dépression et d'anxiété chez les vétérans.

Les **stabilisateurs de l'humeur** ont été essayés dans cette indication en raison de l'hypothèse d'un processus de type « embrasement » impliqué dans le PTSD. Le lithium a montré des effets positifs. Des essais avec la carbamazépine ont montré des effets intéressants contre les symptômes intrusifs, cauchemars et *flashbacks*. Quelques études suggèrent des améliorations symptomatiques sous valproate et lamotrigine (contre les symptômes d'évitement et de reviviscence).

Quelques données intéressantes concernent un traitement avec des **antipsychotiques** comme l'olanzapine, risperidone ou quetiapine, notamment chez les patients avec une symptomatologie psychotique post-traumatique (Krystal et al., 2001 ; Ahearn & Mussey, 2006).

Etat de stress post traumatique
<p>Diagnostic : Stress aigu qui se chronicise :</p> <p>Sujet revit constamment l'évènement traumatique qu'il a vécu (comme témoin ou victime, avec une réaction de peur intense ou d'impuissance) et évite de manière persistante les stimuli associés au traumatisme ; émoussement de la réactivité générale ; activation neurovégétative ; la perturbation entraîne une détresse significative ou une altération du fonctionnement et dure plus d'un mois après le trauma.</p>
<p>Traitement aigu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - orienter vers un spécialiste : Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou <i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i> (EMDR) et/ou thérapie psychocorporelle - SSRI anxiolytiques en premier choix (fluoxétine, paroxétine, sertraline), certains tricycliques (amitriptyline) sont aussi efficaces; - avertir le patient que des périodes de traitement jusqu'à 12 semaines peuvent être nécessaires pour juger de l'efficacité du traitement.
<p>Traitement à long terme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - continuer le traitement pendant au moins un an chez les patients qui ont répondu au traitement à 12 semaines.
<p>En cas d'échec de traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - considérer le <i>switch</i> de traitement en cas de non réponse au traitement ; - considérer un traitement d'augmentation avec un antipsychotique atypique si non réponse au traitement initial ; - prendre l'avis du psychiatre.

2.2.3.6 Phobie simple (ou spécifique)

2.2.3.6.1 Diagnostic

Il s'agit d'une angoisse intense à l'égard d'objets ou de situations spécifiques telles que animaux, insectes, tempêtes, altitude, maladies, traumatisme et mort. Dans ce contexte, on distingue différents types : type animal (p. ex. araignées, oiseaux), type nature (p. ex. altitude, tempêtes, eau), type sang, injection, blessure (p. ex. blessure, prise de sang), type lié à la situation (p. ex. avion, ascenseur) et autre type (p. ex. situations entraînant étouffement, vomissements). L'angoisse qui apparaît en cas de confrontation avec le stimulus phobique peut être une peur intense ou prendre la forme d'un accès de panique, mais est ici spécifiquement liée à l'exposition au stimulus. Le stimulus phobique est alors évité ce qui peut prendre un caractère très excessif et interférer fortement avec l'activité socioprofessionnelle.

L'humeur est souvent dépressive. Le patient est conscient de ce que son angoisse est irrationnelle.

Chez l'enfant, on retrouve les mêmes phobies que chez l'adulte, mais aussi d'autres phobies plus particulières, comme la phobie des poupées ou de la déglutition.

Les comorbidités principales sont la dépression majeure, l'abus d'alcool et de médicaments et d'autres troubles anxieux.

La phobie spécifique est l'affection mentale la plus courante chez les femmes. Chez les hommes elle est la deuxième après l'abus de médicaments. L'estimation de la prévalence à 6 mois est de 5 à 10 %.

2.2.3.6.2 Approche thérapeutique

Une thérapie comportementale est conseillée dans ce cas. Le médecin généraliste peut prescrire des exercices de confrontations progressives à des situations difficiles ou des stimuli anxieux. Ceci peut se faire par des techniques de désensibilisation par exposition en imagination dans un premier temps puis par un apprentissage d'exposition *in vivo* (réalité).

Les psychotropes ne sont pas recommandés dans ce cas. Si la thérapie est adéquate, le pronostic est bon. Les médicaments pourraient même interférer sur le processus d'apprentissage des thérapies comportementales (CBIP, 2008).

Seule une minorité va donc devoir avoir recours à un traitement psychopharmacologique. Dans ce cas, des données suggèrent l'intérêt de la paroxétine (Benjamin et al., 2000) et de certaines benzodiazépines (Uhlenhuth et al., 1999).

Phobie simple
<p>Diagnostic : Angoisse intense à l'égard d'objets ou de situations spécifiques (présence ou anticipation), qui provoquent une angoisse intense voire un accès de panique, ce qui provoque un évitement et perturbe le fonctionnement (le sujet a conscience de l'aspect excessif). Dure depuis au moins 6 mois.</p>
<p>Prise en charge : Thérapie comportementale (désensibilisation, confrontations progressives). Pas de traitement pharmacologique sauf exception (paroxétine, benzodiazépines)</p>

2.2.3.7 Phobie sociale

2.2.3.7.1 Diagnostic

La *phobie sociale* (DSM-IV-TR) se caractérise par:

1. Une peur excessive et intense de situations sociales durant laquelle le sujet est en contact avec des gens non familiers ou peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui.
2. Le sujet craint d'agir de façon embarrassante et humiliante.
3. L'exposition à la situation sociale redoutée provoque quasi systématiquement une anxiété qui peut prendre la forme d'attaque de panique.
4. Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de la peur.
5. Les situations sociales redoutées sont évitées ou vécues avec une anxiété ou une détresse intense.
6. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans les situations sociales redoutées perturbent de façon importante le fonctionnement social, professionnel ou relationnel de l'individu.
7. La peur ou le comportement d'évitement n'est pas directement lié aux effets physiologiques d'une substance, ou à une affection médicale ou à un autre trouble mental (dépressions, schizophrénie, dysmorphophobie, etc.).

Il y a lieu de noter que l'anxiété de performance, le trac ou la timidité ne doivent pas être diagnostiqués en tant que Phobie Sociale, sauf si l'anxiété ou l'évitement conduit à une déficience cliniquement significative ou à une souffrance marquée.

Chez les enfants phobiques sociaux, la situation scolaire concentre souvent toutes les peurs des enfants, et peut être à l'origine d'une souffrance intense.

Les phobies scolaires ne constituent pas un diagnostic à part entière dans le DSM, mais doivent aussi être investiguées : rackets, troubles relationnels, mise à l'écart, bouc émissaire, professeur dévalorisant etc. peuvent être à l'origine d'une grande souffrance, que l'enfant cachera souvent, étant aussi victime de chantage par ses condisciples par exemple.

Les études épidémiologiques réalisées dans la population générale font état d'une prévalence sur la vie de la phobie sociale variant de 3 à 13 %. Dans la population, la phobie sociale la plus rapportée est celle de parler en public, vient ensuite la phobie de parler à des inconnus ou de nouvelles personnes (à peu près la moitié). Les peurs dites de performance (exemple : manger en public) sont plus rares. La phobie sociale constitue rarement un motif d'hospitalisation, mais représente 10 à 20 % des sujets suivis en consultation.

2.2.3.7.2 Approche thérapeutique

Le **suivi est essentiellement psychothérapeutique**. Les approches cognitivo-comportementales ont manifestement fait leurs preuves (Ponniah & Hollon, 2008) pour cette problématique (assertivité, analyse fonctionnelle, distorsions cognitives, exposition mentale). Elles permettent, relativement rapidement (quelques séances), au sujet d'affronter les situations redoutées avec moins d'anxiété. L'hypnose semble également donner de bons résultats immédiats, mais ne permet pas au patient d'avoir une maîtrise autonome de son anxiété. Le psychothérapeute peut alors également apprendre l'autohypnose au patient. Les thérapies analytiques peuvent être utiles dans un second temps, afin de permettre au sujet de remonter à la source de sa phobie. De même, les thérapies centrées sur la gestion des émotions (identifier, verbaliser, etc.) peuvent être d'un apport complémentaire.

Au début de la prise en charge, le généraliste pourra proposer une **consultation avec des proches ou des membres de la famille** du patient. Il peut arriver d'ailleurs qu'une personne souffrant d'une phobie sociale se présente chez son médecin avec une autre personne ; dans ce cas, celle-ci peut jouer le rôle de « co-thérapeute ». Le but est alors double : d'une part éviter de

minimiser la détresse vécue et faire percevoir que la présence d'un visage familier dans ces situations phobogènes diminue fortement l'anxiété et d'autre part, faire prendre conscience à la personne qui accompagne du risque de rendre le phobique dépendant de cette présence par une attitude surprotectrice et comment l'éviter.

Les techniques **psycho-corporelles** sont un adjuvant utile (techniques de respiration abdominale, relaxation avec ancrage, auto-induction hypnotique – voir annexe E). Elles permettent de diminuer la symptomatologie anxieuse et d'éviter les crises d'hyperventilation. En cas de crises d'hyperventilation, la technique du sac en plastique dans lequel le patient ré-inhale l'air expiré est d'une efficacité immédiate et la seule présence dans sa poche ou dans sa sacoche de ce sac de plastique évite souvent au patient la crainte qu'une telle crise survienne en public.

Il n'y a pas d'indication que ces traitements non médicamenteux soient plus efficaces si on y ajoute un traitement pharmacologique (CBIP, 2008). Les phobies sociales peuvent néanmoins également être traitées par médicaments.

Les SSRI sont ainsi officiellement reconnus comme efficaces dans le traitement des phobies sociales.

Par contre, les antidépresseurs tricycliques se sont montrés inefficaces dans cette indication, y compris la clomipramine.

D'un point de vue symptomatique, les traitements suivants peuvent être utiles :

- les *bétabloquants* diminuent la tachycardie et les sensations d'oppression respiratoire, sans modification d'état de conscience (concentration, mémoire, vigilance, etc.) ;
- les *benzodiazépines* restent une médication symptomatique de choix pour autant que sa prise reste ponctuelle ;
- la *phytothérapie* peut parfois être une alternative aux benzodiazépines bien que son efficacité n'ait pas été démontrée en *Evidence Based Medicine*.

La phobie sociale non généralisée survenant dans des conditions spécifiques et non fréquentes telles que par exemple l'angoisse de performance (ex : musicien, conférence, examen) peut ainsi être traitée efficacement avec les bétabloquants.

Toutefois, les bétabloquants n'ont pas pu montrer une efficacité clinique dans la phobie sociale caractérisée. Dans une étude contrôlée comparant le placebo, la phénelzine et l'atenolol (dose moyenne 97,6 mg/jour), ce dernier n'a pas montré d'efficacité (Liebowitz, 1992).

Phobie sociale
<p>Définition : Peur excessive et intense de situations sociales durant laquelle le sujet est en contact avec des gens non familiers ou peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui ; le sujet craint d'agir de façon embarrassante et humiliante ; cela provoque quasi systématiquement une anxiété (voire une attaque de panique) ; ces situations sont évitées ou vécues avec une anxiété intense ; cela perturbe le fonctionnement ; le sujet est conscient du caractère excessif ; cela dure depuis au moins 6 mois.</p>
<p>Prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> - essentiellement psychothérapeutique (thérapie cognitivo-comportementale d'exposition, hypnose ; techniques psycho-corporelles) <p>Si traitement médicamenteux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les SSRI comme premier choix; - avertir le patient que des périodes de traitement jusqu'à 12 semaines peuvent être nécessaires pour juger de l'efficacité du traitement.

