



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

GUIDE – AFFECTION DE LONGUE DURÉE

Affections psychiatriques de longue durée

Troubles anxieux graves

Juin 2007

Ce guide médecin est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service communication
2 avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : + 33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : + 33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

1. Introduction	3
2. Bilan initial	4
3. Prise en charge thérapeutique des troubles anxieux	5
4. Prise en charge du trouble anxieux généralisé (TAG)	8
5. Prise en charge du trouble panique avec ou sans agorapobie	11
6. Prise en charge du trouble anxiété sociale	13
7. Prise en charge de la phobie simple ou spécifique	14
8. Prise en charge du trouble obsessionnel compulsif (TOC)	15
9. Prise en charge de l'état de stress post-traumatique (ESPT)	17
Annexe 1. Participants	20
Annexe 2. Rappel des classifications des troubles anxieux	21
Annexe 3. Traitements médicamenteux	23
Annexe 4. Échelles et questionnaires	25
Échelle des peurs FSS III	27
Annexe 5. Arbre décisionnel simplifié	29
Annexe 6. Associations de patients et sites utiles	30
Annexe 7. Références	31
Liste des actes et prestations	I-VI

Actualisation des guides et listes ALD

Les guides médecins élaborés par la Haute Autorité de Santé sont révisés tous les 3 ans.

Dans l'intervalle, la liste des actes et prestations (LAP) est actualisée au minimum une fois par an et disponible sur le site internet de la HAS (www.has-sante.fr).

1. Introduction

Les troubles anxieux¹ regroupent six entités cliniques : le trouble anxieux généralisé (TAG), le trouble panique avec ou sans agoraphobie, le trouble anxiété sociale, la phobie spécifique, le trouble obsessionnel compulsif (TOC) et l'état de stress posttraumatique (ESPT). Les définitions de ces troubles extraites des classifications internationales (CIM 10 et DSM IV) sont rappelées en annexe 2.

Dans la population générale âgée de 18 à 65 ans, l'ensemble de ces troubles anxieux a une prévalence sur 12 mois d'environ 15 % et une prévalence sur la vie entière d'environ 21 %. En France, dans la population générale, chaque trouble individuellement a une prévalence sur un an et sur la vie entière respectivement, pour le TAG : 2,1 % et 6 %, pour le trouble panique : 1,2 % et 3 %, pour l'agoraphobie : 0,6 % et 1,8 %, pour la phobie sociale : 1,7 % et 4,7 %, pour la phobie spécifique : 4,7 % et 11,6 %, pour l'ESPT : 2,2 % et 3,9 %. Globalement, la fréquence est deux fois plus élevée chez la femme que chez l'homme.

La prévalence du TOC sur un an en Europe est de l'ordre de 0,7 %.

Les troubles tels qu'anxiété sociale, anxiété de séparation et TOC débutent souvent dans l'enfance, et demandent une prise en charge spécifique. La prise en charge en pédiatrie n'est pas traitée dans ce guide en dehors des TOC et de l'ESPT.

Ce guide médecin est destiné à expliciter, pour les professionnels de la santé, la prise en charge optimale et le parcours de soins d'un malade admis en ALD au titre de l'ALD 23 : affections psychiatriques de longue durée. Ce guide médecin est limité à la prise en charge du patient présentant un trouble anxieux grave tel que défini dans la liste des actes et prestations correspondant à ce guide. Il n'existe pas de données épidémiologiques précisant la prévalence de ces formes graves. Le nombre de malades en ALD à ce titre est de l'ordre de 55 000.

L'objectif de ce guide est d'être un outil pragmatique auquel le médecin puisse se référer pour la prise en charge de la pathologie considérée. Le contenu du guide est discuté et validé par un groupe de travail pluridisciplinaire. Il présente la déclinaison pratique des recommandations pour la pratique clinique (RPC) et/ou des conférences de consensus (CDC) disponibles, secondairement complétée par des avis d'experts lorsque les données sont manquantes. L'avis des experts est en effet indispensable pour certains champs, tels que le suivi des patients où le rythme de surveillance du patient par exemple dépend plus d'un consensus de professionnels que de données comparatives obtenues dans le cadre d'études cliniques. Par ailleurs, les propositions thérapeutiques ont fait l'objet d'une relecture par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps).

1. Rappel de définitions : – **peur** : émotion normale d'alerte et de crainte face à un danger ; – **anxiété et angoisse** : émotions de peur et/ou inquiétudes et/ou signes physiques de stress excessifs par rapport aux dangers éventuels ; – **troubles anxieux** (DSM-IV) : pathologies durables dans lesquelles l'anxiété ou l'angoisse sont les symptômes principaux.

Un guide médecin ALD ne peut cependant pas envisager tous les cas spécifiques, toutes les comorbidités, les protocoles de soins hospitaliers, etc. Il ne revendique pas l'exhaustivité des conduites de prise en charge possibles ni ne se substitue à la responsabilité individuelle du médecin à l'égard de son patient. Ce guide reflète cependant la structure essentielle de prise en charge d'un patient présentant un trouble anxieux grave, et sera mis à jour en fonction de la validation de données nouvelles.

2. Bilan initial

2.1 Objectifs

- Faire le diagnostic du trouble anxieux – trouble anxieux généralisé (TAG), phobie, trouble obsessionnel compulsif (TOC), trouble panique, état de stress post-traumatique – et en évaluer la gravité.
- Identifier les comorbidités, en particulier un syndrome dépressif associé, et les dépendances ou abus (alcool, benzodiazépines).
- Identifier d'éventuelles comorbidités somatiques.
- Évaluer le retentissement du trouble anxieux.
- Évaluer la nécessité d'une consultation psychiatrique.
- Informer le patient sur la nature, l'évolution et le traitement du trouble anxieux et le rassurer.
- Établir avec le patient un programme clair de prise en charge.
- Donner les premiers conseils au patient.

2.2 Professionnels impliqués

Le médecin traitant est le plus souvent sollicité en premier. Le psychiatre peut ou doit être sollicité en cas de :

- syndrome dépressif associé et risque de suicide ;
- forme récidivante, résistante au traitement ou chronique ;
- symptômes psychotiques ;
- patient abusant ou dépendant de psychotropes ou d'alcool ;
- difficulté diagnostique ;
- symptômes sévères ou complexes (association de différents troubles anxieux) ;
- troubles de la personnalité associés.

D'autres professionnels peuvent être impliqués : médecin du travail, médecin scolaire, urgentiste.

L'évaluation et la prise en charge des comorbidités ou de plusieurs troubles anxieux associés peuvent nécessiter une formation complémentaire des professionnels.

3.3 Diagnostic

L'interrogatoire complet recherche :

- les antécédents ;
- le type de troubles, la date de début, la notion de traumatisme éventuel dans les mois qui précèdent ;
- les signes d'accompagnement et troubles associés (signes neurovégétatifs, syndrome du côlon irritable, céphalées, etc.) ;

- l'intensité et la fréquence des symptômes ;
- la présence de comorbidités en particulier de symptômes de dépression, de plusieurs troubles anxieux associés, de trouble bipolaire ou de comorbidités somatiques ;
- les traitements antérieurs (médicaments et psychothérapies), leur efficacité et tolérance ;
- le retentissement du trouble anxieux : conséquences sur la vie familiale, sociale et professionnelle, consommation de psychotropes, altération des fonctions cognitives, qualité de vie ;
- la demande du patient.

Le trouble anxieux pouvant se présenter avec des signes d'appel variés, l'interrogatoire et l'examen clinique peuvent être complétés par des examens complémentaires pour éliminer une pathologie organique (cardiaque, pulmonaire, endocrinienne, neurologique, ORL, digestive, hématologique, cancer, etc.).

Il n'y a pas d'examen biologique permettant le diagnostic du trouble anxieux.

Le diagnostic étant posé, il est essentiel de rechercher des risques d'autoagressivité ou de suicide, et d'évaluer la nécessité d'une éventuelle hospitalisation.

Le bilan préthérapeutique permettra également d'éliminer les contre-indications spécifiques de chaque classe médicamenteuse (bilan cardiologique avec ECG, bilan urologique, ophtalmologique et neurologique pour les imipraminiques, mesure de la tension artérielle pour la venlafaxine).

3. Prise en charge thérapeutique des troubles anxieux

3.1 Objectifs généraux

- Mettre en route les traitements psychothérapeutiques ou médicamenteux qui permettront de diminuer les symptômes, de diminuer la morbidité et d'améliorer le fonctionnement psychologique et social du patient.
- Évaluer l'anxiété et adapter les traitements.

