

ANNEXES A LA GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES : BON USAGE DES ANXIOLYTIQUES

THERAPEUTIQUES ALTERNATIVES : selon la spécificité thérapeutique de chacun :

Selon la HAS :

- Acuponcture dans le trouble anxieux généralisé

Hors critères HAS :

- Homéopathie
- Phytothérapie
- Hypnose

Selon le référentiel ANAES / Service des recommandations et références professionnelles / mars 2001 : Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte

MESURES HYGIENO-DIETETIQUES : (grade A dans l'anxiété en général)

Pratique régulière de l'exercice physique à type de marche, course, natation ou cyclisme

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 ;

INFORMATION AU PATIENT :

Diagnostic

Objectifs à atteindre, traitement (effets secondaires et indésirables, délai d'action, signes éventuels de sevrage et signes de rebond de l'anxiété).

Hygiène de vie.

PLAN DE TRAITEMENT PERSONNALISE :

Psychothérapie structurée en fonction de son accessibilité et du choix du patient et/ou traitement médicamenteux.

PSYCHOTHERAPIES : Les psychothérapies structurées, en particulier les thérapies cognitivo-comportementales, en fonction de leur accessibilité et du choix du patient, doivent être privilégiées par rapport aux traitements médicamenteux (grade A)

1. Les thérapies cognitivo-comportementales

Parmi les psychothérapies structurées, les thérapies cognitivo-comportementales ont été les plus étudiées dans le TAG.

Les thérapies cognitivo-comportementales visent à clarifier les circonstances de survenue des troubles, identifier les pensées irrationnelles afin de les évaluer et de les modifier par la réorganisation des attitudes inadaptées. Elles associent la relaxation musculaire appliquée, des expositions répétées à des situations évitées et une restructuration cognitive des interprétations catastrophiques sur les soucis surévalués. Tout en étant soutenu par le thérapeute, le patient est responsabilisé et actif.

Les thérapies cognitivo-comportementales produisent un effet thérapeutique significatif avec maintien du gain thérapeutique 6 mois après la thérapie (grade A). Cet effet est plus fréquent en thérapie individuelle versus la thérapie de groupe (grade A).

Compte tenu de la difficulté d'accès des thérapies cognitivo-comportementales, un livret du type stresspac (grade C) ou une cassette audio contenant le programme de thérapie cognitivo-comportementale peuvent être proposés comme alternative.

Les thérapies cognitivo-comportementales sont aussi efficaces que les traitements médicamenteux (grade A) et représentent une alternative aux traitements médicamenteux en particulier aux benzodiazépines (majoritairement évaluées dans ce cadre) dont elles pourraient faciliter le sevrage (grade B).

Sous thérapie cognitivo-comportementale, une réduction significative de la consommation de psychotropes est observée (grade B).

2. La psychothérapie analytique

Elle a pour but d'aider les patients, candidats à cette thérapie, à identifier les conflits inconscients sous-jacents aux conduites générant l'anxiété et à préciser les traumatismes précoces des premières expériences interpersonnelles.

En dépit de la quasi-absence d'études randomisées comparatives de la psychothérapie analytique dans le TAG, l'expérience clinique suggère que certains patients ayant une anxiété handicapante peuvent être significativement améliorés par la psychothérapie analytique en particulier lorsqu'il existe des troubles de la personnalité.

3. La thérapie non directive de Rogers

Les patients parlent d'eux-mêmes et explorent de nouvelles façons d'agir et de percevoir les événements. Le thérapeute les aide à clarifier leurs sentiments dans une atmosphère d'empathie sans donner de conseils, instructions ou suggestions. Cette technique s'est avérée moins efficace que les thérapies cognitivo-comportementales (grade B).

4. Techniques alternatives

L'acupuncture et surtout sa combinaison à la thérapie comportementale se sont avérées efficaces (grade C).

OUTILS DE MESURE DE L'ANXIÉTÉ ET DE LA DÉPRESSION EN PRATIQUE COURANTE :

1. Echelle d'HAMILTON d'évaluation de l'anxiété (<http://www.sommeil-mq.net> (copyleft)) : ou HARS (1959) :

Hétéro-évaluation 14 items cotés de 0 à 4

Résultats : <17 : légère ; 18 – 24 : légère à modérée ; 25 – 30 : modérée à grave

1. Humeur anxieuse

Cet item couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible.