Traitement à long terme :

- l'approche cognitivo-comportementale prévient mieux les rechutes qu'un traitement pharmacologique.
- si traitement pharmacologique, continuer le traitement pendant au moins 6 mois chez les patients qui ont répondu au traitement à 12 semaines ;

2.2.4 Les troubles anxieux liés au stress ou à une situation

Certains troubles anxieux peuvent provenir de l'exposition à une situation stressante ou anxiogène. Du point de vue thérapeutique, il y a lieu de différencier un stress temporaire ne durant que quelques semaines comme une session d'examen, un rush d'activités professionnelles, des événements de vie (mariage, achat important, décisions d'histoires de vie, attente de résultats médicaux, etc.), d'un stress chronique s'étalant sur plusieurs mois ou plusieurs années (harcèlement moral, organisation du travail engendrant une souffrance continue, *burnout*, nuisances environnementales, conflits interpersonnels chroniques, etc.).

2.2.4.1 Stress temporaire

Chez le généraliste, la personne soumise à un stress temporaire se plaindra souvent de **troubles de l'endormissement, de diminution de ses capacités de performance et de ses capacités cognitives** (mémoire, concentration, imagination, etc.), de **crises d'angoisse** provoquant parfois des crises d'hyperventilation, de **tensions musculaires**. Ces situations peuvent entraîner la recrudescence de symptômes somatiques, généralement, bien connus du patient comme des troubles digestifs (pyrosis, diarrhée, etc.), des troubles dermatologiques (eczéma), des crises d'asthme, de l'hypertension, des céphalées de tension, etc.

L'important, dans ces situations est d'**analyser rapidement** avec le patient s'il doit affronter la situation ou s'en soustraire. Cette décision ne peut attendre qu'une psychothérapie lui donne la réponse.

Deux exercices simples d'analyse cognitive peuvent l'aider à se situer :

- sur une échelle de 1 à 10, je mettrais quel chiffre maintenant sur mon choix d'affronter la situation entre « je dois » (=10) et « ce serait bien si (=0) ;
- Faire une balance intérêt/inconvénients à affronter la situation, sur un tableau à quatre entrées :

A- Intérêts futurs à aller de l'avant	B- Inconvénients futurs d'aller de l'avant
C- Intérêts futurs à se soustraire	D- Inconvénients futurs à se soustraire

On peut ensuite simplement calculer le nombre d'items qu'on a mis dans A&D (intérêt de continuer) versus le nombre d'items qu'on a mis dans B&C (intérêt à se soustraire).

Si ce n'est pas suffisamment clair, on peut demander au patient de pondérer chaque item sur une échelle de 1 à 10, avant de comparer les scores totaux de A&D et de B&C.

Si le résultat va dans le sens « aller de l'avant » :

Suivre le patient dans l'immédiat (techniques du coaching : soutien actif, aide à la confrontation) :

1. Sur le plan pharmacologique : un somnifère et/ou une benzodiazépine (ou de la phytothérapie) pendant la journée peut l'aider. Mesurer l'impact avantage/inconvénient de cette stratégie avec le patient. Ne pas diaboliser l'usage de ces substances en situations temporaires ;
2. Sur le plan psychologique : **ne pas proposer au patient de psychothérapie à long terme**. Ce n'est pas l'heure de se remettre en question, mais d'affronter ! Si le médecin généraliste ne se sent pas à l'aise pour soutenir le patient dans cette démarche, il peut éventuellement l'orienter vers un autre prestataire pour une intervention brève ;
3. Apprendre au patient l'utilisation de la respiration abdominale dans les moments d'angoisse (voir annexe E) ;
4. Inciter le patient à mieux planifier son temps en faisant des agendas (même si la réalisation de cet agenda lui prend du temps), ne jamais oublier dans ces agendas de prévoir des moments de détente (au moins 1x par jour 20 à 30 minutes) et, idéalement, toutes les heures trente des mini-pauses ;

5. Pour se sentir mieux en situation de stress, certaines personnes ont besoin d'activités calmes et relaxantes tandis que d'autres ont besoin d'activités physiques intenses. C'est ce qui a été nommé le « **syndrome du store déroulant** ». Il est en effet nécessaire pour certains stores de tirer de façon énergique sur celui-ci pour qu'il se ré-enroule complètement. De même certains ont besoins d'exercices physiques intenses pour se déstresser (squash, gymnastique aérobic, boxe, etc.) ;
6. Améliorer l'image qu'il a de lui et de ses capacités de réussite, en le félicitant honnêtement chaque fois qu'il va de l'avant et en l'invitant à regarder chaque jour ce qui a bien marché et pas seulement les obstacles. S'il ne regarde que les échecs ou les retards, il ne pourra que se décourager. Induire une pensée « **You can be a winner** » (restructuration cognitive positive) ;
7. Fréquenter des gens qui ont une pensée positive – rechercher des personnes « soutenantes » - Eviter de fréquenter pendant cette période les « oiseaux de mauvaise augure », ceux qui lui disent « tu ne vas pas réussir » et qui font flamber l'angoisse tout en évitant les flatteurs. Rechercher plutôt ceux qui le « soutiennent » ;
8. Envisager qu'une partie de ce qui avait été prévu initialement ne se produise pas. Relativiser l'échec éventuel en n'en faisant pas une catastrophe (c'est cette pensée qui paralyse) ;
9. « **conseiller** » ou « **recommander** » au patient de ne pas prendre de décisions importantes et définitives étant donné que la situation actuelle n'est sans-doute que passagère (divorce, suicide, abandon, opérations chirurgicales irréversibles, etc.).

Si le résultat va dans le sens « se soustraire » : déculpabiliser le patient, lui expliquer qu'il s'agit d'une des stratégies d'adaptation normales :

1. sur le plan pharmacologique : **il n'y aucun médicament contre la culpabilité**. Néanmoins un somnifère et/ou une benzodiazépine (ou de la phytothérapie) pendant la journée peut l'aider, si c'est de courte durée. Mesurer l'impact avantage/inconvénient de cette stratégie avec le patient. Ne pas diaboliser l'usage de ces substances en situations temporaires ;
2. sur le plan psychologique : **envoyer le patient chez un professionnel de la santé mentale pour travailler ses choix de vie** ;
3. proposer au patient d'inviter le compagnon ou la compagne à venir au prochain rendez-vous. Lors de cette entrevue **prendre sur soi la décision de l'avoir empêché de poursuivre** (si intimement on soutient cette décision) afin d'éviter que la culpabilité ne pèse sur le patient ;
4. si le couple semble pouvoir être mis en danger, envoyer chez un psychothérapeute formé à la thérapie systémique ;
5. inciter le patient à « lâcher prise », arrêter de se battre.

Stress temporaire
Analyser rapidement s'il faut affronter la situation ou s'en soustraire (balance avantages / inconvénients)
Si affronte : <ul style="list-style-type: none"> - soutien pharmacologique (somnifère, benzodiazépine, phytothérapie) - soutien psychologique : Pas de psychothérapie à long terme Soutien psychologique (restructuration cognitive positive, techniques de relaxation, encourager à faire une activité sportive ou de relaxation, aide à l'organisation, encourager à chercher du soutien positif)
Si se soustrait : <ul style="list-style-type: none"> - Si nécessaire, soutien pharmacologique (somnifère, benzodiazépine, phytothérapie) - Orientation vers psychothérapeute (éventuellement systémique si problématique familiale)

2.2.4.2 Stress chronique pathologique et burn out

2.2.4.2.1 Définition

Chez le généraliste, le stressé pathologique chronique viendra consulter pour son extrême **fatigue** (97 % des plaintes) et des **troubles du sommeil caractérisés par des éveils précoces** à 4 heures du matin (mais cela peut aussi être le cas lors d'un état dépressif majeur – voir avis CSS 8155). Outre la fatigue et le réveil matinal précoce, les symptômes les plus fréquents sont : bruxisme, douleur de la nuque ou des mâchoires (et moins de dorsalgies), du pyrosis et des diarrhées ou des selles molles, des sudations profuses au réveil, un amaigrissement récent sans régime, des modifications de la libido (Dewell et al., 2012).

Les vrais stressés sont très peu demandeurs d'incapacité de travail (si ce n'est de très courte durée, de quoi souffler) et ce sera le paradoxe. Alors que les médecins peuvent être embarrassés par des demandes d'incapacité « limites », ici ils devront faire usage de toute leur persuasion pour que ce soit accepté. Très rapidement, le stressé mettra en avant plan **une cause situationnelle** (souvent le travail) alors qu'il se décrira comme quelqu'un qui n'est pas particulièrement anxieux mais plutôt perfectionniste.

Généralement, le stressé aime son travail et est (ou a été) estimé de sa hiérarchie. Mais, suivant la définition de la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs, il présente les symptômes suivants :

- 1- un état de **tension persistante**, perçu **négativement** (on éliminera donc les états transitoires ou les vécus positifs) ;
- 2- où l'individu est ou se sent **incapable (ou ne se sent plus capable) de répondre adéquatement** aux exigences de la tâche ;
- 3- où cette inadéquation peut avoir des **conséquences** significatives ;
- 4- et qui s'accompagne de **dysfonctionnements** au niveau physique, psychique et social.

Une fois le diagnostic de stress posé, il y aura lieu d'explorer le *burn out* et/ou les conséquences du harcèlement moral.

Le syndrome de **burnout** est un diagnostic spécifique qui se situe probablement entre le stress chronique pathologique et la dépression majeure. Bien que non spécifié actuellement dans les classifications internationales, il fait l'objet de discussions pour être reconnu comme syndrome spécifique au niveau européen. Il apparaît plus particulièrement chez des travailleurs qui sont en contact avec du public, ou sont obligé d'œuvrer en équipe ou sont responsables d'une équipe. Il s'agit d'un processus de très longue durée, mais extrêmement destructeur (certains parlent de mérule émotionnelle). Il se développe sur des réactions adaptatives absolument normales mais qui se répètent indéfiniment et gangrènent peu à peu toutes les sphères de l'existence relationnelle et sociale. Il faut noter que le burn out touche particulièrement le corps médical et soignant, mais aussi tous les métiers qui exigent une motivation et un dévouement intense et constant comme les travailleurs sociaux, les enseignants ou même les commerciaux.

Processus et diagnostic du *burn out* :

- 1- **Réactions adaptatives** (première phase) :
 - être plus résistant à la souffrance en se protégeant des émotions ;
 - moins s'impliquer personnellement ;
 - être plus réaliste dans ses ambitions.
- 2- **Si ce mécanisme se répète** cela aboutit à un **processus** envahissant (phase pathologique) :
 - **épuisement émotionnel** : à force de se blinder contre les émotions, le patient devient insensible également aux émotions positives (joie, plaisir). En découle

une anhédonie avec persistance de l'intérêt pour les activités pouvant procurer du plaisir ;

- **cynisme** : à force de mettre les autres à distance, il finit par considérer les autres comme des pions, et déshumanise ses relations ;
- **démotivation et mésestime de soi**.

La personne en *burn out* conserve souvent très longtemps une apparence normale voire souriante, ce qui rend plus difficile le diagnostic.

Le stress chronique pathologique n'étant pas répertorié dans les classifications internationales, il y a peu d'études fiables sur la prévalence et l'incidence de ce trouble. Suivant l'*European Working Conditions Observatory* (EWCO : <http://www.eurofound.europa.eu/ewco>), 30,1 % des Belges au travail disent que le stress au travail affecte leur santé. Suivant l'INAMI le stress serait la cause directe de 10 % des incapacités de travail, mais la longueur moyenne de ces incapacités serait de 186 jours et elles représenteraient à elles seules 51 % du nombre de jours de travail perdu pour cause de maladie. Depuis 1990, le nombre d'incapacité de travail pour cause de stress augmenterait de 10 % par an. Le stress serait ainsi aujourd'hui, la troisième cause d'incapacité de travail après les dorsalgies et les accidents (qui peuvent être liés au stress) et coûterait directement 250 millions d'euro par an à l'INAMI à titre d'incapacité primaire.