3.2 Professionnels impliqués

La prise en charge des troubles anxieux est du domaine du médecin traitant et si nécessaire du psychiatre ; dans ce cas, la coopération avec le médecin traitant est indispensable. La collaboration du médecin traitant et du psychiatre est essentielle tout le long de la prise en charge.

Le psychiatre ou le pédopsychiatre intervient en particulier en cas de :

- difficulté thérapeutique ;
- échec des traitements ;
- comorbidité difficile à traiter ;
- psychothérapie structurée.

L'accès à la psychiatrie libérale peut être difficile en raison d'une offre de soins hétérogène sur le territoire.

D'autres professionnels peuvent être impliqués :

- psychologue : sa place est particulièrement importante dans la prise en charge du patient présentant un trouble anxieux ;
- infirmier(ère), y compris dans le cadre du secteur ;
- médecin du travail, médecin scolaire ;
- services sociaux, médico-sociaux, éducatifs.

3.3 Information du patient et adaptation du mode de vie

Le patient doit être informé dès le diagnostic posé.

► Contenu de l'information

- La nature du trouble anxieux, ses manifestations, sa fréquence, ses causes, les difficultés du diagnostic.
- Les différents traitements, incluant les psychothérapies, avec leurs avantages et leurs inconvénients.
- Pour les médicaments : le délai d'action, la nécessité d'adapter la dose efficace sous contrôle médical, de respecter la régularité des prises, d'éviter l'escalade de doses, les effets indésirables, le risque de syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal, les signes de sevrage et les signes de rebond de l'anxiété éventuels.
- Une bibliographie (ouvrages, documents) adaptée au trouble anxieux du patient.
- La sensibilisation du patient, de sa famille et de ses aidants sur l'existence d'associations de patients et de familles, et sur l'intérêt de les contacter.

Si nécessaire, l'entourage du patient doit également recevoir ces informations avec l'accord du patient et en sa présence.

► Mode de vie

Les mesures hygiéno-diététiques suivantes sont conseillées :

- quantité de sommeil suffisante à respecter ;
- bon équilibre alimentaire ;
- tempérance ou abstinence vis-à-vis de l'alcool, du café, du tabac et de drogues ;
- pratique régulière de l'exercice physique.

3.4 Moyens thérapeutiques

► Psychothérapies

Dans le cadre du traitement psychothérapeutique, il convient de distinguer ce qui est de l'ordre de l'information et du soutien psychologique et ce qui est de l'ordre des psychothérapies structurées.

Une psychothérapie non structurée d'accompagnement, un soutien psychologique, une écoute attentive et des conseils à court terme sont systématiques.

► Psychothérapies structurées

Elles ont des objectifs différents, qui doivent être communiqués au patient, et selon les circonstances à l'entourage avec l'accord du patient :

- certaines sont orientées vers la gestion des problèmes actuels et le futur : thérapies comportementales et cognitives (TCC) qui constituent une option thérapeutique dans les troubles anxieux ;
- d'autres sont centrées sur l'individu et ses conflits psychiques (psychothérapie d'inspiration analytique, psychanalyse, etc.) ;
- la thérapie « self help », ou gestion de l'anxiété par soi-même, met l'accent sur l'information du patient et les moyens de changer par lui-même. La plupart des programmes incluent un ouvrage pratique conçu comme des guides d'autothérapie (bibliothérapie). Les objectifs sont dirigés vers les symptômes : anxieux, somatiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux. Ils proposent des exercices concrets à faire soi-même (relaxation, contrôle respiratoire, gestion émotionnelle, d'exposition et d'affirmation de soi, etc.). Le contact avec le thérapeute reste indispensable. La formation initiale du patient et l'évaluation en cours de thérapie sont essentielles.

Les psychothérapies structurées doivent être menées par des professionnels spécialement formés et entraînés.

Elles sont parfois difficilement réalisables en raison du manque de thérapeutes formés (commune éloignée d'un grand centre, disparité géographique, non-remboursement des actes des psychologues) ou de la réticence des patients.

► **Traitements médicamenteux** (cf. Annexe 3)

Pour des raisons de simplicité, les guides médecins citent généralement les classes thérapeutiques sans détailler l'ensemble des médicaments indiqués dans la pathologie concernée.

Il est entendu que chaque médicament n'est concerné que dans le cadre précis de son autorisation de mise sur le marché (AMM). Si pour des raisons explicites tel n'est pas le cas et plus généralement pour toute prescription d'un produit hors AMM, qui s'effectue sous la seule responsabilité du prescripteur, celui-ci doit en informer spécifiquement le patient.

- Les antidépresseurs :
 - ▶ certains inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et certains inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) sont recommandés en première intention dans l'un ou l'autre des cinq types de troubles anxieux ; ils peuvent, en début de traitement, entraîner une aggravation de l'anxiété, une agitation ou, rarement, des idées suicidaires. Dans tous les cas, une surveillance initiale étroite est nécessaire. Les effets indésirables sont notamment des insomnies, des nausées, une dysfonction sexuelle, une prise de poids. Ils ne provoquent pas de dépendance physique, même après un traitement long. Quand ils sont arrêtés brutalement, ce qui n'est pas recommandé, il peut exister un syndrome de sevrage avec vertiges, insomnies, syndrome pseudo-grippal ;
 - ▶ les antidépresseurs tricycliques sont efficaces dans certains troubles anxieux, mais sont associés à plus d'effets indésirables que les ISRS ou les IRSNA. Ils devraient n'être utilisés qu'après une non-réponse ou une mauvaise tolérance aux traitements de première intention ;
 - ▶ la prescription d'antidépresseurs sera particulièrement surveillée chez les patients présentant un trouble bipolaire associé.

- Les anxiolytiques :
 - ▶ les benzodiazépines sont indiquées lorsque le contrôle rapide de l'anxiété est crucial, car elles ont un effet anxiolytique significatif et rapide. Elles ont un risque de rebond de l'anxiété à l'arrêt, risque qui est diminué par le sevrage progressif. Outre la dépendance physique et psychique, les autres effets indésirables sont notamment une amnésie antérograde, une baisse de la vigilance, une confusion, des chutes chez le sujet âgé. La durée de traitement maximale préconisée est de 12 semaines, sevrage progressif inclus ;
 - ▶ d'autres molécules à effet anxiolytique sont utilisables : hydroxyzine (sédatif), buspirone (cf. *Annexe 3*).

Dans tous les cas, il est nécessaire de suivre les recommandations du résumé des caractéristiques du produit (notice et *Vidal*, site de l'Afssaps), et de respecter les modalités de surveillance.

▶ Associations psychothérapie et traitement médicamenteux

L'association peut être nécessaire, en particulier pour les patients qui ne répondent pas à un seul traitement.

3.5 Traitements des comorbidités

Les comorbidités doivent être traitées systématiquement :

- association de plusieurs troubles anxieux ;
- dépression : les antidépresseurs ayant des propriétés anxiolytiques sont les traitements de choix en première intention : ISRS et venlafaxine ;
- consommation d'alcool ou de drogue : le sevrage sera proposé en première intention ; les benzodiazépines prescrites pour l'anxiété peuvent être utilisées abusivement par les patients dépendants (alcool ou médicaments), et doivent être délivrées avec la plus grande prudence ;
- en cas de comorbidité somatique associée, une surveillance est indispensable, en particulier sur les plans cardiaque, endocrinien et neurologique.

3.6 Prise en charge médico-sociale

- Elle peut se justifier pour des troubles anxieux graves difficiles à équilibrer, pour permettre un traitement efficace tout en assurant une continuité de scolarité ou un maintien dans une activité professionnelle.
- Nécessité d'une approche pluridisciplinaire bien coordonnée entre les différents intervenants : intérêt d'une prise en charge globale, de type réseaux, dédiés ou non, et en articulation avec des structures spécialisées.
- Maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH), créées par la loi du 11 février 2005, regroupant CDES et Cotorep : guichet unique ayant mission d'information, d'accueil, de conseil, évaluant les besoins et proposant un plan personnalisé de compensation, accompagnement et suivi par le biais d'une commission des droits et de l'autonomie.

4. Prise en charge du trouble anxieux généralisé (TAG)

4.1 Moyens thérapeutiques

► Les thérapies suivantes peuvent être indiquées

- Gestion de l'anxiété par soi-même et bibliothérapie.
- Les thérapies cognitivo-comportementales structurées.

Elles ont un effet thérapeutique significatif qui se maintient à 6 mois et jusqu'à 2 ans de suivi ; elles sont aussi efficaces que les traitements médicamenteux.

- La psychothérapie analytique.

Elle peut être indiquée après avis spécialisé, notamment en cas de trouble de la personnalité, et en fonction de la demande spécifique du patient.