0 – Le/la patient(e) ne se sent ni plus ni moins sûr(e) de lui/d'elle et n'est ni plus ni moins irritable que d'habitude.

1 – Que le/la patient(e) soit plus irritable ou se sente moins sûr(e) de lui/d'elle que d'habitude est peu clair.

2 – Le/la patient (e) exprime plus clairement qu'il/elle est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler. Néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne du/de la patient(e).

3 – Quelques fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il est arrivé que cela interfère avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

4 – Le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

2. Tension nerveuse

Cet item inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée.

0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins tendu(e) que d'habitude

1 – Le/la patient (e) semble quelque peu plus nerveux (nerveuse) et tendu(e) que d'habitude.

2 – Le/la patient(e) dit clairement être incapable de se détendre et est empli(e) d'agitation intérieure, qu'il/elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne.

3 – L'agitation intérieure et la nervosité sont si intenses ou fréquentes qu'elles interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).

4 – Les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie et le travail du/de la patient(e).

3. Craintes

Cet item inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seul(e), de la circulation, des inconnus, du noir etc. Il est important de noter s'il y a eu davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode.

0 – Absentes

1 – Il n'est pas clair si ces craintes sont présentes ou pas.

2 – Le/la patient(e) vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.

3 – Surmonter ou combattre l'anxiété phobique est difficile, ce qui fait qu'elle interfère avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e) d'une certaine manière.

4 – L'anxiété phobique interfère clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4. Insomnie

Cet item couvre l'expérience subjective du/de la patient(e) concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération.

0 – Durée et profondeur du sommeil habituelles

1 – La durée est peu ou pas réduite (par exemple par de légères difficultés d'endormissement), mais il n'y a pas d'altération de la profondeur du sommeil.

2 – La profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée.

3 – La durée du sommeil et sa profondeur sont altérées de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24.

4 – Le sommeil est si peu profond que le patient parle de courtes périodes de somnolence mais sans vrai sommeil.

5. Troubles de la concentration et de la mémoire

Cet item couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire.

0 – Le/la patient(e) n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) a des difficultés de concentration et/ou de mémoire.

2 – Même en faisant un gros effort, le/la patient(e) éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.

3 – Le/la patient(e) éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire, de prise de décisions ; par exemple, pour lire un article dans le journal ou regarder une émission télévisée jusqu'à sa fin.

4 – Pendant l'entretien, le/la patient(e) montre des difficultés de concentration, de mémoire, ou à la prise de décisions.

6. Humeur dépressive

Cet item couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir.

0 – Absente

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est plus abattue ou triste que d'habitude, ou seulement vaguement.

2 – Le/la patient(e) est plus clairement concerné(e) par des vécus déplaisants, bien qu'il/elle ne se sente ni impuissant(e) ni sans espoir.

3 – Le/la patient(e) montre des signes non-verbaux clairs de dépression ou de perte d'espoir.

4 – Le/la patient(e) fait des observations sur son abattement ou son sentiment d'impuissance ou les signes non-verbaux sont prépondérants pendant l'entretien, de plus, le/la patient(e) ne peut pas être distrait(e) de son état

7. Symptômes somatiques généraux : musculaires

Faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque.

0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins douloureux(se) ni n'éprouve plus de raideurs dans les muscles que d'habitude.

1 – Le/la patient(e) semble éprouver un peu plus de douleurs ou de raideurs musculaires qu'habituellement.

2 – Les symptômes sont caractéristiques de la douleur.

3 – Les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie et le travail quotidiens du/de la patient(e).

4 – Les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

8. Symptômes somatiques généraux : sensoriels

Cet item inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements.

0 – Absent

1 – Il n'est pas clair si les indications du/de la patient(e) indiquent des symptômes plus prononcés qu'habituellement.

2 – Les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau.

3 – Les symptômes sensoriels en général interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes sensoriels en général sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

9. Symptômes cardio-vasculaires

Cet item inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir.

0 – Absents

1 – Leur présence n'est pas claire

2 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais le/la patient(e) peut les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

10. Symptômes respiratoires

Sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante

0 – Absents

1 – Présence peu claire

2 – Les symptômes respiratoires sont présents, mais le/la patient(e) est toujours capable de les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes respiratoires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

11. Symptômes gastro-intestinaux

Cet item couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair s'il existe une différence avec le vécu habituel.