2.2.4.2.2 Approche thérapeutique

La mesure d'urgence face à quelqu'un en situation de stress pathologique est de le mettre suffisamment longtemps à l'abri de la cause de sa pathologie.

Premier entretien :

- Poser le **diagnostic** et en parler avec le patient, faire rentrer les symptômes dans un certain cadre peut avoir un effet apaisant ou normalisant pour le patient ;
- **Evaluer** :
 - a. *le degré de la souffrance psychique*. Il n'est pas rare qu'un stressé ne perçoive plus sa souffrance. Ce n'est pas par hasard que l'on parle de syndrome général d'adaptation. Des instruments utilisables par des généralistes existent pour mesurer cette souffrance comme le *General Health Questionnaire* de Goldberg ou le *Stress perçu* de Cohen et Williamson (voir annexes A et B). Sur le plan clinique centrez-vous sur l'anxiété, les affects dépressifs, la fatigue et les troubles de concentration et de mémoire immédiate ;
 - b. *la durée de cette souffrance* : un étudiant en session d'examens sera stressé mais de façon transitoire. Il n'existe aucune formule miracle pour gérer le stress rapidement ;
 - c. *le handicap fonctionnel de cette souffrance*. Quel est l'impact de ce stress sur le fonctionnement au travail, dans la vie familiale, sociale, affective ou les activités de loisirs ?

En cas de difficultés d'évaluation, l'appel à un spécialiste ou à une clinique du stress sera judicieux.

- **Faire un bilan somatique (examen clinique)**
- **Ne pas minimiser l'état de stress** (par exemple : tout le monde est stressé). Ne pas oublier que non soigné, il peut aboutir à des décompensations somatiques graves. Reconnaître la réalité de la grande souffrance du patient (surtout s'il s'agit de harcèlement moral) en mettant un mot sur son mal : stress pathologique. Donner des conseils psycho-éducatifs peut aussi aider (il s'agit d'une réaction normale dans une situation anormale, par exemple).

- **Geste d'urgence : mettre le patient à l'abri** du foyer du stress. Quand le travail en est la source principale, l'incapacité de travail d'une durée suffisante (au moins un mois d'emblée) est souvent indiquée compte tenu du fait que les patients consultent très souvent alors qu'un état de grand épuisement est déjà bien installé. Il n'est pas du tout exceptionnel qu'un stressé refuse l'incapacité de travail. Il faudra travailler avec le cycle de la motivation (voir annexe C). La médecine du travail est une aide importante. Leurs psychologues sont habilités à trouver des solutions dans le cadre du travail. De plus, le recours au médecin du travail et au psychologue sera indispensable en cas de suspicion de harcèlement : cela permettra de protéger le travailleur.
- **Etre prudent avec la prescription de benzodiazépines** tant pour l'anxiété que pour les troubles du sommeil. Le stress est devenu chronique, les benzodiazépines risquent très fort d'être utilisées sur une longue période. Les troubles du sommeil sont souvent caractérisés par un endormissement facile mais un réveil à 4 heures du matin. Les somnifères sont inadéquats dans ce cas. On peut prescrire la trazodone en commençant par une demi-dose d'habitude (50 mg de trazodone) ou un autre antidépresseur à effet sédatif. Ne pas s'attendre à une amélioration significative des troubles du sommeil rapidement.
- **Si le patient exprime des tensions musculaires persistantes** : (bruxisme, contracture des mâchoires, douleurs à la nuque, céphalées de tension, etc.) : kiné-relaxation et éventuellement CD de relaxation¹⁷.
- **Prescrire du temps à soi tous les jours (au moins 15 minutes suffisent)**. Identifier le moment idéal pendant la journée. Identifier l'activité déstressante utilisable dans la vie quotidienne et pouvant être effectuée en quinze minutes (prendre un bain, faire une promenade avant de rentrer chez soi, etc.)
- **Reprendre une activité physique quelconque mais aérobique (expiration longue très importante)** : promenade, vélo, cardio-fitness, etc. mais pas de plongée en apnée, engins de musculation avec blocage respiratoire. L'important n'est pas de transpirer ici, mais que le patient y éprouve du plaisir.
- **Suivant le niveau motivationnel : référer à un spécialiste** ou le suivre hebdomadairement jusqu'à ce qu'il soit suffisamment motivé pour demander l'aide d'un professionnel de la santé mentale.

Le suivi :

L'incapacité de travail d'un stressé pathologique peut être de longue durée (souvent de 4 à 6 mois), il sera donc contrôlé par le médecin conseil de la mutuelle. Il peut parfois être utile d'avoir l'avis d'un psychiatre pour confirmer le diagnostic.

Il n'y a pas de médicament spécifique qui guérisse d'un stress pathologique. Les antidépresseurs, en particulier les SSRI, semblent efficaces pour les stressés (Van Praag, 2004). Même s'ils ne sont pas déprimés, prévoir un délai de deux mois avant d'observer une amélioration et en tout cas le traitement devra être poursuivi au moins 6 mois. Il semble que la libération répétée de CRF et de cortisol ait un effet toxique sur l'hippocampe entraînant une dégénérescence neuronale réversible par les SSRI (Olie JP & al, 2004).

Dans le décours du suivi, le patient risque de vous consulter pour les plaintes suivantes :

Hypersomnie : il est très fréquent que dans les 4 à 6 premières semaines le patient dorme beaucoup. Dédramatiser la situation. Le patient a besoin de récupérer sa dette énergétique due au stress.

Sudation profuse au réveil : ce symptôme effraie souvent le patient par son intensité extrême. Il est dû à l'activation neurovégétative, parfois aggravée par les SSRI. Rassurer le patient. Ce symptôme diminue avec l'habitude aux SSRI et avec la diminution du stress. Des patients utilisent des moyens phytopharmaceutiques pour diminuer ce symptôme et s'en trouvent mieux mais il n'existe actuellement pas d'évidences scientifiques à ce sujet.

¹⁷ www.metarelaxation.com

Troubles de la concentration et de la mémoire immédiate qui s'aggravent : c'est le revers de la médaille d'une incapacité prolongée pour un stress chronique. Cette plainte apparaît souvent après 6 à 8 semaines d'incapacité. Ils sont parfois très handicapants quotidiennement et peuvent effrayer le patient qui imagine commencer une démence. Rassurer le patient : il récupérera ses fonctions à 100 %. Si le patient ne présente plus d'hypersomnie, l'inciter à restructurer temporellement sa journée (heure fixe de lever, de repas, de coucher) et à se remettre un agenda d'activités quotidiennes à faire.

Apparition de cauchemars récurrents. Ce symptôme peut être en relation avec l'évolution d'un PTSD, mais peut aussi signer le réveil de l'activité fantasmatique qui jusqu'alors avait été gelée pour se défendre du stress. C'est le moment d'intensifier le suivi psychologique. Stimuler le patient à demander d'être suivi très régulièrement par un psychologue ou un psychothérapeute (professionnel de la santé mentale) (1x par semaine).

Soutenir le travail fait avec le professionnel de la santé mentale en comprenant les axes du traitement. Si le professionnel de la santé mentale en question est un spécialiste du stress, il développera souvent son approche du stress chronique autour de 4 axes :

1. *Prendre soin de soi.*¹⁸
2. *Gérer son stress*¹⁹
3. *Supprimer la (les) source(s) de stress ou de stress évitable.* Il s'agit d'analyses très concrètes pouvant être réalisées par un généraliste :

Quels sont les foyers de stress évitables, pouvant être aisément supprimés ?

Exemples : mes déplacements pour aller au travail, le moment choisi pour faire mes courses, refaire de mon partenaire un allié, etc.

Limitier la durée de l'exposition au stress. Ne pas s'exposer plus d'une heure trente sans faire une mini-pause. Comment intégrer dans la journée des « bulles » pour se ressourcer ? Exemple : lorsque l'on prend une tasse de café, faire une vraie coupure et ne pas ramener sa tasse devant l'ordinateur, etc.

Mettre une vraie détente après une exposition au stress. Exemple : qu'est-ce qui me détend vraiment ? Quelles sont les activités que je peux pratiquer à nouveau et qui m'apportent de la détente ? Comment s'accorder quinze minutes à soi tous les jours ? Possibilité de reprendre le sport, seulement pour le plaisir et non pas dans un esprit de compétition (comme peut-être auparavant).

Supprimer ou diminuer la source principale de stress. Lors de la reprise du travail, contacter le médecin du travail pour mettre en place, en concertation avec le chef ou les ressources humaines, des conditions différentes de travail. Eventuellement, envisager de chercher un autre travail

4. **Et surtout : se faire plaisir !**

Stress chronique et burn out

Diagnostic :

Stress chronique : pas de catégorie officielle – symptômes : troubles du sommeil et autres

Burn out : se développe sur des réactions adaptatives normales mais qui se répètent indéfiniment et gangrènent peu à peu toutes les sphères de l'existence relationnelle et sociale.

Prise en charge :

- Mettre le patient à l'abri de la source du stress

¹⁸ Il s'agit ici, par des interventions déculpabilisantes, de faire accepter par le patient une idée qui va souvent à l'encontre de son éducation judéo-chrétienne : « s'occuper de soi n'est pas de l'égoïsme ». On est soi-même son premier outil de travail et l'on ne peut donner aux autres que si l'on est bien soi-même.

¹⁹ Il s'agit ici de techniques spécialisées. Des livres accessibles au grand public existent en librairie, de même que sur le net (voir sites des cliniques du stress notamment).

Ces approches abordent généralement les thèmes suivants : identifier ses émotions, ses sensations et ses pensées ; analyser les distorsions cognitives ; identifier les mécanismes d'inhibition ; mettre des mots sur les maux ; communiquer avec les autres ; savoir positiver ; gérer son temps, être dans l'ici et maintenant ; mettre des limites ; savoir s'affirmer ; être motivé à prendre une décision.

- Evaluer la souffrance, sa durée et la perturbation du fonctionnement qui en découle
- Bilan somatique
- Soutien pharmacologique : prudence avec les benzos – plutôt antidépresseurs
- encourager à faire des exercices de relaxation, à prendre du temps pour soi, à faire une activité physique
- Référer à un spécialiste ou suivre de manière hebdomadaire, et soutenir le travail du spécialiste (objectifs : Prendre soin de soi, Gérer son stress, supprimer la (les) source(s) de stress ou de stress évitable, se faire plaisir)

2.2.5 **Les troubles anxieux dans le cadre d'autres pathologies psychiques**

Dépression majeure

Lorsqu'un patient souffre d'anxiété, il y a toujours lieu de vérifier s'il n'existe pas de syndrome dépressif sous-jacent. Cela n'a certainement rien d'exceptionnel : les symptômes anxieux sont très fréquents chez les patients dépressifs et peuvent constituer le seul trouble pour lequel ils se rendent en consultation. Lors d'une dépression, on retrouve notamment souvent des troubles tels qu'une préoccupation accrue, une agitation psychomotrice, de l'irritabilité et une anxiété généralisée. En outre, la dépression est souvent précédée d'une période d'anxiété, d'irritabilité et de problèmes de sommeil intensifiés.

En ce qui concerne le diagnostic différentiel, il importe donc de vérifier si les symptômes clés de la dépression sont présents lors de tels troubles.

- l'humeur : lors d'une dépression, le patient présente des troubles de l'humeur pendant une période de deux semaines au minimum: il ressent une tristesse permanente, est constamment déprimé.
- la capacité de prendre du plaisir : le patient souffrant d'une dépression n'est plus capable d'éprouver du plaisir face aux choses qui lui sont pourtant d'ordinaire agréables.