► Traitements médicamenteux (cf. *Annexe 3*)

- La paroxétine, l'escitalopram, la venlafaxine, la buspirone, la prégabaline ont l'AMM dans l'indication « trouble anxieux généralisé ».
- Les benzodiazépines ou l'hydroxyzine ne doivent pas être prescrits dans le traitement de fond ; en revanche, ils peuvent être utilisés pour des périodes courtes d'exacerbation anxieuse : le patient prenant des benzodiazépines au long cours doit faire l'objet d'une information et d'une prise en charge spécifiques.
- Certains médicaments n'ont pas l'AMM en France dans le TAG, et doivent de ce fait être réservés à des formes n'ayant pas répondu aux médicaments à l'indication reconnue.

Lorsqu'un traitement pharmacologique est nécessaire, les antidépresseurs sont considérés comme les traitements de première intention par rapport aux benzodiazépines (comorbidité de la dépression avec le TAG fréquente, spectre d'action plus large, plus faciles à arrêter).

4.2 Stratégie thérapeutique

Le TAG évolue de façon chronique avec des phases aiguës (souvent objet de la consultation) et des rémissions. Le traitement doit prendre en compte ce schéma évolutif.

► Traitement au long cours

Le projet thérapeutique doit être établi au cas par cas, en fonction :

- de l'histoire complète, incluant les comorbidités, les interactions médicamenteuses, les résultats des traitements anxiolytiques antérieurs ;
- de la sévérité du TAG et de sa durée ;
- de l'existence de troubles de la personnalité ;
- du retentissement fonctionnel des symptômes ;
- des attentes de la thérapie et des préférences du patient ;
- de l'éventuel support familial ou de l'entourage.

Les interventions qui ont la plus longue durée d'action sont par ordre décroissant : les psychothérapies, les traitements médicamenteux (antidépresseurs) et l'autogestion.

- Parmi les psychothérapies structurées, la thérapie cognitivo-comportementale doit être privilégiée par rapport aux traitements médicamenteux ; dans la plupart des cas, elle repose sur 12 à 25 séances de 45 minutes environ.
- Parmi les traitements médicamenteux, les ISRS (paroxétine, escitalopram) ou la venlafaxine (IRSNA) sont les traitements de première intention ; s'il n'y a pas d'amélioration après 6 semaines, augmenter les doses puis au bout de 12 semaines choisir l'autre traitement. En cas d'échec des traitements de première intention, la clomipramine peut être proposée (hors AMM). En cas d'échec, l'avis du psychiatre doit être demandé.
- Gestion de l'anxiété par soi-même : utilisation du manuel de *self help* basé sur la thérapie cognitivo-comportementale, les techniques de relaxation ; le patient devrait systématiquement être informé des bénéfices de l'exercice physique.
- L'association psychothérapie et traitement médicamenteux n'est pas recommandée systématiquement, néanmoins elle peut constituer une alternative en cas d'échec des traitements utilisés seuls. L'association de deux médicaments en cas d'échec des monothérapies ne peut être proposée que sur avis spécialisé.

► **Traitement des manifestations aiguës**

Les traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques peuvent être proposés. Le choix dépendra du tableau clinique, des préférences du patient, de la disponibilité du thérapeute.

Le traitement médicamenteux repose sur les benzodiazépines ou l'hydroxyzine, en association avec le traitement de fond.

Les benzodiazépines seront prescrites avec prudence en cas de trouble addictif associé et en cas de dépendance ou de syndrome de sevrage antérieur aux benzodiazépines, et pour une durée limitée.

4.3 Suivi

► **Durée du traitement médicamenteux**

- La durée du traitement du TAG est de 6 mois au moins, voire plus dans les formes chroniques et récidivantes.
- Les traitements doivent être arrêtés progressivement pour éviter le syndrome de sevrage.

► **Rythme des consultations**

Quels que soient les choix thérapeutiques, une réévaluation est recommandée 1 à 2 semaines après la première consultation puis toutes les 4 à 6 semaines ; ce rythme peut être augmenté en fonction de l'évolution (par exemple tous les 15 jours pendant les 6 premières semaines). Au-delà de 12 semaines, la surveillance peut avoir lieu toutes les 4 à 6 semaines.

► **Durée du suivi**

Le suivi doit se poursuivre après la fin du traitement en raison du risque de rechute ou de récurrence (au moins 2 ans sans symptôme).

► Outils de surveillance

Parmi les échelles générales d'anxiété et de dépression utilisables par le médecin traitant, l'HAD (*Hospital Anxiety and Depression scale*) peut être remplie par le patient ou l'échelle d'anxiété de Hamilton (cf. *Annexe 4*) et l'échelle de Covi qui sont remplies par le médecin.

Pour le spécialiste, des échelles plus spécifiques du TAG sont disponibles (intolérance à l'incertitude, etc.).

5. Prise en charge du trouble panique avec ou sans agoraphobie

Le traitement du trouble panique doit être le plus précoce possible afin d'éviter l'agoraphobie secondaire et les autres conséquences (phobies multiples, dépression, etc.).

5.1 Objectifs

- Éviter la survenue des crises.
- Supprimer l'anxiété anticipatoire.
- Mettre fin aux conduites d'évitement.

5.2 Moyens thérapeutiques

Trois types d'interventions sont recommandés ; celles qui ont la plus longue durée d'action sont par ordre décroissant :

- les psychothérapies ;
- les traitements médicamenteux (antidépresseurs) ;
- la gestion par soi-même.

Il n'y a pas d'argument pour prévoir laquelle des interventions sera plus efficace pour un patient donné.

► Psychothérapies structurées

Les thérapies cognitivo-comportementales sont les psychothérapies de choix ; plusieurs méthodes ont été étudiées : thérapie cognitive et thérapie d'exposition. Lorsque le patient ne peut se déplacer en raison de son trouble, le thérapeute peut être amené à se déplacer au domicile du patient, ou, dans des cas extrêmes, une hospitalisation peut être nécessaire.

► Traitements médicamenteux

- Deux types de médicaments se sont révélés efficaces dans le traitement du trouble panique : les ISRS (seuls paroxétine, escitalopram et citalopram ont l'AMM) et les antidépresseurs tricycliques (ATC) (seul clomipramine a l'AMM).
- D'autres médicaments n'ont pas l'AMM en France dans le trouble panique, et doivent de ce fait être réservés à des formes n'ayant pas répondu aux médicaments à l'indication reconnue (venlafaxine, dossier d'AMM en cours).

- Traitement de l'attaque de panique : les benzodiazépines (une prise) peuvent être un recours pour le traitement de l'attaque, quand elle se prolonge.

► **Autres interventions**

- La régulation ventilatoire : contrôle du rythme et de l'amplitude ventilatoire pour réguler l'hyperventilation. L'apprentissage peut être fait en 3 à 4 séances.
- La relaxation.
- La gestion par soi-même : utilisation de manuels, basée sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale.
- L'exercice physique doit être recommandé.

► **Information du patient et de l'entourage**

Le patient doit recevoir des explications sur le trouble panique. Il doit être informé de l'absence de risque somatique et de l'inutilité (le plus souvent) des examens complémentaires. Il doit recevoir une information sur le risque de l'utilisation non contrôlée des benzodiazépines et des risques liés à la consommation abusive d'alcool. Avec l'accord du patient et en sa présence, l'information de l'entourage est nécessaire.

5.3 Stratégie thérapeutique

Le choix du médicament dépend de l'âge du patient, de la réponse aux traitements antérieurs, du risque de surdosage volontaire ou accidentel, de la tolérance, du coût à efficacité égale et des préférences du patient.

► **Traitement de la phase aiguë (12 premières semaines)**

Les thérapies cognitivo-comportementales et les médicaments ont montré globalement une efficacité équivalente.

- Les Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) : la durée optimale est de 12 à 25 séances de 45 minutes environ. Des programmes de TCC plus courts peuvent être proposés, accompagnés de programme de gestion de l'anxiété par soi-même.
- En cas de traitement pharmacologique, les ISRS constituent le traitement de première intention. Si un ISRS n'est pas souhaitable, la clomipramine est recommandée.
- L'association médicament et thérapie cognitivo-comportementale n'est pas recommandée.

► **Traitement à long terme**

À la fin des 12 semaines, l'évaluation de l'efficacité du traitement doit permettre de prendre la décision de poursuivre ou de modifier le schéma thérapeutique.

Il n'y a pas d'argument scientifique permettant de déterminer la durée optimale du traitement : chez les patients ayant répondu au traitement médicamenteux, ce dernier doit être poursuivi au moins un an après la dernière attaque de panique voire plus dans les formes compliquées : ISRS en première intention, clomipramine en deuxième choix.