2 – Un ou plusieurs symptômes gastro-intestinaux sont présents mais le/la patient(e) peut encore les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes gastro-intestinaux, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes gastro-intestinaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

12. Symptômes urinaires et génitaux

Cet item inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair si présents ou non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel).

2 – Un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents mais n'interfèrent pas avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).

3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents au point d'interférer à un certain degré avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes génitaux ou urinaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

13. Autres symptômes du SNA

Cet item inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges

0 – Absents

1 – Présence peu claire.

2 – Un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

14. Comportement pendant l'entretien

Le/la patient(e) peut paraître tendu(e), nerveux(se), agité(e), inquiète, tremblant(e), pâle, en hyperventilation ou en sueur, pendant l'entretien. Une estimation globale est faite sur base de ces observations.

0 – Le/la patient(e) n'apparaît pas anxieux(se).

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est anxieux(se).

2 – Le/la patiente est modérément anxieux(se).

3 – Le/la patient(e) est anxieux(se) de façon marquée.

4 – Le/la patient(e) est submergé(e) par l'anxiété; par exemple : il/elle tremble de tout son corps

Remarque :

L'échelle d'HAMILTON est souvent surévaluée dans les maladies qui s'accompagnent de nombreux troubles fonctionnels comme la fatigue chronique ou la fibromyalgie.

De notre point de vue, elle est mise au point à une époque où les pathologies « somno-somatiques » n'étaient pas comprises et où les troubles fonctionnels étaient globalement considérés comme des « somatisation » de troubles psychiatriques, L'éclairage de la médecine du sommeil permet d'avancer des hypothèses chronobiologiques à l'apparition de nombreux troubles fonctionnels

**2. Echelle de dépression HAD (HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale)
de Zigmond et Snaith 1983 (Dépression et syndromes anxio-dépressifs, J.D.Guelfi et Coll, Ardix Médical)**

Echelle mixte anxiété dépression d'auto-évaluation

14 items (7 d'anxiété, 7 de dépression) Paliers de cotation = 0 à 3

Résultats :

Cette échelle explore les symptômes anxieux et dépressifs. Faire le total du versant anxiété et dépression : 21 points maximum pour chacun.

Entre 8 et 10 : état anxieux ou dépressif douteux.

Au-delà de 10 : état anxieux ou dépressif certain.

1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé :

0 Jamais ; 1 De temps en temps ; 2 Souvent ; 3 La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

0 Pas du tout ; 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas ; 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave ; 3 Oui, très nettement.

Je me fais du souci :

0 Très occasionnellement ; 1 Occasionnellement ; 2 Assez souvent ; 3 Très souvent.

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :

0 Oui, quoi qu'il arrive ; 1 Oui, en général ; 2 Rarement ; 3 Jamais.

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.

0 Jamais ; 1 Parfois ; 2 Assez souvent ; 3 Très souvent.

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place. :

0 Pas du tout ; 1 Pas tellement ; 2 Un peu ; 3 Oui, c'est tout à fait le cas.

J'éprouve des sensations soudaines de panique.

0 Jamais, 1 Pas très souvent ; 2 Assez souvent ; 3 Vraiment très souvent.

2) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

0 Oui, tout autant ; 1 Pas autant ; 2 Un peu seulement ; 3 Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

0 Autant que par le passé ; 1 Plus autant qu'avant ; 2 Vraiment moins qu'avant ; 3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.

0 La plupart du temps ; 1 Assez souvent ; 2 Rarement ; 3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

0 Jamais ; 1 Parfois ; 2 Très souvent ; 3 Presque toujours.

Je me m'intéresse plus à mon apparence.

0 J'y prête autant d'attention que par le passé ; 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention, 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais ; 3 Plus du tout.

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

0 Autant qu'avant ; 1 Un peu moins qu'avant ; 2 Bien moins qu'avant ; 3 Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.

0 Souvent ; 1 Parfois ; 2 Rarement ; 3 Très rarement.

3. Échelle d'anxiété de COVI (Lipman & Covi 1976) : Hétéro-évaluation

3 items cotés de 1 à 5

1. DISCOURS DU SUJET : Nerveux, pas dans son assiette, agité, effrayé sans raison, peureux, tendu, noué, doit éviter certaines conduites, certains lieux, difficultés à se concentrer.