La présence d'un de ces deux symptômes est indispensable afin de pouvoir poser le diagnostic d'une dépression. Cependant, cela n'est guère suffisant, et d'autres symptômes sont nécessaires. Davantage d'informations à ce sujet sont disponibles dans l'autre partie de l'avis, qui concerne les troubles de l'humeur (CSS 8155). Lorsqu'est posé le diagnostic d'une dépression au sens propre, il est recommandé de soigner essentiellement la dépression et de procéder à une réévaluation de la problématique anxieuse après amélioration de celle-ci.

Abus d'alcool, de benzodiazépines et de drogues

Il importe de se renseigner auprès de chaque patient souffrant d'anxiété sur sa consommation d'alcool, de benzodiazépines et de drogues illicites. Tout d'abord, les patients souffrant d'un trouble anxieux ont plus facilement tendance à abuser de telles substances. En outre, une diminution ou l'arrêt complet soudain de la consommation peut engendrer de l'anxiété.

Dans le premier cas, il s'agit donc d'une problématique anxieuse primaire, à laquelle est venu s'ajouter de façon secondaire un problème d'abus d'alcool, de benzodiazépines ou de drogues. Il s'agit d'un phénomène fréquent, car les patients atteints d'un trouble anxieux sont susceptibles d'utiliser de telles substances afin de tenter de réduire leur anxiété, ce qui peut rapidement mener à un problème d'assuétude. Dans pareil cas, il est recommandé de réduire et de mettre un terme à la consommation de ces substances. Le traitement du trouble anxieux avec des médicaments ou une psychothérapie a peu de chances d'aboutir si l'abus de substances est poursuivi.

Dans le second cas, lorsqu'il ne s'agit pas d'un trouble anxieux, mais bien d'une anxiété générée par l'arrêt soudain de substances psychoactives, celle-ci sera souvent accompagnée de symptômes de suractivité du système nerveux autonome, tels que de la transpiration, des tremblements, une augmentation de la tension artérielle, une accélération de la respiration et du pouls. Dans pareils cas, le traitement consiste à réduire progressivement la consommation de la substance en question, si nécessaire à l'aide de benzodiazépines. La problématique anxieuse doit alors être évaluée une nouvelle fois quelques jours après la fin du sevrage physique. L'anamnèse devra aussi s'attacher à évaluer la consommation de Coca® et apparentés, café, réglisse, Redbul® pouvant être cause d'anxiété.

Psychoses

Traverser un épisode psychotique, par exemple dans le cadre d'une maladie telle que la schizophrénie, va souvent de pair avec des symptômes anxieux sévères. En pratique clinique, la problématique psychotique sous-jacente sera dans de nombreux cas rapidement identifiée suite à la présence d'hallucinations, de délires ou de comportements bizarres. Dans certains cas, telle qu'une psychose paranoïaque relativement peu prononcée, l'anxiété peut figurer au premier plan dans le tableau clinique. Cela peut masquer la problématique psychotique sous-jacente. Seule une anamnèse approfondie visant à déceler les pensées à l'origine de l'anxiété permettra d'obtenir davantage de clarté à ce sujet.

Problèmes psychiques du post-partum

Beaucoup de femmes souffrent d'accès de larmes spontanés, d'irritabilité, de nervosité et de troubles du sommeil au cours des premiers jours qui suivent leur accouchement. Pas moins de 50 à 80 % des femmes qui donnent naissance à un enfant en sont victimes, souvent entre le troisième et le dixième jour qui suit l'accouchement. Il s'agit donc d'un phénomène normal et non d'un état pathologique.

On estime à 5 % le nombre de jeunes mères chez qui les troubles perdurent et s'aggravent, de telle sorte qu'il est alors question d'une **dépression post-partum**. Parfois les troubles ne se manifestent qu'après quelques semaines, lorsque la mère cesse d'allaiter son enfant ou reprend son travail. Souvent, l'anxiété joue un rôle primordial dans cet état, notamment une peur prononcée de ne pas être capable d'assumer correctement la maternité. Dans de nombreux cas, il y a également un manque de sentiments envers le bébé, ce qui peut en soi engendrer une crainte intense. Le moment auquel se déclare cette angoisse doit faire penser à une dépression postnatale, et une bonne anamnèse révélera d'autres troubles dépressifs.

La **psychose post-partum**, c.-à-d. l'apparition de symptômes psychotiques au cours du premier mois qui suit l'accouchement, constitue un cas particulier. Souvent, il y a présence d'une anxiété intense. Cette psychose se manifeste fréquemment par des changements d'humeur prononcés, des insomnies sévères ainsi qu'une posture figée. Dans tous les cas, il s'agit d'un état grave, souvent d'évolution imprévisible, qui peut mettre en danger la vie de la mère ainsi que celle de son enfant. Il est alors nécessaire d'admettre la mère en hôpital psychiatrique afin de s'assurer que celle-ci reçoive un traitement sûr et efficace. Certains centres psychiatriques prévoient également la possibilité d'hospitaliser la mère avec son bébé.

2.2.6 Les troubles anxieux dans le cadre d'autres pathologies somatiques

Troubles organiques aigus

Un trouble anxieux inopiné, chez un patient sans fond anxieux connu, doit orienter vers un trouble organique aigu. Certains états aigus peuvent en effet par exemple être en relation avec des troubles cardiaques (infarctus du myocarde²⁰, tachycardie²¹).

Une biologie en première intention est alors souvent indiquée : hémoglobine, globules rouges, globules blancs, formule érythrocytaire, plaquettes, vitesse de sédimentation, CRP, CPK, tests hépatiques, créatinine, glycémie, ionogramme, calcium, thyroïde, etc.

Troubles organiques chroniques

L'anxiété peut être un signe précurseur d'une hyperglycémie apparaissant chez un diabétique non connu, au même titre que les vertiges, des « vapeurs », une labilité émotionnelle, une somnolence variable qui va évoluer en quelques heures vers le coma. La potomanie et l'apparition de pollakiurie permettent de préciser le diagnostic.

L'anxiété peut aussi être un signe de porphyries²², qui s'accompagnent également de douleurs abdominales, de crises de larmes, d'irritabilité, et d'insomnies, ce qui peut faire penser à des comportements hystériques.

L'hyperthyroïdie (Basedow) se caractérise, sur le plan mental, par de l'irritabilité, des sautes d'humeur, de l'**anxiété** avec tachycardie et tremblements des extrémités. Elle fera donc penser, à tout le moins, à un syndrome anxieux. Mais l'hyperthyroïdie s'accompagne également d'amaigrissement malgré la polyphagie, de la thermophobie, des crises sudorales et de soif excessive. Un goitre diffus et l'exophtalmie caractéristique ne permettent plus de manquer le diagnostic.

L'hypoparathyroïdie se caractérise par des crises tétaniques ou des crises épileptiformes. L'anxiété est passagère ou permanente, parfois accompagnée de troubles de l'humeur. La confusion avec des crises hystériques est fréquente. Les signes physiques sont peu à l'avant plan et le diagnostic repose sur l'électromyographie, l'hypocalcémie et l'hyperphosphorémie.

Le phéochromocytome se manifeste par une sécrétion exagérée d'adrénaline libérée de façon paroxystique. L'adrénaline provoquera une hypertension artérielle, de la tachycardie et des bouffées anxieuses faisant penser à s'y méprendre à une attaque de panique.

L'anxiété augmente par ailleurs la tension artérielle et inversement l'hypertension entraîne une sensation d'irritabilité et d'angoisse. L'hypertension peut s'accompagner d'une thermophobie. Il y

²⁰ l'infarctus du myocarde apparaît comme « un coup de tonnerre dans un ciel bleu ». Symptomatiquement il se caractérise par une vive oppression thoracique avec irradiation de la douleur dans le bras gauche et une anxiété aiguë. Le diagnostic différentiel avec un trouble panique doit être fait. L'infarctus peut également se dérouler à bas bruit avec une anxiété sourde, une oppression thoracique diffuse et, un essoufflement anormal.

²¹ La tachycardie peut être induite par des crises d'hyperventilation. Inversement les troubles du rythme s'accompagnent souvent d'anxiété. L'électrocardiogramme et l'auscultation permettent de faire le diagnostic différentiel

²² Bien que rares, il s'agit de maladies graves. Il s'agit d'une maladie héréditaire caractérisée par un déficit d'uroporphyrine qui se manifeste par des urines rouges. Elles apparaissent souvent chez des jeunes femmes, à l'occasion de la prise de contraceptifs. Non traitées, elles évoluent vers des paralysies flasques avec amyotrophie. L'évolution psychique se fait vers un syndrome confusionnel.

a lieu de noter que le stress chronique entraîne régulièrement une augmentation de la cholestérolémie. Le dosage régulier du cholestérol et la prise de la tension artérielle font partie des gestes de base du suivi d'un anxieux.

Enfin, les cancers s'accompagnent très souvent de syndromes dépressifs ou anxieux. Les signes mentaux apparaissent parfois plusieurs mois avant que le diagnostic de cancer ne soit possible. Ces patients sont donc souvent d'abord considérés comme des dépressifs ou anxieux. On comprendra l'importance de faire des bilans somatiques répétés chez ces patients même si, au début de la prise en charge, le bilan somatique était négatif.

Table 1 : Tableau général des pathologies organiques pouvant entraîner des troubles mentaux

	Confusion	Démence	Psychose	Manie	Dépression	Troubles anxieux	Troubles psycho-organiques
Encéphalopathies métaboliques							
Respiratoires	X			(X)			
Diabète							
Hypoglycémie	X						
Hyperglycémie	X				X	X	X
Rénale : urémie	X	X					
Porphyrie	X				X	X	X
Avitaminoses							
B1		X					
B12		X					
Endocriniennes							
Thyroïde							
Hypothyroïdie			persécution		X		
Hyperthyroïdie				X		X	X
Parathyroïdes							
Hypoparathyroïdie					X	X	
Hyperparathyroïdie					X		
Surrénales							
Addison (hypo)					X		
Cushing (hyper)				X	X		
Phéochromocytome						X	
Cardio-vasculaires							
Infarctus					X	X	
Tachycardie et troubles du rythme						X	
Hypertension						X	
Cancers							
Tous			X	X	X	X	
Crâniens	Si compression				Majeure		
Sang							
Anémie Biermer		X					
Infections							
Hyperthermie	X						
Syphilis		X	X	X			
Traumatismes							
Commotion	X			X	X		
Chirurgie							
Réveil	X		X				
Précoce (<15 jours)	X						
Tardif					X		
Gynécologie							
<i>Baby-blues</i>					X		
Dépression post-partum					X		

2.2.7 **L'angoisse en tant que manifestation d'un trouble de la personnalité ou de certains traits de personnalité**

Il se peut qu'une personne souffre d'angoisse au cours de l'entièreté de son existence. Dans pareil cas, de tels troubles n'indiquent pas toujours la présence d'un trouble anxieux particulier tel que décrit dans l'axe I du DSM-IV (troubles majeurs cliniques) et décrits au point 2.2.3, mais bien une problématique de personnalité sous-jacente.

Dans ce cas, il y a encore lieu de dissocier l'anxiété entrant dans le cadre de troubles de la personnalité tels que définis sous l'axe II (troubles de la personnalité et retard mental) du DSM-IV de l'anxiété qui apparaît dans le cadre de traits de personnalité bien définis.

2.2.7.1 **L'anxiété dans le cadre des troubles de la personnalité**

Le terme « troubles de la personnalité » désigne des traits de personnalité qui s'écartent des normes sociales de façon prolongée et engendrent de façon significative souffrance ou limitations dans le fonctionnement social et professionnel. Un tel profil est stable et de longue durée, et son apparition peut être située dans l'adolescence ou au début de l'âge adulte au plus tard.