La thérapie cognitive avec exposition peut être essayée, car elle peut diminuer le taux de rechute.

En cas d'échec des traitements initiaux après 12 semaines, on peut après avis spécialisé :

- associer les thérapies cognitivo-comportementales aux traitements médicamenteux : cette association n'est pas recommandée en première intention, mais peut être utile dans les formes sévères ou résistantes ;
- ajouter la buspirone, en cas de réponse partielle à un ISRS ;
- associer une benzodiazépine : cette association est possible de façon ponctuelle et pour gérer les crises.

5.4 Suivi

► Rythme des consultations

- Traitement médicamenteux
 - si un nouveau traitement est instauré, la surveillance de l'efficacité et des effets indésirables devrait avoir lieu à 2 semaines, puis à 4, 6 et 12 semaines ;
 - si le traitement est poursuivi au-delà de 12 semaines, la surveillance a lieu toutes les 6 à 8 semaines en fonction des signes cliniques et des circonstances individuelles ;
 - dans les troubles chroniques ou lorsqu'il existe un risque cardio-vasculaire, une surveillance particulière est recommandée (avis du cardiologue, ECG).
- Gestion par soi-même

Les patients doivent être suivis afin d'évaluer l'efficacité de la gestion et proposer des interventions alternatives éventuelles : le rythme est variable, avec un intervalle de l'ordre de 4 à 6 semaines.

- Outils de surveillance

Des autoquestionnaires peuvent être utilisés pour le patient : inventaire de Beck (validé en français), agenda des attaques de panique, questionnaire des peurs de Marks et Matthews.

► Durée du suivi

Le suivi doit se poursuivre après la fin du traitement en raison du risque de rechute ou de récurrence, au rythme de une consultation tous les 6 mois pendant 2 ans en l'absence d'attaque de panique.

6. Prise en charge du trouble anxiété sociale

Le traitement doit prendre en compte les comorbidités souvent associées : dépression, attaque de panique, consommation excessive d'alcool ou de toxiques, voire dépendance.

6.1 Prise en charge thérapeutique

► Traitements disponibles

Le traitement repose sur :

- la thérapie cognitivo-comportementale : thérapie cognitive, thérapie d'exposition, affirmation de soi, thérapie individuelle (prises en charge lorsqu'elles sont faites

par un psychiatre ou dans un cadre institutionnel) ou thérapie de groupe (très efficace, mais peu accessible en France car non remboursée), relaxation (en complément) ;

- le traitement médicamenteux :
 - en première intention : ISRS (paroxétine, escitalopram ont l'AMM) ou venlafaxine ; ils doivent être réservées aux formes sévères avec retentissement important dans la vie professionnelle ou personnelle,
 - le propranolol (bêtabloquant) peut être utilisé ponctuellement pour des situations d'anxiété de performance (entretien d'embauche, etc.),
 - en deuxième intention, autres traitements hors AMM : moclobémide, gabapentine (antiépileptique), iproniazide, après avis spécialisé,
 - les benzodiazépines peuvent être utilisées en association au traitement de fond sur de courtes durées en cas d'anxiété aiguë invalidante ;
- le traitement chirurgical des éreutophobies (peur de rougir) par sympatectomie n'a pas fait la preuve de son efficacité.

► Stratégie thérapeutique

Les thérapies cognitivo-comportementales et le traitement médicamenteux ayant démontré la même efficacité dans la phase aiguë, le choix dépend des préférences du patient et de la disponibilité d'un thérapeute. Le traitement médicamenteux doit durer 12 semaines avant que son efficacité soit évaluée. La thérapie cognitivo-comportementale comporte dans la plupart des cas 12 à 25 séances de 45 minutes environ.

Les comorbidités sont fréquentes, et doivent être évaluées et traitées : trouble de la personnalité, trouble bipolaire, autre trouble anxieux associé, dépression, abus d'alcool.

L'association traitement médicamenteux et thérapie cognitivo-comportementale n'est pas recommandée à la phase initiale, sauf dans les formes sévères ou résistantes. L'information du patient et si nécessaire de l'entourage concerne en particulier la gestion par soi-même et l'entraide au sein des associations de patients.

6.2 Suivi

En cas de succès, le traitement médicamenteux sera poursuivi 6 à 12 mois.

L'association de la TCC à un médicament peut être proposée en cas d'échec des autres traitements.

L'évaluation du trouble anxiété sociale repose sur les échelles de Liebowitz et l'échelle des peurs FSS III validé en français pour l'ensemble des phobies (cf. *Annexe 4*).

7. Prise en charge de la phobie simple ou spécifique

7.1 Traitement

Aucun médicament n'a apporté la preuve de son efficacité (pas d'AMM).

Le traitement repose sur la TCC : thérapie d'exposition, au nombre de 12 à 25 séances de 45 minutes environ.

Les benzodiazépines peuvent être utilisées ponctuellement chez les patients ayant des phobies invalidantes sur une durée limitée.

L'évaluation repose sur le questionnaire des peurs de Marks et Matthews et l'échelle des peurs FSS III (cf. *Annexe 4*).

8. Prise en charge du trouble obsessionnel compulsif (TOC)

La coopération entre le médecin généraliste et le psychiatre est essentielle, compte tenu du caractère envahissant et handicapant et de la fréquente résistance au traitement.

8.1 Objectifs

- Diminuer les symptômes.
- Diminuer la perte de temps.
- Améliorer la qualité de vie.
- Limiter les effets indésirables des traitements.

8.2 Traitement du trouble obsessionnel compulsif

Le choix du traitement dépend de l'âge du patient, de ses capacités d'adhésion, de la durée d'évolution ainsi que de la sévérité du TOC.

► Psychothérapies structurées

- Les Thérapies cognitives et comportementales (TCC) sont le traitement de choix [basées sur l'exposition avec prévention de la réponse (EPR)]. Dans la plupart des cas, elles reposent sur au moins 25 séances de 45 minutes environ.
- Pour les patients ayant un fort retentissement social de leur TOC avec incapacité de sortir de chez eux, le traitement à domicile doit être essayé.

► Traitements médicamenteux

- Les ISRS sont les traitements de choix en première intention : fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline (escitalopram : dossier d'AMM en cours). La clomipramine est aussi efficace que les ISRS. La mise en route du traitement doit être étroitement surveillée en raison du risque de comportement suicidaire, d'autoagressivité chez les patients déprimés. La dose doit être augmentée progressivement. La prescription d'antidépresseurs sera particulièrement surveillée chez les patients présentant un trouble bipolaire associé.
- En cas de réponse insuffisante aux ISRS après 4 à 6 semaines, malgré une bonne compliance à la dose prescrite et en l'absence d'effets indésirables, la posologie peut être augmentée progressivement dans le respect de l'AMM.
- En cas d'échec, un autre ISRS ou la clomipramine doivent être essayés. La posologie de la clomipramine est de 150 mg/jour, et pourra être augmentée en fonction de la tolérance et des effets thérapeutiques.
- En cas de TOC résistant au traitement, l'avis du psychiatre doit être demandé : buspirone, lithium ou un antipsychotique atypique (hors AMM) peuvent être essayés en association avec les antidépresseurs.

► Association ISRS et thérapie cognitivo-comportementale

L'association ISRS et TCC est proposée :

- d'emblée dans les formes sévères ;
- après échec de la monothérapie : ISRS ou clomipramine seul (au moins 12 semaines) ou TCC seule (au moins 20 à 40 séances de 45 minutes environ).

En cas d'échec, un avis spécialisé multidisciplinaire est nécessaire.

► La neurochirurgie fonctionnelle

En cas de TOC résistant, la stimulation cérébrale profonde a montré des résultats préliminaires positifs, mais cette technique est toujours en cours d'évaluation.

► Indications de l'hospitalisation

L'avis du psychiatre est nécessaire en cas de syndrome sévère, chronique, réfractaire au traitement.

L'hospitalisation peut être nécessaire en cas de :

- risque vital ;
- autonégligence sévère ;
- détresse extrême ;
- absence de réponse aux traitements médicamenteux associés à la psychothérapie sur de longues périodes ;
- comorbidités telles que dépression, anorexie mentale, schizophrénie, trouble bipolaire ;
- compulsions telles que les activités de la vie quotidienne sont impossibles à mener.

► Intervention d'aide à la personne

Une intervention d'aide à la personne peut être nécessaire en cas de handicap sévère.

► L'information du patient et de l'entourage

Elle porte sur le trouble, la lecture d'ouvrages ou de documentations, les associations de patients.

