

**ANNEXES A LA GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES :
PRISE EN CHARGE DU TROUBLE ANXIEUX GENERALISE CHEZ L'ADULTE**

**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**

CRITERES DIAGNOSTIQUES du TAG :

Anxiété sévère/des soucis excessifs, incontrôlables, chroniques avec impression permanente de nervosité, tension (grade C),
pendant une durée de **6 mois au moins** (grade C)

Avec des symptômes physiques à l'origine d'une détresse importante :

Au moins 3 symptômes sur les 6 des groupes tension motrice et hyper vigilance (grade B) :

1. tension motrice : fatigue, tension musculaire, agitation ou surexcitation
2. hyper vigilance : difficultés de concentration, troubles du sommeil, irritabilité
3. troubles associés : mains froides et humides, bouche sèche, sueurs, nausées ou diarrhée, pollakiurie, difficultés à avaler ou sensation de boule dans la gorge, tremblements, contractions, douleurs, endolorissement musculaire, syndrome du côlon irritable, céphalées

TROUBLES PSYCHIATRIQUES ASSOCIES A RECHERCHER :

Dépression sous toutes ses formes

Autres troubles anxieux : trouble panique, phobies, trouble obsessionnel compulsif

Abus/dépendance à l'alcool/drogues psycho actives (retrouvés chez 2/3 des patients en population générale et 3/4 des patients en soins primaires)

Et/ou des traits de personnalité pathologique évitante et/ou dépendante (grade B).

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DU TAG :

Selon la classification DSM-IV, le TAG doit être différencié :

- de l'anxiété normale qui n'est pas perçue comme une souffrance par le sujet qui a le sentiment de garder le contrôle des soucis ;
- de l'anxiété due à la prise de café ou de médicaments anxiogènes, à l'abus de substances psychoactives dont l'alcool ou à leur sevrage ;
- de l'anxiété due à une affection médicale générale : hyperthyroïdie, phéochromocytome, hypoglycémie, hyperparathyroïdie ;
- de l'anxiété secondaire à une maladie organique grave (cancer par exemple), à un événement stressant ou à un trouble de l'adaptation ;
- de l'anxiété liée à un autre trouble anxieux : trouble panique, phobies, trouble obsessionnel compulsif ;
- de l'anxiété habituelle des états dépressifs : dans le TAG il n'y a ni tristesse, ni perte d'intérêt ou de plaisir dans les activités (anhédonie), ni ralentissement psychomoteur ;
- de l'anxiété habituelle des troubles psychotiques ;
- de l'anxiété liée à l'anorexie mentale, aux troubles somatoformes, à l'hypochondrie ou à l'anxiété de séparation.

Le diagnostic de TAG peut être difficile en raison de la comorbidité aux troubles cités. En cas de facteur de comorbidité complexe ou de doute diagnostique, le recours au spécialiste est recommandé.

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 ;

PLAN DE TRAITEMENT PERSONNALISE :

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

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 rempli(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 DEPRESSION HAD (HAD : HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE)
DE ZIGMOND ET SNAITH 1983 (DEPRESSION ET SYNDROMES ANXIO-DEPRESSIFS, J.D.GUELFY ET COLL, ARDIX MEDICAL)

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 : 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 Être 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					

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.

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).

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

De nombreuses molécules ont été évaluées dans le TAG. Parmi elles, seules les benzodiazépines, la buspirone et la venlafaxine LP ont l'AMM dans l'indication « anxiété généralisée ».

Les benzodiazépines, quelle que soit leur ½ vie, sont recommandées dans le traitement du TAG. Elles ont un effet anxiolytique rapide sur les signes somatiques d'anxiété (grade B). Les experts soulignent leur efficacité.

Elles exposent au risque de somnolence dès le début du traitement et de dépendance à l'arrêt (grade A).

Le sevrage progressif des benzodiazépines, quelle que soit leur ½ vie, est recommandé, même après un traitement de courte durée (grade A). Il est recommandé de prescrire un traitement par benzodiazépines sur une courte durée. En l'absence de données concordantes dans la littérature précisant cette durée, la durée légale maximale de traitement préconisée est de 12 semaines, sevrage progressif inclus.

La buspirone est indiquée dans le traitement du TAG. Son effet anxiolytique, variable en fonction du critère de jugement, concerne surtout les signes psychiques d'anxiété (grade A). Le groupe de travail souligne que les patients rapportent l'inconstance de cet effet.

Le délai d'action de la buspirone peut atteindre 3 semaines (grade A).

Les effets indésirables de la buspirone sont les sensations vertigineuses et un effet sédatif inférieur à celui des benzodiazépines (grade A). L'arrêt de la buspirone n'entraîne pas de syndrome de sevrage ou de dépendance (grade A).

La venlafaxine LP est indiquée depuis l'année 2000 dans le traitement du TAG. Elle est efficace dans le contrôle des signes psychiques d'anxiété du TAG dans les traitements de 28 semaines (grade A). Son effet anxiolytique est moins net dans les traitements de 8 semaines (grade B).

Son effet anxiolytique débute entre la 1^{ère} et la 3^{ème} semaine de traitement (grade A).

Ses effets indésirables les plus fréquents sont les étourdissements en début de traitement, les nausées plus étalées dans le temps, la sécheresse de la bouche, l'asthénie, l'insomnie, la somnolence et les troubles sexuels (grade A).

Médicaments efficaces dans le TAG et n'ayant pas l'AMM dans cette indication : ce sont l'hydroxyzine (antihistaminique H1), l'imipramine (antidépresseur tricyclique) et la paroxétine (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine).

- L'hydroxyzine est efficace dans le TAG en traitement de 5 semaines ou 3 mois (grade B). Son effet est rapide (grade B). D'après les études, l'arrêt d'hydroxyzine produit peu de dépendance et de rebond de l'anxiété (grade B). Son efficacité par rapport à celle des benzodiazépines est peu documentée. Ses effets secondaires significatifs sont le syndrome anticholinergique et la sédation (grade B).
- L'imipramine et la paroxétine administrées pendant 8 semaines, sont actives sur les signes psychiques d'anxiété du TAG (grade B). L'imipramine est également efficace sur les signes associés de dépression (grade B). Il est recommandé de tenir compte du délai d'action de 3 à 4 semaines de ces 2 antidépresseurs, de leurs contre-indications et de la possibilité d'interactions médicamenteuses/effets indésirables (grade A).
- La phytothérapie par l'euphytose (grade B) qui n'a pas l'AMM dans le TAG s'est avérée efficace dans les états anxieux en général.

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES TROUBLES ANXIEUX

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.

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

systematiques.

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.

PRISE EN CHARGE DU TROUBLE ANXIEUX GENERALISE (TAG)

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, qui 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).

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.

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.).

THERAPEUTIQUES ALTERNATIVES : selon la spécificité thérapeutique de chacun :

Selon la HAS :

- Acupuncture

Hors critères HAS :

- Homéopathie
- Phytothérapie
- Hypnose

ARBRE DECISIONNEL SIMPLIFIE DE L'ALD 23 :