2. COMPORTEMENT : Semble effrayé, mal à l'aise, agité, angoissé.

3. PLAINTES SOMATIQUES : Sudation, tremblements, sensation de striction cardiaque, tachycardie, oppression respiratoire, sensation de chaud ou froid, sommeil agité, estomac noué, boule dans la gorge.

4. Échelle des peurs FSS III : FEAR SURVEY SCHEDULE :

5. Reproduite à partir de J.-D. Guelfi (dir.). L'évaluation psychiatrique standardisée. Paris : Éd. médicales Pierre Fabre, 1996. Elle permet d'identifier les peurs présentes chez un sujet et de donner un score global de pathologie phobique.

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.

NOM :		PRENOM :					SEXE :		AGE :		DATE :					
		Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Enormément						Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Enormément
1 Bruits d'aspirateurs							37 Oiseaux									
2 Blessures ouvertes							38 Vue de l'eau profonde									
3 Être seul							39 Être observé pendant son travail									
4 Être dans un endroit inconnu							40 Animaux morts									
5 Voix fortes							41 Armes									
6 Morts							42 Saleté									
7 Parler en public							43 Insectes rampants									
8 Traverser des rues							44 Assister à une bagarre									
9 Personnes qui ont l'air déséquilibré							45 Personnes laides									
10 Tomber							46 Feu									
11 Automobiles							47 Malades									
12 Être taquiné							48 Chiens									
13 Dentistes							49 Etre critiqué									
14 Tonnerre							50 Formes étranges									
15 Sirène d'alarme							51 Prendre l'ascenseur									

16 Échec						52 Assister à des interventions chirurgicales					
17 Entrer dans une pièce où d'autres personnes sont déjà assises						53 Personnes en colère					
18 Endroits élevés sur la terre ferme						54 Souris					
19 Personnes présentant des malformations						55 Sang a) humain b) animal					
20 Vers						56 Se séparer de ses amis					
21 Créatures imaginaires a) humain						57 Espaces clos					
22 Se faire faire une piqûre b) animal						58 Perspective d'une opération chirurgicale a) en train b) en autobus c) en voiture					
23 Inconnus						59 Se sentir rejeté par les autres					
24 Chauve-souris						60 Avion					
25 Voyages						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 Etre ignoré					
31 Temps gris						67 Obscurité					
32 Foules						68 a) Hommes nus b) Femmes nues					
33 Vastes espaces découverts						69 Éclairs					
34 Chats						70 Docteurs					
35 Personne en malmenant une autre						71 Faire des erreurs					
36 Les "gros durs"						72 Avoir l'air ridicule					

EXTRAIT DU GUIDE MEDECIN : AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES DE LONGUE DUREE ALD 23 TROUBLES DEPRESSIFS RECURRENENTS OU PERSISTANTS DE L'ADULTE HAS / SERVICE DES BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES - FEVRIER 2009

CRITERES DE DEFINITION DE L'URGENCE DE LA CRISE SUICIDAIRE : Les degrés d'urgence de la crise suicidaire selon les conclusions de la conférence de consensus réalisée en novembre 2000 par la Fédération française de psychiatrie, avec la participation de l'ANAES.

Urgence faible	Urgence moyenne	Urgence élevée
<p>Le patient en crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> est dans une relation de confiance établie avec un praticien désire parler et est à la recherche de communication cherche des solutions à ses problèmes ; <input type="checkbox"/> pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise <input type="checkbox"/> n'est pas anormalement troublé mais psychologiquement souffrant 	<p>Le patient en crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> présente un équilibre émotionnel fragile envisage le suicide. Son intention est claire <input type="checkbox"/> a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir <input type="checkbox"/> a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi est isolé 	<p>Le patient en crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> est décidé, a planifié le passage à l'acte prévu pour les jours qui viennent est coupé de ses émotions rationalise sa décision ou est très émotif, agité, troublé; est complètement immobilisé par la dépression ou dans un état de grande agitation dont la douleur et la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider <input type="checkbox"/> a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé est très isolé

**EXTRAIT DU REFERENTIEL HAS : GUIDE AFFECTION LONGUE DUREE - ALD N° 23
AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES DE LONGUE DUREE TROUBLES ANXIEUX GRAVES - JUIN 2007**

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES TROUBLES ANXIEUX

1 Objectifs généraux

- Mettre en route les traitements psychothérapeutique 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.

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 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.

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 :

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

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.

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.