8.3 Suivi

► Durée du traitement

En cas d'efficacité, le traitement doit être maintenu 1 an après la disparition des symptômes à la posologie qui a permis la rémission des troubles. La dose doit être diminuée progressivement : de l'ordre de 15 à 20 % tous les 6 mois. La durée totale du traitement peut atteindre plusieurs années.

En cas de réapparition du trouble, le retour à la posologie initiale est nécessaire.

► Rythme des consultations

Les consultations auront lieu toutes les 2 à 4 semaines au début de traitement, puis toutes les 8 à 12 semaines lors du traitement d'entretien.

► Outils de surveillance

Les TOC peuvent être évalués par l'échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown

pour les patients, mais la moitié d'entre eux aura de grandes difficultés à le remplir. D'autres autoquestionnaires permettent d'évaluer l'intensité des TOC (liste des pensées obsédantes).

8.4 Cas de l'enfant et l'adolescent

La coopération du médecin traitant avec le psychiatre ou le pédopsychiatre est essentielle.

En cas de trouble modéré à sévère, la thérapie cognitivo-comportementale incluant l'exposition avec prévention de la réponse (EPR) est le traitement de choix : elle doit impliquer la famille ou les personnes en charge de l'enfant, et être adaptée à l'âge de l'enfant ; selon les préférences du patient et de la famille, thérapie individuelle ou de groupe (mais problème d'accessibilité aux groupes en France).

Le traitement doit être mené en liaison avec les personnes au contact de l'enfant : enseignants, autres professionnels de la santé. L'information des parents doit être approfondie. Si la réponse à la thérapie cognitivo-comportementale est insuffisante, et après avis multidisciplinaire, les ISRS peuvent être proposés, avec surveillance particulière des effets indésirables : les seuls ISRS ayant l'AMM chez l'enfant sont la fluvoxamine (âge > 8 ans) et la sertraline (6-17 ans) ; ils doivent être prescrits en association avec la TCC.

En cas d'efficacité, le traitement sera poursuivi 6 mois après la rémission. La diminution des doses à l'arrêt doit être très progressive ; la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) sera poursuivie pendant cette période d'arrêt en raison des risques de rechute.

En cas d'échec de l'association TCC et ISRS ou de mauvaise tolérance, un autre ISRS peut être essayé, ou la clomipramine, avec une surveillance des effets indésirables.

9. Prise en charge de l'état de stress post-traumatique (ESPT)

Rappel : seul l'ESPT chronique durant plus de un an est dans le champ de l'ALD.

9.1 Objectifs

- Diminuer les symptômes, les comorbidités et les incapacités après un événement traumatique.
- Réduire le niveau de détresse et prévenir les récives à long terme.
- Améliorer le fonctionnement et la qualité de vie.
- Obtenir le minimum d'effets indésirables des traitements.

9.2 Traitement de l'ESPT

- Le traitement concerne l'ESPT et les comorbidités souvent associées (dépression, risque de suicide, dépendance vis-à-vis de drogues ou de l'alcool, etc.).

- Le soutien psychosocial est essentiel chez la plupart des patients victimes de traumatismes graves (viols, accidents, attentats, catastrophes naturelles). L'information du patient sur son trouble et sur ses droits est essentielle, et peut être facilitée par le soutien d'associations de patients ou d'aide aux victimes (assistances juridiques, psychothérapies, etc.).

► Psychothérapies structurées

- Le traitement de choix est la Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) centrée sur le traumatisme ou la désensibilisation avec mouvements oculaires (EMDR : *eye movement desensitization and reprocessing*²). L'EMDR est contre-indiquée en cas de pathologie psychotique.
- Les techniques d'hypnose peuvent être bénéfiques sur certains symptômes (douleurs, anxiété, cauchemars).
- Le traitement psychothérapeutique est proposé quel que soit le délai écoulé depuis le traumatisme.
- Ce traitement est conduit en entretiens individuels, habituellement au nombre de 15 à 20 séances, au rythme de 1 ou 2 par semaine.
- En l'absence d'amélioration ou en cas d'amélioration limitée :
 - ▶ une réévaluation du diagnostic est nécessaire ;
 - ▶ un changement de thérapie ou une intensification de la thérapie associée à un traitement médicamenteux peuvent être proposés.

► Traitement médicamenteux

Il est indiqué dans les formes chroniques durant depuis plus de un an (dépression quasi systématiquement associée).

- La paroxétine est la seule molécule ayant une AMM dans cette indication.
- En cas d'échec de la paroxétine, un avis spécialisé est nécessaire : les médicaments utilisés dans l'ESPT (hors AMM) sont les autres ISRS (fluoxétine, fluvoxamine, sertraline) ou les antidépresseurs tricycliques (amitriptyline, imipramine).
- L'efficacité de l'association thérapie cognitivo-comportementale et ISRS peut être supérieure à celle de chaque traitement isolément.
- La durée initiale doit être de 12 semaines avant de changer de traitement.
- Si les problèmes de sommeil sont importants, un traitement hypnotique de courte durée peut être proposé.
- En cas de non-réponse au traitement médicamenteux, l'avis du psychiatre doit être demandé.

2. La thérapie EMDR est une thérapie cognitive des troubles psychotraumatiques, basée sur une exposition en imagination au souvenir douloureux couplée à des mouvements oculaires réguliers, et visant à une désensibilisation émotionnelle. Elle est composée de 3 éléments :

- l'exposition en imagination à des images évoquant les événements traumatiques ;
- des aspects cognitifs où le patient remplace les pensées négatives associées aux images par des pensées positives ;
- la pratique de mouvements oculaires saccadés que l'on demande au patient d'effectuer en suivant les mouvements rapides de gauche à droite de l'index du thérapeute.

9.3 Suivi

► Durée du traitement

- Si le traitement médicamenteux est efficace, il doit être poursuivi 1 an avant d'envisager l'arrêt progressif.
- La poursuite du traitement au-delà de 2 ans doit se faire sur avis spécialisé.

► Rythme des consultations

- Les patients à risque de suicide doivent être revus 1 semaine après le début du traitement, puis régulièrement.
- En l'absence de risque de suicide, les patients doivent être revus 2 semaines après le début du traitement puis régulièrement, par exemple toutes les 2 à 4 semaines pendant les 3 premiers mois, puis à intervalles plus longs en cas de bonne réponse au traitement.

► Outils de surveillance

Les échelles disponibles pour mesurer l'efficacité des traitements sont *Impact of Event Scale* (IES-R), *PTSD Symptom Scale Interview* (PSS-I) et *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale* (PTDS).

9.4 Cas particulier de l'enfant

- La thérapie cognitivo-comportementale est indiquée et doit être adaptée à l'âge, aux circonstances et au niveau de développement.
- La durée de la psychothérapie est habituellement de 12 à 25 séances, à un rythme d'au moins 1 fois par semaine.
- Aucune étude évaluant l'efficacité des médicaments n'est disponible chez l'enfant.
- Si nécessaire, les parents ou la famille peuvent être impliqués dans la thérapie.

Annexe 1. Participants

Ce travail a été coordonné par le Dr Caroline Latapy, chef de projet au service Affections de longue durée et accords conventionnels, et réalisé avec les participants suivants :

- Dr Michel Bourin, psychiatre, faculté de médecine, laboratoire de pharmacologie, Nantes
- Dr Francine Coppey, médecin généraliste, membre de la Société française de médecine générale, Athis-Mons
- M. Christophe Demonfaucon, Association française des personnes souffrant de troubles obsessionnels et compulsifs (AFTOC), Châteaufort
- Dr Sébastien Ducourant, médecin-conseil RSI, Saint-Denis
- Mme Claude Finkelstein, Fédération nationale des associations d'ex-patients en psychiatrie (FNAP Psy), Paris
- Dr Christine Mirabel-Sarron, psychiatre, Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, centre hospitalier Sainte-Anne, Paris
- Dr Philippe Nguyen-Thanh, médecin généraliste, membre du Collège national des généralistes enseignants, Vernon
- Dr Antoine Pelissolo, psychiatre, service de psychiatrie, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris
- Dr Philippe Perez, médecin-conseil RSI, Saint-Denis
- Dr Mathilde Risse, médecin-conseil CNAMTS, Paris
- Dr Dominique Servant, psychiatre, clinique de psychiatrie Michel-Fontan, CHRU de Lille
- M. Patrice Van Amerongen, Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam), Paris