Il s'accompagne souvent d'angoisse persistante. Le stimulus à l'origine de l'anxiété diffère en fonction du type de problématique de la personnalité concerné :

- un patient atteint d'un **trouble de la personnalité *borderline*** présentera souvent une peur d'être abandonné, d'être rejeté ou d'être mal aimé ;
- le **trouble de la personnalité évitante** se caractérise plutôt par la crainte d'être jugé, d'être considéré comme étant inférieur aux autres ;
- les patients atteints d'une problématique de **personnalité dépendante** éprouvent le besoin d'être pris en charge, de pouvoir se reposer sans cesse sur quelqu'un d'autre et vivent en permanence dans la crainte de perdre ce soutien ;
- la **personnalité obsessionnelle-compulsive** se caractérise quant à elle par la peur de perdre le contrôle des choses.

Déterminer de quelle problématique de la personnalité est précisément atteint un patient anxieux est une affaire complexe et constitue une indication pour s'adresser à un spécialiste afin d'obtenir son avis ainsi que son aide. Il est par contre important de procéder à une bonne anamnèse lors des soins de première ligne afin de déterminer si l'anxiété (chronique) se situe dans le cadre de comportements différents des attentes sociétales qui étaient déjà présents dans la jeunesse du patient, comme brièvement décrit ci-dessus. Dans ce cas, il s'agit probablement d'un trouble de la personnalité, et la psychothérapie constituera le premier choix. En effet, une pharmacothérapie n'apporte généralement que peu de soulagement.

2.2.7.2 **L'anxiété dans le cadre des traits de personnalité**

Dans certains cas, on retrouve également une anxiété chronique chez des personnes chez qui on ne peut pas clairement déceler de troubles de la personnalité, mais qui présentent néanmoins des traits de personnalité bien particuliers, et notamment une vulnérabilité face à l'anxiété. Ainsi, les personnes qui atteignent un score élevé pour le facteur de personnalité²³ « névrosisme » sont des personnes facilement préoccupées, vivant dans un sentiment d'insécurité (« *insecure* »), anxieuses. Par contre, les personnes présentant un niveau de névrosisme peu élevé se caractérisent par leur calme et leur stabilité émotionnelle. Les personnes dont le niveau de névrosisme est élevé sont plus susceptibles d'être atteintes d'un trouble anxieux généralisé (voir ci-dessous) ainsi que de dépression. Mais elles peuvent également se plaindre d'angoisse et

²³ Le terme « traits de personnalité » est utilisé pour désigner une combinaison unique de caractéristiques formées par les réactions émotionnelles, comportementales et mentales d'un individu engendrées par les choses qui lui arrivent. De nombreux systèmes différents ont été développés afin de décrire ces traits de personnalité. Un des plus utilisés est le « modèle des cinq facteurs » (John et. al, 1991). L'un de ces cinq facteurs est celui du « névrosisme ».

d'inquiétude sans pour autant présenter ces syndromes psychiatriques. Ici aussi, une bonne anamnèse démontrera que ce type de comportement existait déjà au cours de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, et qu'il se manifeste dans les situations sociales les plus diverses comme à différents types de facteurs de stress.

Une fois de plus, le premier traitement sera de nature psychothérapeutique plutôt que pharmacologique.

Dans certains cas, l'aide psychothérapeutique peut se limiter à l'identification des situations précises qui suscitent de l'anxiété auprès du patient, et à aider celui-ci à les éviter et à les gérer différemment. Cette aide peut être apportée par les soins de première ligne (le médecin généraliste).

3. RECOMMANDATIONS

Les troubles anxieux sont fréquents, qu'ils soient sous forme de trouble clinique spécifique ou associés à d'autres pathologies. Ils touchent une grande partie de la population et sont souvent d'évolution chronique. Ces troubles peuvent, le plus souvent, être traités par une approche non médicamenteuse (psychothérapie cognitivo-comportementale, techniques de relaxation etc.). Malheureusement, encore trop souvent des médicaments sont prescrits en première intention dans le traitement de ces troubles. Cela résulte en une augmentation continue de la consommation de médicaments psychotropes, souvent dénoncée dans les médias. Les médecins généralistes ne peuvent cependant pas être tenus pour responsables de cette augmentation. La société tout entière peut en effet participer à la prévention de ce trouble, et à la diminution de la consommation de ces médicaments.

Cela passe d'abord par de meilleures conditions de vie, pour tous. Cela peut également passer par une éducation au bien être, dès le plus jeune âge. Une information vers le grand public concernant les possibilités de prises en charge alternatives à la médication pour les troubles anxieux peut aussi être utile, ainsi que sur le rôle que peut jouer à cet égard le médecin traitant dans la prise en charge de cette problématique.

Avec des moyens suffisants, le médecin généraliste pourrait en effet prendre en charge ce trouble sans faire appel à des soins spécialisés, qui doivent cependant être accessibles pour le soutenir dans un certain nombre d'autre cas.

Pour cela, le CSS recommande donc, pour une meilleure prise en charge en première ligne par les médecins généralistes des troubles anxieux, de donner aux médecins les ressources nécessaires pour gérer ces problèmes en première ligne :

- formation de base suffisante aux problèmes de santé mentale
- informations facilement disponibles sur les possibilités de prise en charge, notamment non médicamenteuses de ces troubles
- la possibilité de faire des consultations plus longues, valorisées financièrement, pour prendre le temps nécessaire avec le patient (nomenclature « consultation psycho-sociale »)

Afin de pouvoir orienter facilement leurs patients vers des soins spécialisés, notamment psychothérapeutiques, plutôt que de choisir l'approche médicamenteuse, il faudrait également que la disponibilité des professionnels de seconde ligne (psychiatres, psychothérapeutes) et leur accessibilité (financière) soient renforcée, notamment en encadrant le titre de psychothérapeute et en remboursant les psychothérapies.

4. Annexes

Annexe A : General Health questionnaire (Goldberg)

Annexe B : l'échelle de Stress perçu (Cohen et Williamson)

Annexe C : L'entretien motivationnel dans le cadre de l'arrêt des benzodiazépines

Annexe D : Graphe sur la physiologie du stress

Annexe E : Techniques de relaxation et psycho-corporelles
 Annexe F : Clinical global impression scale

7. REFERENCES

AACAP- American Academy Child Adolescent Psychiatry official action: Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:69S-84S.

Ahearn EP, Mussey M, Johnson C, Krohn A, Krahn D. Quetiapine as an adjunctive treatment for post-traumatic stress disorder: an 8-week open-label study. *Int Clin Psychopharmacol* 2006;21(1):29-33.

ANAES – Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé. Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte; 2001.

Argyropoulos SV, Nutt DJ. The use of benzodiazepines in anxiety and other disorders. *Eur Neuropsychopharmacol* 1999;9 Suppl 6:S407-12.

Baldwin DS, Ajel KI, Garner M. Pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. *Curr Top Behav Neurosci* 2010;2:453-67.

Ballenger JC, Burrows GD, DuPont RL, Jr., Lesser IM, Noyes R, Jr., Pecknold JC, et al. Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: results from a multicenter trial. I. Efficacy in short-term treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(5):413-22.

Ballenger JC, McDonald S, Noyes R, Jr., Rickels K, Woods SW, Patin J, et al. The first double-blind, placebo-controlled trial of a partial benzodiazepine agonist, abecarnil (ZK 112-119), in generalized anxiety disorder. *Adv Biochem Psychopharmacol* 1992;47:431-47.

Ballenger JC, Wheadon DE, Steiner M, Bushnell W, Gergel IP. Double-blind, fixed-dose, placebo-controlled study of paroxetine in the treatment of panic disorder. *Am J Psychiatry* 1998;155(1):36-42.

Bartholomeeusen S, Buntinx F, De Cock L, Heyrman J. Het voorkomen van ziekten in de huisartspraktijk: resultaten van de morbiditeitsregistratie van het Intego-netwerk. Leuven: Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde; 2001.

Black DW, Wesner R, Bowers W, Gabel J. A comparison of fluvoxamine, cognitive therapy, and placebo in the treatment of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(1):44-50.

Bremner JD, Licinio J, Darnell A, Krystal JH, Owens MJ, Southwick SM, et al. Elevated CSF corticotropin-releasing factor concentrations in posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1997;154(5):624-9.

CBIP - Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique. . Prise en charge des troubles anxieux Trouble anxieux généralisé Trouble panique Phobie; 2008.

Corten Ph, Ribourdouille M. Hypothesis Concerning "Natural" Mortality in Psychiatry. In: Öhman R. editor. Interaction Between Mental and Physical Illness. Springer-Verlag Publishers; Berlin Heidelberg 1989. p.52-66.

Dan B, Gregoire F, Verbanck P. Corten Ph., Pelc I. Morbidité Organique d'une Population Psychiatrique Hospitalisée. Acta Clinica Belgica 1991;46(4):209-18.

Dewell P, Corten Ph., From L., Terrasse S., Vandriette Y, Verbanck P. Sévérité du Burn-out versus autres stress pathologiques. Acta Psychiatr Belg 2012.

Felker B, Yazel JJ, Short D. Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients: a review. Psychiatr Serv 1996;47(12):1356-63.

Ferreri M, Hantouche EG. Recent clinical trials of hydroxyzine in generalized anxiety disorder. Acta Psychiatr Scand Suppl 1998;393:102-8.

Gelpin E, Bonne O, Peri T, Brandes D, Shalev AY. Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: a prospective study. J Clin Psychiatry 1996;57(9):390-4.

Häfner H, Bickel H. Physical Morbidity and Mortality in Psychiatric Patients . In: Öhman R & al, editors. Interaction Between Mental and Physical Illness. Berlin: Springer-Verlag 1989; p. 29-47

Hall RC, Gardner ER, Popkin MK, Lecann AF, Stickney SK. Unrecognized physical illness prompting psychiatric admission: a prospective study. Am J Psychiatry 1981;138(5):629-35.

Huppert JD, Schultz LT, Foa EB, Barlow DH, Davidson JR, Gorman JM, et al. Differential response to placebo among patients with social phobia, panic disorder, and obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 2004;161(8):1485-7.

INAMI – Institut national d'assurance maladie-invalidité. Rapport interne: Utilisation des médicaments psychotropes. Bruxelles: INAMI;2008.

INAMI – Institut nationale d'assurance maladie-invalidité. L'utilisation des antidépresseurs et des antipsychotiques. Bruxelles; 2013.

INAMI – Institut national d'assurance maladie-invalidité. L'utilisation efficace des antidépresseurs dans le traitement d'autres indications que les troubles de l'humeur. Conférence de consensus. Bruxelles: INAMI;2007.

ISP – Institut de Santé Publique. Enquête de santé, 2004. Bruxelles: ISP;2006.

ISP - Institut de Santé Publique. Enquête de santé, 2008. Bruxelles: ISP;2010.

John OP, Hampson SE, Goldberg LR. The basic level in personality-trait hierarchies: studies of trait use and accessibility in different contexts. J Pers Soc Psychol 1991;60(3):348-61.