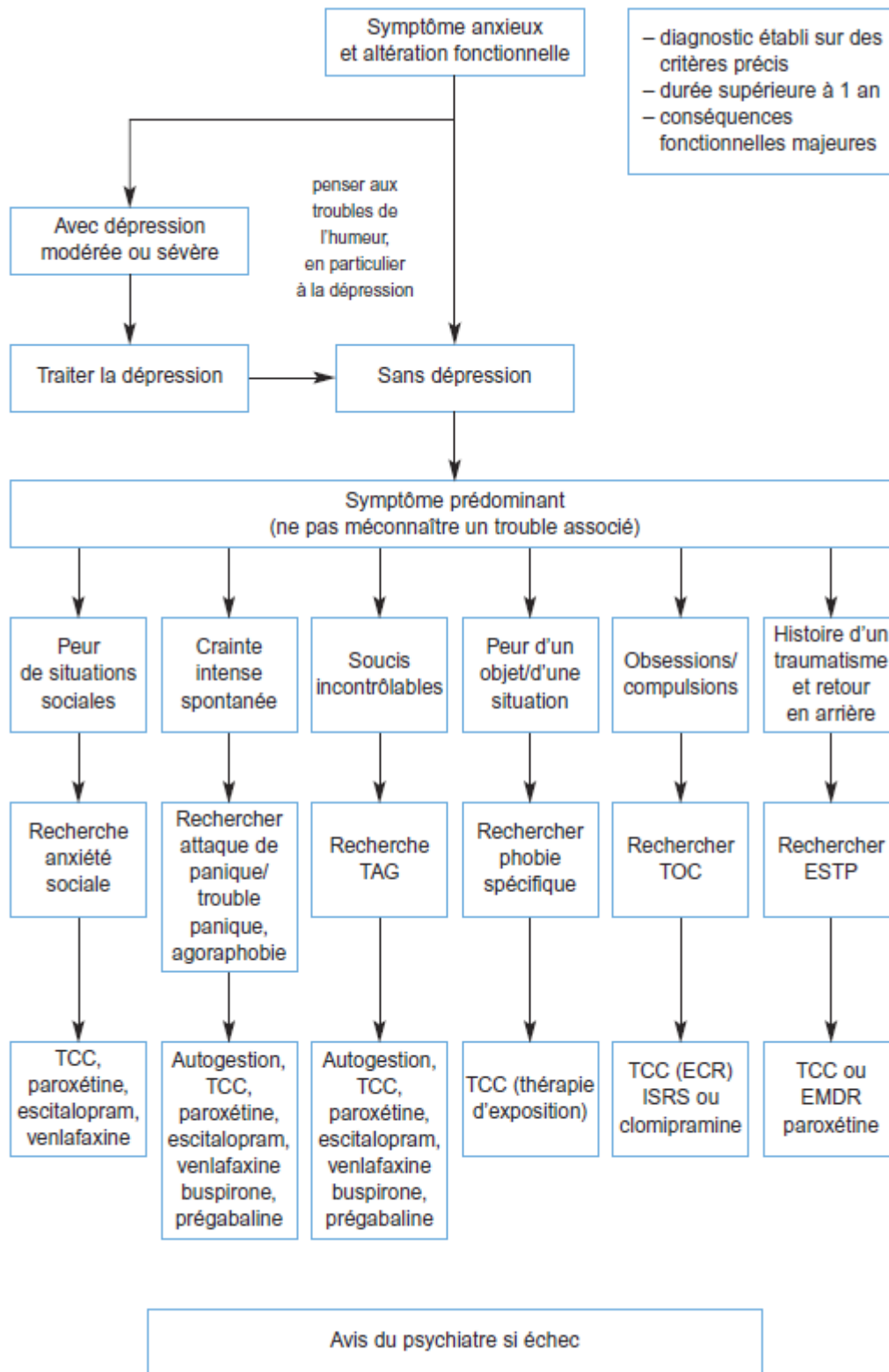
6 Prise en charge médico-sociale

- 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.

ARBRE DECISIONNEL SIMPLIFIE DE L'ALD 23
(troubles anxieux graves) :



RAPPEL DES CLASSIFICATIONS DES TROUBLES ANXIEUX :

DSM IV	CIM 10
TROUBLE ANXIEUX GENERALISE	
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 ANXIETE SOCIALE	
Peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien personnes, 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 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 SPECIFIQUE	
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.
TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF	
Existence soit d'obsessions soit de compulsions : <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. 	Trouble caractérisé essentiellement par des idées obsédantes ou des comportements compulsifs récurrents. Les pensées obsédantes sont des idées, des représentations ou des impulsions faisant intrusion dans la conscience du sujet de façon répétitive et stéréotypée. Les comportements et les rituels compulsifs sont des activités stéréotypées répétitives.
ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	
Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents : <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. NB : chez l'enfant, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.	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.