Annexe 2. Rappel des classifications des troubles anxieux

Les définitions ci-dessous sont extraites des deux classifications disponibles

DSM IV	CIM 10
Trouble anxieux généralisé	
Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois et concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tels le travail ou les performances scolaires).	Anxiété généralisée et persistante qui ne survient pas exclusivement ni même de façon préférentielle dans une situation déterminée.
Trouble panique	
Elle associe les critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> ● attaques de panique récurrentes et inattendues ; ● au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> ▸ crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique, ▸ préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences (par exemple perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »), ▸ changement de comportement important en relation avec les attaques. 	Attaques récurrentes d'anxiété sévère (attaques de panique), ne survenant pas exclusivement dans une situation particulière ou dans des circonstances déterminées, et dont la survenue est, de ce fait, imprévisible.
Trouble anxiété sociale	
Peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance pendant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Le sujet craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante.	Crainte d'être dévisagé par d'autres personnes, entraînant un évitement des situations d'interaction sociale. Elle peut s'accompagner d'une perte de l'estime de soi et d'une peur d'être critiqué.
Phobie simple ou spécifique	
Peur persistante et intense de caractère irraisonné ou bien excessif, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique (par exemple prendre l'avion, les hauteurs, les animaux, avoir une injection, voir du sang). Il existe de nombreuses phobies spécifiques dont certaines peuvent devenir très invalidantes selon le contexte familial, social ou professionnel : ascenseur, conduite automobile, animaux, transports, sang et blessures, piqûres, etc.	Phobies limitées à des situations très spécifiques comme la proximité de certains animaux, les endroits élevés, les orages, l'obscurité, les voyages en avion, les espaces clos, l'utilisation des toilettes publiques, la prise de certains aliments, les soins dentaires, le sang ou les blessures. Bien que limitée, la situation phobogène peut déclencher, quand le sujet y est exposé, un état de panique, comme dans l'agoraphobie ou la phobie sociale.

DSM IV	CIM 10
Trouble obsessionnel compulsif	
<p>Existence soit d'obsessions soit de compulsions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● obsessions définies par : des pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées, et entraînent une anxiété ou une détresse importante. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions ; ● compulsions définies par : des comportements répétitifs (par exemple laver ses mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (par exemple prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible. 	<p>Trouble caractérisé essentiellement par des idées obsédantes ou des comportements compulsifs récurrents.</p> <p>Les pensées obsédantes sont des idées, des représentations ou des impulsions faisant intrusion dans la conscience du sujet de façon répétitive et stéréotypée.</p> <p>Les comportements et les rituels compulsifs sont des activités stéréotypées répétitives.</p>
État de stress post-traumatique	
<p>Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● le sujet a vécu, a été témoin de, a été confronté à, un (des) événement(s) durant le(s)quel(s) des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés, ont été menacés de mort ou de grave blessure, ou bien durant le(s)quel(s) son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ; ● la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. <p>NB : chez l'enfant, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.</p>	<p>Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus.</p>

Annexe 3. Traitements médicamenteux

Produit	AMM
ANTIDÉPRESSEURS	
Antidépresseurs non imipraminiques, non IMAO	
<i>Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine</i>	
Paroxétine	<ul style="list-style-type: none"> ● épisode dépressif majeur ● troubles obsessionnels compulsifs ● trouble panique, avec ou sans agoraphobie ● trouble anxiété sociale/phobie sociale ● trouble anxiété généralisée ● état de stress posttraumatique
Fluoxétine	<ul style="list-style-type: none"> ● épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) ● troubles obsessionnels compulsifs ● boulimie : en complément d'une psychothérapie, etc.
Sertraline	<ul style="list-style-type: none"> ● épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) ● troubles obsessionnels compulsifs ● prévention des récurrences dépressives chez les patients présentant un trouble unipolaire ● enfant de 6 à 17 ans : TOC
Fluvoxamine	<ul style="list-style-type: none"> ● épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) ● troubles obsessionnels compulsifs (adulte, enfant de plus de 8 ans et adolescent)
Escitalopram	<ul style="list-style-type: none"> ● épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) ● traitement du trouble d'anxiété généralisée ● traitement du trouble panique avec ou sans agoraphobie ● trouble anxiété sociale (phobie sociale)
Citalopram	<ul style="list-style-type: none"> ● épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) ● prévention des attaques de panique avec ou sans agoraphobie
<i>Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline</i>	
Venlafaxine	<ul style="list-style-type: none"> ● épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) ● anxiété généralisée, évoluant depuis au moins 6 mois ● prévention des récurrences dépressives chez les patients présentant un trouble unipolaire ● trouble anxiété sociale (phobie sociale)
Antidépresseurs imipraminiques (tricycliques)	
Clomipramine	<ul style="list-style-type: none"> ● épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) ● troubles obsessionnels compulsifs ● prévention des attaques de panique avec ou sans agoraphobie ● certains états dépressifs apparaissant lors de schizophrénie
Imipramine	<ul style="list-style-type: none"> ● épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) ● douleurs neuropathiques de l'adulte
Amitriptyline	<ul style="list-style-type: none"> ● épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) ● algies rebelles

Produit	AMM
IMAO	
Moclobémide	<ul style="list-style-type: none"> ● épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)
Iproniazide	<ul style="list-style-type: none"> ● épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)
ANXIOLYTIQUES	
Benzodiazépines	<ul style="list-style-type: none"> ● traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes ● prévention et traitement du delirium tremens et des autres manifestations du sevrage alcoolique
Buspirone	<ul style="list-style-type: none"> ● anxiété réactionnelle, notamment troubles de l'adaptation avec humeur anxieuse et anxiété posttraumatique ● traitement d'appoint de l'anxiété au cours des névroses (notamment hystérie, hypochondrie, phobie) ● anxiété associée à une affection somatique sévère ou douloureuse ● anxiété généralisée
Hydroxyzine	<ul style="list-style-type: none"> ● manifestations mineures de l'anxiété ● prémédication à l'anesthésie générale
Prégabaline	<ul style="list-style-type: none"> ● trouble anxieux généralisé
NORMOTHYMIQUE	
Lithium	<ul style="list-style-type: none"> ● prévention des rechutes de psychoses maniaco-dépressives ● traitement curatif des états d'excitation maniaque ou hypomaniaque
BÊTABLOQUANT	
Propranolol	<ul style="list-style-type: none"> ● manifestations fonctionnelles cardiaques à type de tachycardie et de palpitations au cours de situations émotionnelles transitoires

Annexe 4. Échelles et questionnaires

ÉCHELLE D'APPRÉCIATION DE L'ANXIÉTÉ DE HAMILTON

Adaptée de M. Bouvard et J. Cottraux. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. Paris : Masson ; 2000.

Le clinicien doit choisir, en fonction de son expérience, l'intensité qui lui paraît le mieux correspondre à l'état du patient, pour chaque symptôme. L'entretien est libre, mais la liste des symptômes proposés constitue un guide utile et un mémento sémiologique.

La cotation est déterminée par la symptomatologie actuelle, c'est-à-dire le comportement au cours de l'entretien ou des symptômes d'une durée maximale d'une semaine.

Nom :

Date :

Cotation

0 : absent – 1 : léger – 2 : moyen – 3 : fort – 4 : maximal

1 . HUMEUR ANXIEUSE : ____

Inquiétude – Attente du pire – Appréhension (anticipation avec peur) – Irritabilité

2 . TENSION : ____

Sensations de tension – Fatigabilité – Impossibilité de se détendre – Réaction de sursaut – Pleurs faciles – Tremblements – Sensation d'être incapable de rester en place

3 . PEURS : ____

Du noir – Des gens qu'on ne connaît pas – D'être abandonné seul – Des gros animaux – De la circulation – De la foule

4 . INSOMNIE : ____

Difficultés d'endormissement – Sommeil interrompu – Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil – Rêves pénibles – Cauchemars – Terreurs nocturnes

5 . FONCTIONS INTELLECTUELLES (COGNITIVES) : ____

Difficultés de concentration – Mauvaise mémoire

6 . HUMEUR DÉPRESSIVE : ____

Perte des intérêts – Ne prend plus plaisir à ses passe-temps – Dépression – Insomnie du matin – Variations de l'humeur dans la journée

7 . SYMPTÔMES SOMATIQUES GÉNÉRAUX (MUSCULAIRES) : ____

Douleurs et courbatures dans les muscles – Raideurs musculaires – Sursauts musculaires – Secousses cloniques – Grincements des dents – Voix mal assurée

8 . SYMPTÔMES SOMATIQUES GÉNÉRAUX (SENSORIELS) : ____

Tintements d'oreilles – Vision brouillée – Bouffées de chaleur ou de froid – Sensations de faiblesse – Sensations de picotements

9 . SYMPTÔMES CARDIO-VASCULAIRES : ____

Tachycardie – Palpitations – Douleurs dans la poitrine – Battement des vaisseaux – Sensations syncopales – Extrasystoles