- Khan A, Brodhead AE, Kolts RL, Brown WA. Severity of depressive symptoms and response to antidepressants and placebo in antidepressant trials. *J Psychiatr Res* 2005;39(2):145-50.
- Kim TS, Pae CU, Yoon SJ, Bahk WM, Jun TY, Rhee WI, et al. Comparison of venlafaxine extended release versus paroxetine for treatment of patients with generalized anxiety disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006;60(3):347-51.
- Kisely SR, Goldberg DP. Physical and psychiatric comorbidity in general practice. *Br J Psychiatry* 1996;169(2):236-42.
- Koranyi EK, Potoczny WM. Physical illnesses underlying psychiatric symptoms. *Psychother Psychosom* 1992;58(3-4):155-60
- Krystal JH, Rosenheck RA, Cramer JA, Vessicchio JC, Jones KM, Vertrees JE, et al. Adjunctive risperidone treatment for antidepressant-resistant symptoms of chronic military service-related PTSD: a randomized trial. *JAMA* 2011;306(5):493-502.
- Lader MH. Limitations on the use of benzodiazepines in anxiety and insomnia: are they justified? *Eur Neuropsychopharmacol* 1999;9 Suppl 6:S399-405.
- Lepola UM, Wade AG, Leinonen EV, Koponen HJ, Frazer J, Sjodin I, et al. A controlled, prospective, 1-year trial of citalopram in the treatment of panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1998;59(10):528-34.
- Liebowitz MR, Schneier F, Campeas R, Hollander E, Hatterer J, Fyer A, et al. Phenelzine vs atenolol in social phobia. A placebo-controlled comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49(4):290-300.
- Marshall RD, Beebe KL, Oldham M, Zaninelli R. Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD: a fixed-dose, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2001;158(12):1982-8.
- Maricle R, Leung P, Bloom JD. The use of DSM-III axis III in recording physical illness in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1987;144(11):1484-6.
- Martin-Guehl C. *L'enfant anxieux*. Masson; 2003.
- MC – Mutualité chrétienne. *Consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques : een analyse du secteur ambulatoire sur base des données des membres de la mutualité chrétienne*. Bruxelles; 2008.
- Miyasaka LS, Atallah AN, Soares BG. Passiflora for anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2007(1):CD004518.
- Miyasaka LS, Atallah AN, Soares BG. Valerian for anxiety disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2006(4):CD004515.
- Michelson D, Lydiard RB, Pollack MH, Tamura RN, Hoog SL, Tepner R, et al. Outcome assessment and clinical improvement in panic disorder: evidence from a randomized

controlled trial of fluoxetine and placebo. The Fluoxetine Panic Disorder Study Group. *Am J Psychiatry* 1998;155(11):1570-7

Miller W, Rollnick S. *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement*. Paris, InterEditions, coll. « Techniques de développement personnel », 2006.

Olanzapine and PTSD in bestpractice.bmj.com/best-practice/evidence : Insufficient evidences -(small sample size. *BMJ* 2012. Internet: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/430/treatment/evidence/intervention/1005/0/sr-1005-i20.html>

Olie JP, Costa E Silva JA, Macher JP. *Neuroplasticity. A new approach to the pathophysiology of depression*. London: Science Press; 2004.

Oliver P. John, Srivastava S. The Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Theoretical Perspectives. In *L. Pervin L and John OP, editors. Handbook of personality: Theory and research*; 2nd Ed 1999. New York; Guilford.

Pato MT, Hill JL, Murphy DL. A clomipramine dosage reduction study in the course of long-term treatment of obsessive-compulsive disorder patients. *Psychopharmacol Bull* 1990;26(2):211-4.

Pelc I. *L'ami Psy. Écouter, comprendre et soigner la souffrance psychique*. Collection sur la Colline, Éditions Psymédic, 2009, 115 pages

Pitman RK, Sanders KM, Zusman RM, Healy AR, Cheema F, Lasko NB, et al. Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biol Psychiatry* 2002;51(2):189-92.

Pollack MH, Otto MW, Worthington JJ, Manfro GG, Wolkow R. Sertraline in the treatment of panic disorder: a flexible-dose multicenter trial. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55(11):1010-6

Pollack MH, Zaninelli R, Goddard A, McCafferty JP, Bellew KM, Burnham DB, et al. Paroxetine in the treatment of generalized anxiety disorder: results of a placebo-controlled, flexible-dosage trial. *J Clin Psychiatry* 2001;62(5):350-7.

Ponniah K, Hollon SD. Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: a qualitative review of randomized controlled trials. *Psychol Med* 2008;38(1):3-14.

Prochaska JO, DiClemente CC. *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin ; 1984

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992;47(9):1102-14.

Ravizza L, Barzegà G, Bellino S, Bogetto F, Maina G. Drug treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD): long-term trial with clomipramine and selective serotonin reuptake inhibitors (ISRSs). *Psychopharmacol Bull* 1996;32(1):167-73.

Reinhold JA, Mandos LA, Rickels K, Lohoff FW. Pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. *Expert Opin Pharmacother* 2011;12(16):2457-67.

Rickels K, Downing R, Schweizer E, Hassman H. Antidepressants for the treatment of generalized anxiety disorder. A placebo-controlled comparison of imipramine, trazodone, and diazepam. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(11):884-95.

Royaume de Belgique. Loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail. MB du 18 septembre 1996. Internet : <http://www.emploi.belgique.be/WorkArea/showcontent.aspx?id=8346>

Salloum IM, Mezzich JE, Saavedra JE, Kirisci L. Usefulness of DSM-III axis III in psychiatric inpatients: an actuarial comparison with the DSM-II period. *Am J Psychiatry* 1994;151(5):768-9.

Schelling G, Roozendaal B, De Quervain DJ. Can posttraumatic stress disorder be prevented with glucocorticoids? *Ann N Y Acad Sci* 2004;1032:158-66.

Sheehan DV, Ballenger J, Jacobsen G. Treatment of endogenous anxiety with phobic, hysterical, and hypochondriacal symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37(1):51-9.

Silverman WK, Treffers PDA. Anxiety disorders in children and adolescents. Cambridge University Press, 2001.

SPF SPSCAE – Service Public Fédéral Santé Publique, Protection de la Chaîne alimentaire et Environnement. Manuel d'aide aux médecins généralistes : Anxiété, Stress, Troubles du sommeil – Campagne fédérale pour l'usage rationnel des benzodiazépines; 2005.

Uhlenhuth EH, Balter MB, Ban TA, Yang K. International study of expert judgment on therapeutic use of benzodiazepines and other psychotherapeutic medications: IV. Therapeutic dose dependence and abuse liability of benzodiazepines in the long-term treatment of anxiety disorders. *J Clin Psychopharmacol* 1999;19(6 Suppl 2):23S-9S.

Rickels K, Zaninelli R, McCafferty J, Bellew K, Iyengar M, Sheehan D. Paroxetine treatment of generalized anxiety disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2003;160(4):749-56.

Vaiva G, Ducrocq F, Jezequel K, Averland B, Lestavel P, Brunet A, et al. Immediate treatment with propranolol decreases posttraumatic stress disorder two months after trauma. *Biol Psychiatry* 2003;54(9):947-9.

van Praag HM. Can stress cause depression? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2004;28(5):891-907

8. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Tous les experts ont participé *à titre personnel* au groupe de travail. Les noms des experts du CSS sont annotés d'un astérisque *.

Les experts suivants ont participé à l'élaboration de l'avis :

BRUFFAERTS Ronny	Psychiatrie	KUL
CLAES Stephan	Psychiatrie	KUL
CONSTANT Eric	Psychiatrie	UCL
CORTEN Philippe*	Psychiatrie	ULB
De NAYER André-Roch	Psychiatrie	Hôpital Sainte-Thérèse Montignies-sur-Sambre
FRANCOIS Anne	Pédopsychiatrie	ULB
PELC Isidore*	Psychiatrie	ULB
ROGIERS Anne	Psychiatrie	KUL
SOUERY Daniel	Psychiatrie	ULB

Les personnes suivantes ont relu et amendé l'avis :

CUVELIER Laurence	Médecine générale
DOR Bernard	Médecine générale
EEKELEERS Patricia	Médecine générale
LAMY Dominique	Médecine générale
MIGEOTTE André	Médecine générale
ORBAN Thomas	Médecine générale

Le groupe de travail a été présidé par Isidore PELC et le secrétariat scientifique a été assuré par MARTIN Sandrine et GERARD Sylvie.

Au sujet du Conseil Supérieur de la Santé (CSS)

Le Conseil Supérieur de la Santé est un service fédéral relevant du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Il a été fondé en 1849 et rend des avis scientifiques relatifs à la santé publique aux ministres de la santé publique et de l'environnement, à leurs administrations et à quelques agences. Ces avis sont émis sur demande ou d'initiative. Le CSS ne prend pas de décisions en matière de politique à mener, il ne les exécute pas mais il tente d'indiquer aux décideurs politiques la voie à suivre en matière de santé publique sur base des connaissances scientifiques les plus récentes.

Outre son secrétariat interne composé d'environ 25 collaborateurs, le Conseil fait appel à un large réseau de plus de 500 experts (professeurs d'université, collaborateurs d'institutions scientifiques), parmi lesquels 200 sont nommés à titre d'expert du Conseil. Les experts se réunissent au sein de groupes de travail pluridisciplinaires afin d'élaborer les avis.

En tant qu'organe officiel, le Conseil Supérieur de la Santé estime fondamental de garantir la neutralité et l'impartialité des avis scientifiques qu'il délivre. A cette fin, il s'est doté d'une structure, de règles et de procédures permettant de répondre efficacement à ces besoins et ce, à chaque étape du cheminement des avis. Les étapes clé dans cette matière sont l'analyse préalable de la demande, la désignation des experts au sein des groupes de travail, l'application d'un système de gestion des conflits d'intérêts potentiels (reposant sur des déclarations d'intérêt, un examen des conflits possibles, et un comité référent) et la validation finale des avis par le Collège (ultime organe décisionnel). Cet ensemble cohérent doit permettre la délivrance d'avis basés sur l'expertise scientifique la plus pointue disponible et ce, dans la plus grande impartialité possible.

Les avis des groupes de travail sont présentés au Collège. Après validation, ils sont transmis au requérant et au ministre de la santé publique et sont rendus publics sur le site internet (www.css-hgr.be), sauf en ce qui concerne les avis confidentiels. Un certain nombre d'entre eux sont en outre communiqués à la presse et aux groupes cibles parmi les professionnels du secteur des soins de santé.

Le CSS est également un partenaire actif dans le cadre de la construction du réseau EuSANH (*European Science Advisory Network for Health*), dont le but est d'élaborer des avis au niveau européen.

Si vous souhaitez rester informé des activités et publications du CSS, vous pouvez envoyer un mail à l'adresse suivante : info.hgr-css@health.belgium.be .

Annexe A : General Health Questionnaire (Goldberg) – GHQ12

Toutes les questions suivantes concernent votre état de santé actuel ou récent.

Les 12 questions suivantes peuvent vous surprendre dans leurs formulations, mais elles font partie d'un **questionnaire international étalonné et validé**, le General Health Questionnaire dans sa version française de 12 items (GHQ12). Il est important de répondre **A TOUTES LES QUESTIONS** en cochant la réponse qui vous semble le mieux correspondre à ce que vous **ressentez actuellement, GLOBALEMENT ET DANS LA VIE DE TOUS LES JOURS, TANT DANS LA VIE PRIVEE QU'AU TRAVAIL**. (Ce questionnaire ne porte donc pas sur le stress au travail, mais sur votre état général).

CES DERNIERS TEMPS :

1. **Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ?**
 - 1. Mieux que d'habitude.
 - 2. Comme d'habitude.
 - 3. Moins que d'habitude.
 - 4. Beaucoup moins que d'habitude.
2. **Vos soucis vous ont-ils empêché de dormir ?**
 - 1. Pas du tout.
 - 2. Pas plus que d'habitude.
 - 3. Plutôt plus que d'habitude.
 - 4. Beaucoup plus que d'habitude.
3. **Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?**
 - 1. Plutôt plus que d'habitude.
 - 2. Comme d'habitude.
 - 3. Moins utile que d'habitude.
 - 4. Beaucoup moins utile.
4. **Vous êtes vous senti capable de prendre des décisions ?**
 - 1. Plutôt plus que d'habitude.
 - 2. Comme d'habitude.
 - 3. Plutôt moins que d'habitude.
 - 4. Beaucoup moins capable.
5. **Vous êtes vous senti constamment sous pression ?**
 - 1. Pas du tout.
 - 2. Pas plus que d'habitude.
 - 3. Un peu plus que d'habitude.
 - 4. Beaucoup plus que d'habitude.
6. **Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?**
 - 1. Pas du tout.
 - 2. Pas plus que d'habitude.
 - 3. Un peu plus que d'habitude.
 - 4. Beaucoup plus que d'habitude.
7. **Avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?**
 - 1. Plutôt plus que d'habitude.
 - 2. Comme d'habitude.
 - 3. Plutôt moins que d'habitude.
 - 4. Beaucoup moins que d'habitude.