PLACE DES ANXIOLYTIQUES PARMIS LES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX DU GUIDE ALD 23

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
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 pos-traumatique ● 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 maniaque-dépressives ● traitement curatif des états d'excitation maniaque ou hypomaniaque
BÉTABLOQUANT	
Propranolol	<ul style="list-style-type: none"> ● manifestations fonctionnelles cardiaques à type de tachycardie et de palpitations au cours de situations émotionnelles transitoires

**EXTRAIT DU REFERENTIEL AFSSAPS :
DUREE MAXIMALE DE PRESCRIPTION DES MEDICAMENTS CLASSES COMME ANXIOLYTIQUES 27/03/07**

Arrêté du 7 octobre 1991 modifié fixant la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotiques et/ou anxiolytiques dont la durée de prescription est réduite* :

DUREE DE PRESCRIPTION	DCI	FORMES PHARMACEUTIQUES
12 SEMAINES	Alprazolam	Comprimés
	Bromazépam	Comprimés
	Buspirone	Buspirone Comprimés
	Chlordiazépoxyde	Comprimés
	Clobazam	Gélules - comprimés
	Clorazépate dipotassique (dosages unitaires < à 20 mg)	Gélules - comprimés – préparation injectable
	Clotiazépam	Comprimés
	Diazépam	Comprimés - Solution buvable - Solution injectable -
	Etifoxine	Gélules
	Hydroxyzine	Comprimés - Sirop – Ampoules injectables
	Loflazépate d'éthyle	Comprimés
	Lorazépam	Comprimés
	Méprobamate	Comprimés - Ampoules injectables
	Nordazépam	Comprimés
	Oxazépam Comprimés	Comprimés
Prazépam	Comprimés	
Tofisopam	Comprimés	
4 SEMAINES	Clorazépate dipotassique (dosages unitaires ≥ 50 mg)	Comprimés

* *Modifié par :*

Arrêté du 28 janvier 1992 (JO du 22 février 1992),
Arrêté du 18 août 1992 (JO du 4 septembre 1992),
Arrêté du 3 septembre 1992 (JO du 13 septembre 1992),
Arrêté du 1er février 2001 (JO du 7 février 2001),
Arrêté du 7 avril 2005 (JO du 15 avril 2005)

EXTRAIT DU REFERENTIEL HAS : MODALITES D'ARRÊT DES BENZODIAZEPINES ET MEDICAMENTS APPARENTES CHEZ LE PATIENT AGE - SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS OCTOBRE 2007

METTRE EN PLACE UNE STRATÉGIE D'ARRÊT DE BZD :

- Dès l'instauration d'un traitement :
 - expliquer au patient la durée du traitement et ses modalités d'arrêt progressif du fait des risques.
- Devant toute demande de renouvellement :
 - s'interroger sur la mise en œuvre d'un arrêt.
- Chez tout patient âgé traité quotidiennement depuis plus de 30 jours :
 - proposer une stratégie d'arrêt de la consommation si l'indication n'est plus valide.
- Au moment d'entreprendre un arrêt :
 - évaluer les attentes du patient, son degré « d'attachement » aux BZD pour aboutir à une décision partagée et évaluer les facteurs pronostiques ;
 - distinguer les situations nécessitant une stratégie particulière.

Messages clés

- L'arrêt doit toujours être progressif, sur une durée allant de quelques semaines à plusieurs mois.
- L'objectif de la démarche est l'arrêt de la consommation de BZD. Mais l'obtention d'une diminution de posologie est un résultat favorable.
- Il n'y a pas d'argument pour proposer un traitement médicamenteux substitutif lors de l'arrêt des BZD chez le patient âgé.
- Des mesures d'accompagnement non médicamenteuses doivent être mises en place aussi longtemps que nécessaire.

ARRÊT DES BENZODIAZEPINES ET MEDICAMENTS APPARENTES CHEZ LE PATIENT DE PLUS DE 65 ANS DEMARCHE DU MEDECIN TRAITANT EN AMBULATOIRE