10 . SYMPTÔMES RESPIRATOIRES : ____

Poids sur la poitrine ou sensations de constriction – Soupirs – Sensations d'étouffement – Dyspnée

11 . SYMPTÔMES GASTRO-INTESTINAUX : ____

Dyspepsie : douleur avant ou après le repas, sensations de brûlure, ballonnement, pyrosis, nausées, vomissements, creux à l'estomac – Difficultés pour avaler – Vents – « Coliques » abdominales – Borborygmes – Diarrhée – Perte de poids – Constipation

12 . SYMPTÔMES GÉNITO-URINAIRES : ____

Mictions fréquentes – Urgence de la miction – Aménorrhée – Ménorragies – Apparition d'une frigidité – Éjaculation précoce – Absence d'érection – Impuissance

13 . SYMPTÔMES DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME : ____

Bouche sèche – Accès de rougeur – Pâleur – Vertiges – Tendance à la sudation – Céphalée de tension – Horripilation

14 . COMPORTEMENT LORS DE L'ENTRETIEN :

GÉNÉRAL : ____

Tendu non à son aise – Agitation nerveuse : des mains, tripote ses doigts, serre les poings, tics, serre son mouchoir – Instabilité, va-et-vient – Tremblement des mains – Front plissé – Faciès tendu – Augmentation du tonus musculaire – Respiration haletante – Pâleur faciale

PHYSIOLOGIQUE : ____

Avale sa salive – Éructations – Tachycardie au repos – Rythme respiratoire à plus de 20/min – Réflexes tendineux vifs – Tremblement – Dilatation pupillaire – Exophtalmie – Sudation – Battements des paupières

Cotation

La note globale est la somme des notes obtenues à chacun des items. Il est possible d'avoir 2 notes partielles :

- une note d'anxiété psychique : somme des items 1-2-3-4-5-6-14
- une note d'anxiété somatique : somme des items 7 à 13

Total :

Anxiété psychique :

Anxiété somatique :

Normes

d'après Bech et coll. (1989) :

- de 0 à 5 = pas d'anxiété ;
- de 6 à 14 = anxiété mineure ;
- 15 et plus = anxiété majeure.

Échelle des peurs FSS III

FEAR SURVEY SCHEDULE

Reproduite à partir de J.-D. Guelfi (dir.). L'évaluation psychiatrique standardisée. Paris : Éd. médicales Pierre Fabre, 1996.

Cette échelle permet d'identifier les peurs présentes chez un sujet et de donner un score global de pathologie phobique.

NOM _____ PRÉNOM _____

SEXE _____ AGE _____ DATE _____

Les éléments de ce questionnaire se rapportent à des choses ou à des circonstances qui peuvent effrayer ou provoquer d'autres sensations désagréables.
Mettez une croix en face de chaque question dans la colonne qui décrit le mieux le degré d'inquiétude qu'elle éveille chez vous en ce moment.

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément		Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément
1 Bruits d'aspirateurs						36 Les "gros durs"					
2 Blessures ouvertes						37 Oiseaux					
3 Être seul						38 Vue de l'eau profonde					
4 Être dans un endroit inconnu						39 Être observé pendant son travail					
5 Voix fortes						40 Animaux morts					
6 Morts						41 Armes					
7 Parler en public						42 Saleté					
8 Traverser des rues						43 Insectes rampants					
9 Personnes qui ont l'air déséquilibré						44 Assister à une bagarre					
10 Tomber						45 Personnes laides					
11 Automobiles						46 Feu					
12 Être taquiné						47 Malades					
13 Dentistes						48 Chiens					
14 Tonnerre						49 Être critiqué					
15 Sirène d'alarme						50 Formes étranges					
16 Échec						51 Prendre l'ascenseur					
17 Entrer dans une pièce où d'autres personnes sont déjà assises						52 Assister à des interventions chirurgicales					
18 Endroits élevés sur la terre ferme						53 Personnes en colère					
19 Personnes présentant des malformations						54 Souris					
20 Vers						55 Sang					
21 Créatures imaginaires						a) humain					
22 Se faire faire une piqûre						b) animal					
23 Inconnus						56 Se séparer de ses amis					
24 Chauve-souris						57 Espaces clos					
25 Voyages						58 Perspective d'une opération chirurgicale					
a) en train						59 Se sentir rejeté par les autres					
b) en autobus						60 Avion					
c) en voiture						61 Odeurs de médicaments					
26 Se sentir en colère						62 Se sentir désapprouvé					
27 Personne exerçant une autorité						63 Battements de cœur désordonnés (extrasystoles)					
28 Insectes volants						64 Serpents inoffensifs					
29 Voir d'autres personnes se faire piquer						65 Cimetières					
30 Bruits soudains						66 Être ignoré					
31 Temps gris						67 Obscurité					
32 Foules						68 a) Hommes nus					
Vastes espaces découverts						b) Femmes nues					
33 Chats						69 Éclairs					
Personne en malmenant une autre						70 Docteurs					
35						71 Faire des erreurs					
						72 Avoir l'air ridicule					

ÉCHELLE HAD

Reproduite à partir de J.-D. Guelfi (dir.). L'évaluation psychiatrique standardisée. Paris : Éd. médicales Pierre Fabre, 1996.

Lisez chaque série de questions et cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler

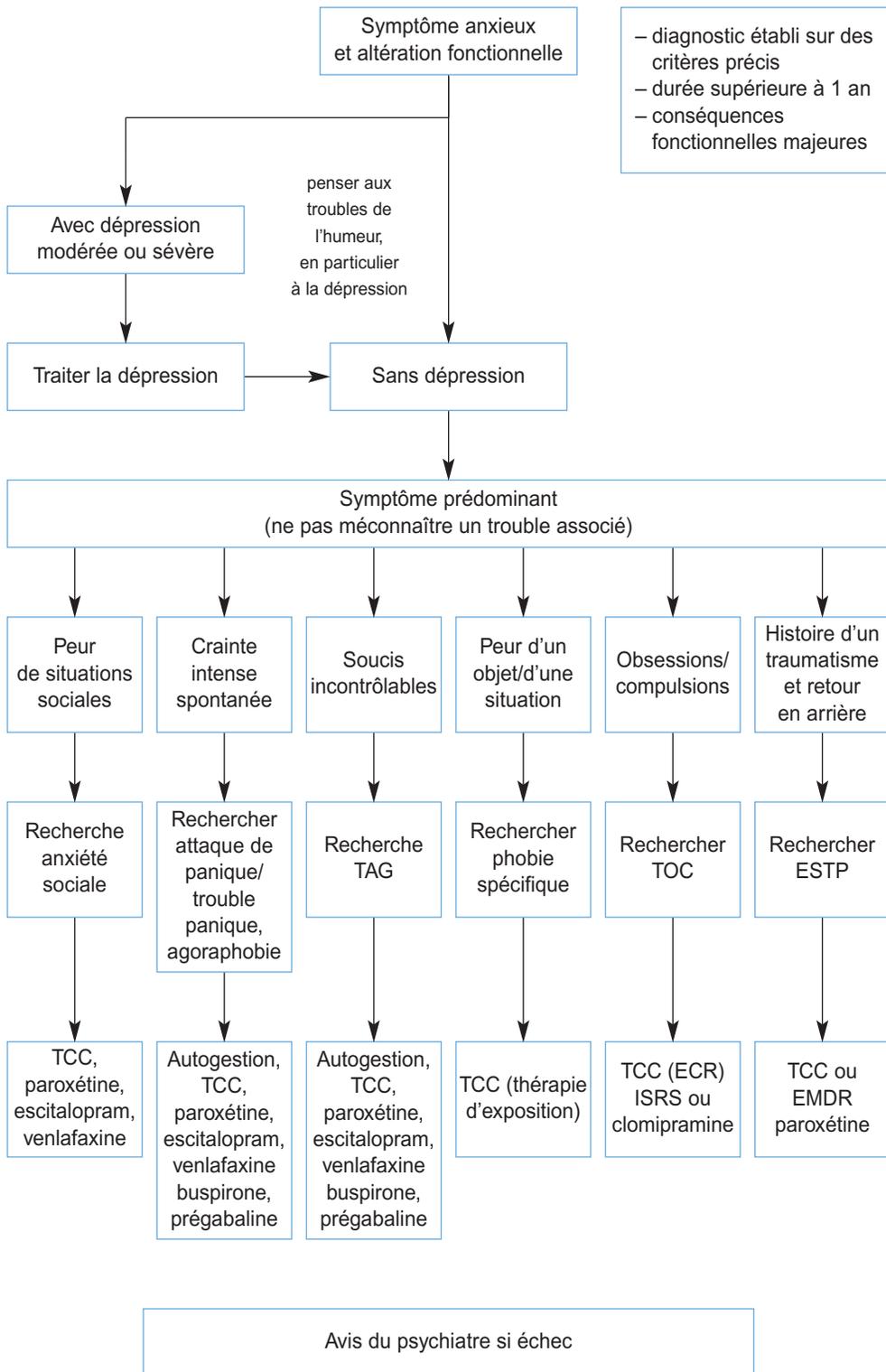
	A1	Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :	D8	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
	3	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	3	<input type="checkbox"/> Presque toujours
	2	<input type="checkbox"/> Souvent	2	<input type="checkbox"/> Très souvent
	1	<input type="checkbox"/> De temps en temps	1	<input type="checkbox"/> Parfois
	0	<input type="checkbox"/> Jamais	0	<input type="checkbox"/> Jamais
D2		Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :	A9	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :
0		<input type="checkbox"/> Oui, tout autant	0	<input type="checkbox"/> Jamais
1		<input type="checkbox"/> Pas autant	1	<input type="checkbox"/> Parfois
2		<input type="checkbox"/> Un peu seulement	2	<input type="checkbox"/> Assez souvent
3		<input type="checkbox"/> Presque plus du tout	3	<input type="checkbox"/> Très souvent
	A3	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :	D1	Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
	3	<input type="checkbox"/> Oui, très nettement	0	<input type="checkbox"/> Plus du tout
	2	<input type="checkbox"/> Oui, mais ce n'est pas trop grave	3	<input type="checkbox"/> Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
	1	<input type="checkbox"/> Un peu, mais cela ne m'inquiète pas	2	<input type="checkbox"/> Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
	0	<input type="checkbox"/> Pas du tout	1	<input type="checkbox"/> J'y prête autant d'attention que par le passé
D4		Je ris facilement et vois le bon côté des choses :	A1	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :
0		<input type="checkbox"/> Autant que par le passé	1	<input type="checkbox"/> Oui, c'est tout à fait le cas
1		<input type="checkbox"/> Plus autant qu'avant	3	<input type="checkbox"/> Un peu
2		<input type="checkbox"/> Vraiment moins qu'avant	2	<input type="checkbox"/> Pas tellement
3		<input type="checkbox"/> Plus du tout	1	<input type="checkbox"/> Pas du tout
	A5	Je me fais du souci :	D1	Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :
	3	<input type="checkbox"/> Très souvent	2	<input type="checkbox"/> Autant qu'avant
	2	<input type="checkbox"/> Assez souvent	0	<input type="checkbox"/> Un peu moins qu'avant
	1	<input type="checkbox"/> Occasionnellement	1	<input type="checkbox"/> Bien moins qu'avant
	0	<input type="checkbox"/> Très occasionnellement	2	<input type="checkbox"/> Presque jamais
D6		Je suis de bonne humeur :	3	J'éprouve des sensations soudaines de panique :
3		<input type="checkbox"/> Jamais	A1	<input type="checkbox"/> Vraiment très souvent
2		<input type="checkbox"/> Rarement	3	<input type="checkbox"/> Assez souvent
1		<input type="checkbox"/> Assez souvent	2	<input type="checkbox"/> Pas très souvent
0		<input type="checkbox"/> La plupart du temps	1	<input type="checkbox"/> Jamais
	A7	Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté :	D1	Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :
	0	<input type="checkbox"/> Oui, quoi qu'il arrive	4	<input type="checkbox"/> Souvent
	1	<input type="checkbox"/> Oui, en général	0	<input type="checkbox"/> Parfois
	2	<input type="checkbox"/> Rarement	1	<input type="checkbox"/> Rarement
	3	<input type="checkbox"/> Jamais	2	<input type="checkbox"/> Très rarement
			3	

Utilisation :

- Addition scores colonne D : score de dépression entre 0 et 21. Dépression probable au-dessus de 8 et surtout 10.

- Addition scores colonne A : score d'anxiété entre 0 et 21. Anxiété pathologique probable au-dessus de 8 et surtout 10.

Annexe 5. Arbre décisionnel simplifié



Annexe 6. Associations de patients et sites utiles

Associations de patients

- Fédération nationale des associations d'ex-patients en psychiatrie (FNAP Psy)
33, rue Daviel - 75013 PARIS
Tél. 01 43 64 85 42 – Fax 01 42 82 14 17
fnappsy@yahoo.fr, <http://fnappsy.org>
- Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM)
12, villa Compoint - 75017 PARIS
Tél. 01 53 06 30 43
infos@unafam.org, <http://unafam.org>
- Association française des personnes souffrant de troubles obsessionnels et compulsifs (AFTOC)
12, route de Versailles - 78117 CHÂTEAUFORT
Tél. 01 39 56 67 22
eode@club-internet.fr, <http://www.aftoc.fr.st>, <http://aftoc.club.fr/index.htm>
- Association Médiagora Paris (agoraphobie, phobies sociales)
<http://mediagora.free.fr>

Sites internet

- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
<http://agmed.sante.gouv.fr>
- Association française de thérapie comportementale et cognitive (adresses thérapeutes)
<http://www.aftcc.org>
- Association francophone de formation et de recherche en thérapie comportementale et cognitive (informations)
<http://www.afforthecc.org>
- Association française des troubles anxieux (informations)
<http://www.afta-anxiete.org>
- Annuaire des associations de santé
<http://www.annuaire-aas.com>

Annexe 7. Références

- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Saint-Denis : Afssaps ; 2006.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte. Paris : Anaes ; 2001.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, *et al.* Prevalence of mental disorders in Europe : results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004; (Suppl 420): 21-7.
- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé. Paris : Masson ; 2003.
- American Psychiatric Association, Ursano RJ, Bell C, Eth S, Friedman M, Norwood A, Pfefferbaum B, *et al.* Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2004 ; 161(11 Suppl): 3-31.
- Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Borkovec TD, Rickels K, *et al.* Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (Suppl 11): 53-8.
- Bisson J. Posttraumatic stress disorder. *Clin Evid* 2005; 14: 1290-305.
- Bouvard M, Cottraux J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. Paris : Masson ; 2000.
- British Association for Psychopharmacology, Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Bandelow B, Bond A, *et al.* Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2005; 19(6): 567-96.
- Foa EB, Keane TM, Friedman MJ. Guidelines for treatment of PTSD. *J Trauma Stress* 2000; 13(4): 539-88.
- Gale C, Oakley-Browne M. Generalised anxiety disorder. *Clin Evid* 2005; (14): 1253-69.
- Guelfi JD. L'évaluation clinique standardisée. Tome 1 : Psychopathologie générale - Dépression - Anxiété et anxio-dépression. Paris : Éditions médicales Pierre Fabre ; 1996.
- Haute Autorité de Santé. Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) résistants : prise en charge et place de la neurologie fonctionnelle. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2005.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale. Psychothérapie : trois approches évaluées. Expertise collective. Paris : INSERM ; 2004.
- Kumar S, Oakley-Browne M. Panic disorder. *Clin Evid* 2005; 14: 1284-9.
- Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, *et al.* Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française. Résultats de l'étude épidémiologique ESEMed/MHEDEA 2000. *Encéphale* 2005; 31(2): 182-94.
- Ministry of Health, National Medical Research Council. Anxiety disorders. Clinical practice guidelines. Singapore: Ministry of Health; 2003.
- National Institute for Clinical Excellence. Clinical guidelines for the management of anxiety. Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. London: NICE; 2004.
- National Institute for Clinical Excellence. Posttraumatic stress disorder (PTSD). The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical guideline 26. London: NICE; 2005.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Obsessive-compulsive disorder : core interventions in the treatment of

obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. National clinical practice guideline n° 31. Leicester; London: British Psychological Society; Royal College of Psychiatrists; 2006.

Organisation mondiale de la santé. CIM-10. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Genève : OMS ; 1995.

Pollack MH, Allgulander C, Bandelow B, Cassano GB, Greist JH, Hollander E, *et al.* WCA recommendations for the long-term treatment of panic disorder. *CNS Spectr* 2003; 8(8 Suppl 1): 17-30.

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Aust N Z J Psychiatr* 2003; 37(6): 641-56.

Stein DJ, Bandelow B, Hollander E, Nutt DJ, Okasha A, Pollack MH, *et al.* WCA Recommendations for the long-term treatment of posttraumatic stress disorder. *CNS Spectr* 2003; 8(8 Suppl 1): 31-9.

Veterans Health Administration. VA/DoD clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress. Washington: Veterans Health Administration; 2004.

Achévé d'imprimer en octobre 2007
Imprimerie Moderne de l'Est
Dépôt légal octobre 2007





Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables
sur www.has-sante.fr