8. **Avez-vous pu faire face à vos problèmes ?**
- 1. Plutôt plus que d'habitude.
 - 2. Comme d'habitude.
 - 3. Moins capable que d'habitude.
 - 4. Beaucoup moins capable.
9. **Vous êtes-vous senti malheureux, déprimé ?**
- 1. Pas du tout.
 - 2. Pas plus que d'habitude.
 - 3. Un peu plus que d'habitude.
 - 4. Beaucoup plus que d'habitude.
10. **Avez-vous perdu confiance en vous ?**
- 1. Pas du tout.
 - 2. Pas plus que d'habitude.
 - 3. Un peu plus que d'habitude.
 - 4. Beaucoup plus que d'habitude.
11. **Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?**
- 1. Pas du tout.
 - 2. Pas plus que d'habitude.
 - 3. Un peu plus que d'habitude.
 - 4. Beaucoup plus que d'habitude.
12. **Vous êtes-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ?**
- 1. Plutôt plus que d'habitude.
 - 2. A peu près comme d'habitude.
 - 3. Plutôt moins que d'habitude.
 - 4. Beaucoup moins que d'habitude.

CALCUL DES SCORES

Les valeurs 1 et 2 sont recodées en 0

Les valeurs 3 et 4 sont recodées en 1

Un score supérieur ou égal à 2 correspondrait à un trouble psychiatrique

Annexe B : échelle de stress perçu de Cohen et Williamson

Estimation par le sujet de la fréquence d'apparition sur une période récente (le mois écoulé) :

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Assez souvent	Souvent
Avez-vous été dérangé(e) par un évènement inattendu ?					
Vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					
Vous êtes vous senti(e) nerveux(se) ou stressé(e) ?					
Avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?					
Avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?					
Vous êtes vous senti(e) confiant(e) à prendre en main vos problèmes personnels ?					
Avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?					
Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?					
Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?					
Avez-vous senti que vous dominiez la situation ?					
Vous êtes vous senti(e) irrité(e) parce que les évènements échappaient à votre contrôle ?					
Vous êtes-vous surpris(e) à penser à des choses que vous deviez mener à bien ?					
Avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?					
Avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?					

Cotation :

Très souvent : 4 points

Assez souvent : 3 points

Parfois : 2 points

Presque jamais : 1 point

Jamais : 0 point

Items 4, 5, 6, 7, 9, 10 et 13 inversés (Très souvent = 0 points ; jamais = 4 points)

Annexe C : L'entretien motivationnel dans le cadre de l'arrêt des benzodiazépines

L'entretien et cycle motivationnel par rapport au sevrage des benzodiazépines

Les personnes intéressées par des développements plus complets et par des exemples pratiques d'entretiens pourront se référer au « Manuel d'aide aux médecins généralistes : Anxiété, Stress, Troubles du sommeil – Campagne fédérale pour l'usage rationnel des benzodiazépines » 2005 SPF Santé Publique ou le site e-learning de cette campagne.

I. Introduction

Tout thérapeute a été confronté aux résistances du patient, à son manque de compliance ou à son absence de motivation à changer de style de vie même si ce changement peut être bénéfique pour sa santé.

Il y a quelques années déjà, les psychologues William Miller et Stephen Rollnick (2006) ont mis au point un style d'approche relationnelle qui ne nécessite pas d'être un psychothérapeute expérimenté pour l'appliquer. Cette démarche se caractérise surtout par un état d'esprit s'opposant à une approche habituelle basée sur la confrontation. Au départ, elle visait essentiellement la motivation des patients abusant de substances mais elle peut aussi être utilisée dans toute démarche qui nécessite une alliance avec le patient en ce qui concerne la compliance à son traitement.

A ce nouveau style d'approche relationnelle, s'est ensuite ajouté le modèle de changement de James Prochaska et Carlo Di Clemente (1984, 1992) décrivant les étapes qui mènent au changement. En effet un changement (et surtout le maintien) ne s'obtient pas d'un coup. Il se fait par étapes. Ne pas tenir compte de ces différentes étapes et du sens de ces étapes aboutit souvent à l'essoufflement du thérapeute et à la démotivation du patient. Pouvoir recadrer où se situe le patient dans son cycle motivationnel permet à chacun de ne pas vivre les résistances aux changements comme des échecs mais comme un processus inhérent à la prise de décision.

II. Cycle motivationnel

Prendre une décision est parfois très simple et parfois très difficile. Elle est toujours le fruit d'un processus qui suppose que l'on soit suffisamment motivé à la prendre et à la tenir.

La première étape motivationnelle est une étape cognitive

Il faut avoir connaissance que le problème existe et qu'il y a des solutions. En médecine générale, si un patient ne sait pas que le cholestérol est préoccupant pour son avenir vasculaire, pourquoi ferait-il attention à son alimentation ? Dans le cas des somnifères et calmants, s'il ne sait pas que, à côté des avantages immédiats que donnent ces substances, il peut en devenir dépendant ou que, s'il est âgé, il peut subir des fractures de hanches, pourquoi s'en méfierait-il ? On considère, également, comme faisant partie de cette étape les situations où le patient sait que cela existe mais ne se sent pas personnellement concerné ou rejette d'envisager de faire quelque chose pour lui-même.

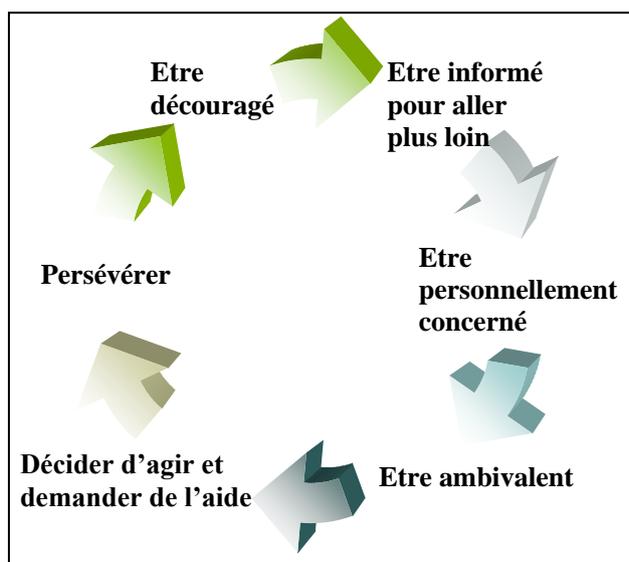
La deuxième étape motivationnelle est une étape perceptuelle

A ce stade, le patient perçoit que le problème le concerne lui-même. Il va intégrer que d'un usage ponctuel de somnifère, il en a fait une habitude. Ensuite qu'il ne s'agit pas simplement d'une habitude mais qu'il en est devenu dépendant. C'est également le moment du « oui, mais » ou du « oui, plus tard ». Comme les fumeurs qui continuent à fumer en sachant que fumer est dangereux pour la santé. Honnêtement, ils reconnaissent tous que ce serait mieux pour eux et pour leur voisinage s'ils arrêtaient et pourtant ils continuent. Arrêter, avec tout ce que cela comporte en termes d'inquiétude, d'appréhension, d'être mal, ne prime pas encore sur la perspective de ne plus dépendre du tabac ou du médicament.

La troisième étape est une étape d'ambivalence fondamentale avec des tentatives personnelles mais au moindre coût

A ce stade, le fumeur va essayer de diminuer sa consommation, mais en ne prenant pas la décision de cesser de fumer. La personne qui a pris du poids décide de faire attention à ce qu'elle mange, mais n'est pas prête à faire réellement un régime. Le consommateur de somnifères va tenter de ne pas prendre son somnifère d'office. Parfois, ces décisions sont efficaces. Et cela fait partie d'une part de notre autonomie d'essayer par nous-même d'abord. Mais souvent ces tentatives se soldent par des échecs qui n'incitent pas à persévérer.

Graphes n° 4 : Cycle motivationnel



La quatrième étape est une étape décisionnelle

« Maintenant je change et je demande de l'aide ! » Ce n'est pas une étape facile. Pour décider de passer à l'action, il faut en effet que le changement de style de vie soit devenu :
Suffisamment important, prioritaire aux yeux du patient
Qu'il ait suffisamment confiance en lui et dans ses chances de réussir.
Que ce soit le bon moment pour prendre sa décision.
Arrêter les somnifères est moins compliqué en période de vacances, par exemple.

La cinquième étape est une étape de persévérance

« Tenir bon ! » Bien sûr il est possible de maigrir rapidement avec un régime hyper protéiné. Mais tous ceux qui l'ont essayé savent que, si après ils ne changent pas leur style alimentaire, les kilos perdus reviennent au galop. Un stressé peut être tout à fait convaincu qu'il doit faire plus d'activités physiques. Mais comment tenir plus de trois mois ? Les questions sont :
Est-ce que mon choix d'activités ou de nouveau style de vie m'apporte plus de plaisirs qu'avant ?
Comment puis-je être stimulé à persévérer ?

La sixième étape motivationnelle est celle du découragement

« A quoi bon ? » C'est une étape importante car elle peut être l'opportunité pour passer à un niveau supérieur dans le cycle de la motivation. Craquer est normal. C'est humain et ce n'est pas catastrophique pour autant que l'on puisse trouver en soi la motivation à se relever.
Les questions à se poser sont :
Mon nouveau style de vie m'apporte-t-il suffisamment de plaisir ?
N'ai-je pas sous-estimé les inconvénients de mon nouveau style de vie ?

Quelles informations complémentaires dois-je chercher pour asseoir mon nouveau style de vie ? Si j'ai décidé de faire régime, peut-être aurais-je avantage à demander les conseils d'un diététicien. Si je me sens physiquement encore tendu, peut-être puis-je faire appel à un kiné. Si je gère mal mes émotions et que je me sens toujours explosif pour un rien, peut-être puis-je faire appel à un professionnel de la santé mentale, etc.

La phase de découragement n'est donc pas un échec, elle est le signe qu'il faut se relever et passer à un stade supérieur en demandant l'aide de professionnels, de son partenaire, de ses collègues.

III. Entretien motivationnel

« L'entretien motivationnel est une approche centrée sur le patient, visant à amener un changement de comportement en aidant le patient à explorer et à résoudre souvent son ambivalence ».

L'objectif principal est d'amener le patient à prendre conscience de la problématique, des possibilités de changement et des moyens à mettre en œuvre pour effectuer ces changements. Le patient prendra conscience qu'il ne s'agit pas de rayer d'un seul trait le ou les problèmes pour autant d'ailleurs qu'il reconnaisse en avoir, mais bien de proposer une série d'étapes intermédiaires et de moyens également adaptés à chaque étape pour favoriser, après la prise de conscience, les changements possibles.

Les principes qui régissent les stratégies motivationnelles sont :

- **l'empathie**, c'est-à-dire reconnaître la personne dans son autonomie et son individualité ;
- accepter son vécu sans nécessairement l'approuver ;
- peser **le pour et le contre** des abus de substances ou des alternatives ;
- **éviter la persuasion** directe avec le patient **et l'affrontement** ou la menace ;
- **renforcer le sentiment d'efficacité personnelle** en pointant chaque petit pas gagné plutôt qu'en pointant ce qui reste à faire ou ce qui ne va pas ;
- renforcer la liberté de choix.

Pour ce faire, on utilisera, autant que faire se peut :

- les **questions ouvertes** pour éviter les questions fermées ;
- la **reformulation** des paroles du patient ;
- **la prise de conscience des conséquences** personnelles, familiales et sociales de la problématique ;
- et à chaque fois, faire un **résumé** de l'entretien et de ses interactions.

La relation thérapeutique sera de type partenariat en créant une relation de type co-présence. L'approche relationnelle sera centrée sur la rencontre et non sur la confrontation. On insistera sur les avantages, sans aucune argumentation, ce qui permettra donc de renforcer le sentiment personnel de prise en charge.

IV. Stratégies motivationnelles

Ou comment aborder le patient ?

Premier entretien : Soit le patient arrive spontanément avec la problématique, soit le patient n'en semble pas conscient. Dans ce cas,

1. **exposer les faits** sans jugement et demander ce qu'il en pense ;
2. explorer **à quel stade motivationnel** il peut se trouver :

- **Le patient est au premier stade** c'est-à-dire que *soit il n'est pas au courant soit il ne se sent pas concerné* : dans ce cas la stratégie est **informationnelle et empathique**.
- **Le patient est au deuxième stade** c'est-à-dire qu'il sait que *cela le concerne mais il n'est pas prêt à changer* de style de vie : dans ce cas la stratégie continue à être **informationnelle** d'une part et d'autre part **d'écoute**.
- **Le patient est au troisième stade** celui de *l'ambivalence*. Soit, il envisage peut-être de faire quelque chose mais il a peur de se sentir encore plus mal, soit il a tenté quelque chose, mais, à tout vouloir tout de suite et d'un coup, cela a été un échec. Les conséquences négatives ont été supérieures aux conséquences positives. La stratégie d'intervention sera **cognitive et expérimentale étape par étape**. C'est à ce moment qu'il est souvent opportun de proposer un spécialiste qui le coachera.
- **Le patient est au quatrième stade** celui de la *décision*. Prendre la décision nécessite comme pré requis que cela soit devenu suffisamment important à ses yeux, qu'il ait suffisamment confiance en ses capacités de réussite et que cela soit le bon moment. Mais ces trois points ne suffisent pas pour que cela soit une réussite il faut également un plan de bataille et un coach. La stratégie implique donc de **planifier** le sevrage et de **demander de l'aide** à quelqu'un de compétent.
- **Le patient est au cinquième stade**, il a arrêté mais il doit *persévérer* dans sa décision. Les stratégies à mettre en place à ce stade sont les **supports** qu'il peut recevoir de pairs ou de professionnels et ses nouvelles sources de **plaisir**.
- **Le patient est au sixième stade** celui de la *rechute*. A ce stade la stratégie sera **déculpabilisante, empathique** et privilégiera **l'analyse fonctionnelle**. Il s'agit, en effet, de faire de la rechute non pas un échec, mais une étape permettant le plus rapidement possible de reprendre le processus. Avec le patient, on tentera de mettre à jour les pièges dans lequel il est tombé et qu'il pourra garder en mémoire pour éviter d'y retomber.

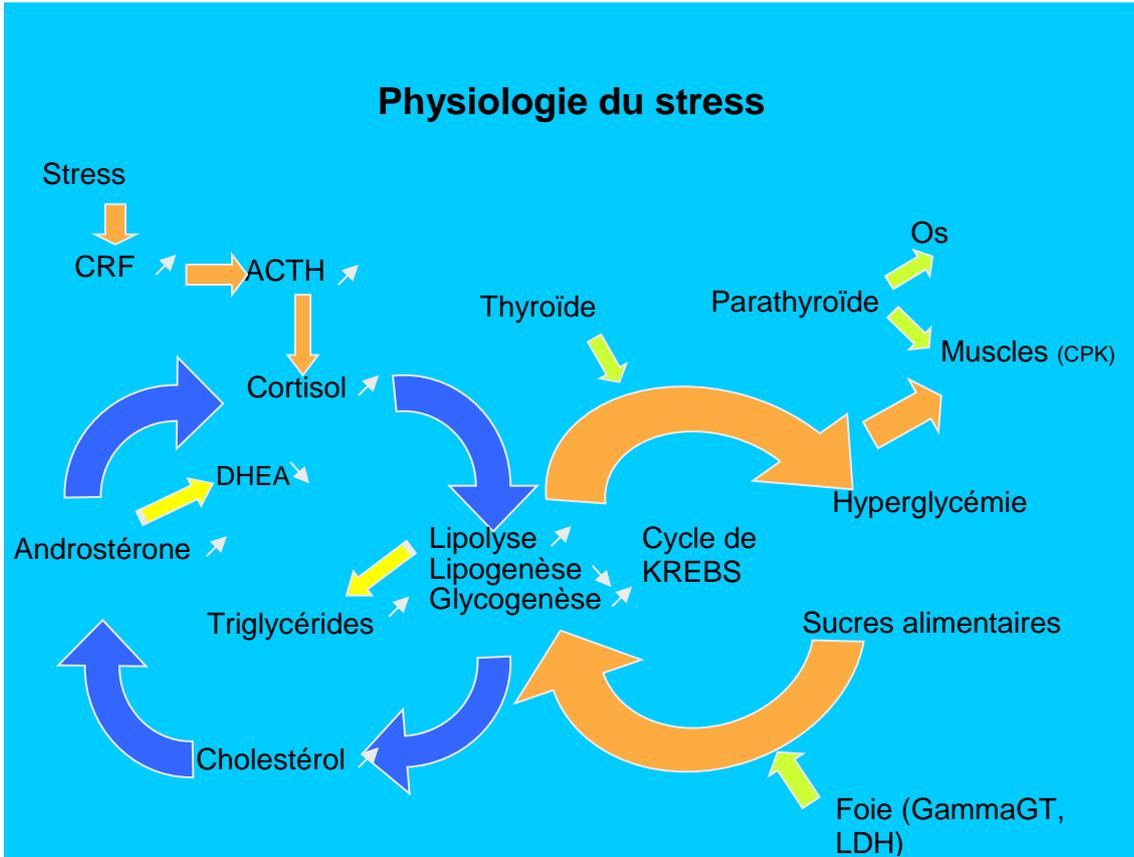
En conclusion :

Ne jamais désespérer, si lentement qu'aïlle le patient à vos yeux et quels que soient le nombre de rechutes. Un processus motivationnel peut prendre de nombreux mois.

Soutenir le patient régulièrement

Ne pas hésiter à faire appel à de l'aide, question de ne pas s'essouffler seul dans ce suivi.

Annexe D : Graphe sur la physiologie du stress



Annexe E : Techniques de relaxation et psycho-corporelles

Les relaxations et techniques psycho-corporelles**4.1.1.1.1 Techniques respiratoires**

Le stress augmente le rythme respiratoire, en réponse à une augmentation du tonus musculaire. Ici, la relaxation est obtenue en ralentissant le rythme respiratoire.

Ex : dans les attaques de paniques, les symptômes (sensation d'étouffement, tachycardie, etc.) sont le résultat d'une hyperventilation. Le patient devra donc apprendre la respiration abdominale (petite inspiration, pause, expiration profonde « comme si on expulsait l'air par les orteils ») répétée une dizaine de fois consécutives. Le médecin généraliste peut facilement apprendre cette technique à ses patients. L'efficacité peut être démontrée immédiatement en cabinet en demandant au patient de prendre son pouls avant et après l'exercice : il constatera une diminution de sa fréquence cardiaque.

Une autre façon d'obtenir une hypoventilation est la technique du « petit sac », qui consiste à respirer dans un sac en plastique. L'efficacité attendue repose sur le fait que ré-inspirer son propre air, et donc du CO₂, a des effets sédatifs et myorelaxants.

4.1.1.1.2 Techniques musculaires*Training autogène de Schultz*

C'est une technique d'autosuggestion. La relaxation est obtenue par induction verbale. Le sujet suit des instructions verbales l'amenant à prendre conscience de son propre corps et des zones de tensions. Il apprend à induire lui-même des sensations de lourdeur, chaleur, fraîcheur, etc.

NB : En pharmacies, sont vendus des CD audio basés sur ce principe.

La technique de Jacobson

La relaxation est obtenue par une alternance de contractions-décontractions musculaires.

4.1.1.1.3 Concentration sur les perceptions sensorielles

La relaxation est obtenue en se focalisant sur une perception, qui peut être visuelle, auditive (musique, p.ex.), tactile (massage, p.ex.), olfactive (parfum, p.ex.). Cette technique est utilisée lors des exercices de méditation.

L'hypnose utilise ces techniques de focalisation pour induire un « état de conscience modifié », qui est un état dissociatif, comme si on était en pilotage automatique. Le thérapeute peut alors faire des suggestions.

Indications principales : anxiété, problématiques douloureuses (par exemple migraine), troubles psychosomatiques, troubles du comportement alimentaire.

4.1.1.1.4 Relaxation par pensée et imagerie mentale

La sophrologie: méthode visant l'équilibre corps-esprit, par la répétition de techniques psychocorporelles qui lui sont propres: relaxations dynamiques (au niveau physique) et sophronisations (statique au niveau physique, proche de l'hypnose). Dans un état entre veille et sommeil, la personne va tenter de stimuler des capacités peu utilisées: se détendre, gérer le stress et les émotions, se concentrer, etc.

4.1.1.1.5 Technique de pleine conscience (« Mindfulness »)

La MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) ou « Réduction du stress basée sur la pleine conscience » est le nom donné à un programme qui invite ses participants à apprendre comment s'établir en soi-même, dans ses propres ressources internes, en contact avec sa capacité

naturelle à tendre vers une meilleure santé, libre de toute anxiété, l'esprit paisible. Autant d'aptitudes que personne ne peut développer à leur place.

La MBSR est basée sur des pratiques de méditation connues sous le nom de Mindfulness , Pleine Conscience. Il s'agit d'une qualité humaine fondamentale, une claire conscience de tous les instants, neutre, que l'on cultive en prêtant une attention particulière à l'instant présent, et ce de manière aussi peu réactive, aussi peu discriminante et aussi sincère que possible. Si la pleine conscience est une qualité innée de l'esprit, elle doit être affûtée et se cultive intentionnellement par les pratiques de méditation.

La Pleine Conscience permet de voir de plus en plus clairement les causes de souffrance. Par une approche systématique on peut s'extraire progressivement des conflits, des déchirements et des tiraillements de tous ordres, permettant de gagner peu à peu en liberté, en sagesse et en paix.

Le programme MBSR consiste à guider, pas à pas, les participants vers leur aptitude à progresser dans l'apprentissage de leur propre expérience méditative

(source : <http://www.association-mindfulness.org/>)

4.1.1.1.6 Autres possibilités

A explorer en fonction des affinités du patient: le yoga, le tai-chi, la contemplation, les activités physiques aérobiques, etc.

Annexe F : Clinical global impression scale CGI (Guy, 1976)

1. Mesure de la gravité du trouble mental actuel du patient (CGI-sévérité)

0. Non évaluée	4. Modérément malade
1. Normal, pas du tout malade	5. Manifestement malade
2. A la limite	6. Gravement malade
3. Légèrement malade	7. Parmi les patients les plus malades

2. Mesure de l'amélioration globale (CGI-amélioration)

0. Non évaluée	4. Pas de changement
1. Très fortement amélioré	5. Légèrement aggravé
2. Fortement amélioré	6. Fortement aggravé
3. Légèrement amélioré	7. Très fortement aggravé

3. Mesure combinée de l'effet clinique principal et des effets secondaires (CGI-index thérapeutique)

Effets secondaires	Effet thérapeutique			
	important	modéré	minime	nul ou aggravé
aucun	01	05	09	13
absence d'interférence significative avec le fonctionnement du patient	02	06	10	14
interférence significative avec le fonctionnement du patient	03	07	11	15
effets secondaires dépassant l'effet thérapeutique	04	08	12	16