

# Troubles anxieux (hors TOC)

Une prise en charge le plus souvent ambulatoire.

Par Fanny Levy,<sup>1</sup> Aymeric Petit,<sup>2</sup> Charles-Siegfried Peretti,<sup>3</sup> Laurent Karila<sup>4</sup>

1. Service de psychiatrie, hôpital Saint-Antoine, AP-HP, 75012 Paris. 2. Service de psychiatrie, hôpital Bichat, AP-HP ; université Paris VII, faculté de médecine, 75018 Paris. 3. Service de psychiatrie, hôpital Saint-Antoine, AP-HP ; université Paris VI, faculté de médecine, 75012 Paris. 4. CERTA, hôpital Paul-Brousse, AP-HP, 94800 Villejuif.

Les troubles anxieux désignent un ensemble d'affections caractérisées par une anxiété excessive ou persistante qui entraîne une souffrance subjective permanente ou entrave le fonctionnement de la vie quotidienne du sujet. Ils sont fréquents en population générale avec une prévalence vie entière d'environ 21 %, et touchent préférentiellement les femmes (2 fois plus que chez les hommes).<sup>1</sup>

## CLASSIFICATION CLINIQUE

Dans les classifications actuelles (DSM-IV et CIM 10), ils sont définis par des critères diagnostiques précis.<sup>2</sup> Six entités cliniques sont individualisées : la phobie spécifique, le trouble anxieux généralisé, le trouble anxiété sociale ou phobie sociale, l'état de stress post-traumatique, le trouble panique avec ou sans agoraphobie et le trouble obsessionnel compulsif (non abordé dans cet article).<sup>2</sup> Ces différentes pathologies se distinguent par l'objet de l'anxiété et les manifestations cliniques de ce symptôme. Les classifications permettent d'adapter l'attitude thérapeutique au diagnostic.

**La phobie spécifique** se manifeste par une anxiété irrationnelle, excessive et persistante face à certains objets ou certaines situations. En réaction, des conduites d'évitement de l'objet ou de la situation phobogène peuvent se développer et entraver les activités normales, comme par exemple se rendre sur son lieu de travail en cas de phobie des transports. La plupart des sujets reconnaissent le caractère excessif de cette peur. Cinq types de phobies spécifiques sont décrits : animal (exemple : araignée), environnemental (orage), sang-injection-accident, situationnel (transports publics) et autres. La prévalence vie entière est de 11,6 %.<sup>1</sup>

**Le trouble anxieux généralisé** est caractérisé par une anxiété mal définie et persistante accompagnée de soucis excessifs durant au moins 6 mois. Différents thèmes peuvent être au centre des préoccupations ; les plus fréquents sont la famille (79 %), l'argent (50 %) et le travail (43 %).<sup>3</sup> L'anxiété peut être associée à des manifestations somatiques, telles qu'une tension musculaire, des cervicalgies, des céphalées, des douleurs rachidiennes, des troubles du sommeil et des symptômes digestifs.<sup>4,5</sup> La prévalence vie

entière de cette affection est de 6 %<sup>1</sup> et l'âge moyen de survenue est de 20 ans.<sup>5</sup>

**Le trouble anxiété sociale ou phobie sociale** se manifeste par une crainte persistante et intense des situations sociales (téléphoner, parler avec des étrangers) ou de performance (parler en public). Les conduites d'évitement, l'anticipation anxieuse et la souffrance induites ont un retentissement socioprofessionnel.<sup>2</sup> La prévalence vie entière est de 4,7 %.<sup>1</sup>

**L'état de stress post-traumatique** (prévalence vie entière : 3,9 %<sup>1</sup>) survient suite à un événement grave au cours duquel le sujet a vécu ou a été témoin d'une situation où des individus ont pu mourir ou être gravement blessés (guerre, attentats). Le risque de développer un état de stress post-traumatique après un tel événement est de 10 %.<sup>5</sup> Un délai minimal d'un mois est nécessaire entre la survenue du traumatisme et l'apparition des symptômes ; en deçà de ce seuil, on parle de stress aigu.

Cet état se manifeste par un syndrome de reviviscence nocturne ou diurne (flash back, cauchemars, souvenirs répétitifs), une hyperactivation neurovégétative (irritabilité, réaction de sursaut exagérée) et un évitement des stimuli associés au traumatisme (station de métro où a eu lieu l'attentat).<sup>5</sup> Les symptômes persistent plus de 1 mois.<sup>2</sup>

**Le trouble panique** est défini par la répétition d'attaques de panique associée à une anxiété anticipatoire (depuis au moins 1 mois). Pour mémoire, l'attaque de panique est un épisode d'anxiété aiguë, inattendu, limité dans le temps, avec un début brutal et une décroissance progressive. Elle associe des symptômes psychiques (peur de mourir, de devenir fou, de perdre le contrôle) à des signes physiques (tachycardie, sensation d'étouffer, palpitations, sueurs, tremblements) qui doivent toujours faire éliminer une pathologie organique. L'anxiété anticipatoire est la crainte persistante de récurrence d'une telle attaque. Le trouble panique peut être associé ou non à une agoraphobie ; le patient redoute de se retrouver dans des endroits ou des situations où il serait difficile de trouver des secours en cas de malaise (foule, escalators, voiture). Sa prévalence vie entière est de 3 %<sup>1</sup> et l'âge de début est le plus souvent compris entre 25 et 35 ans.<sup>5</sup>

## PRISE EN CHARGE

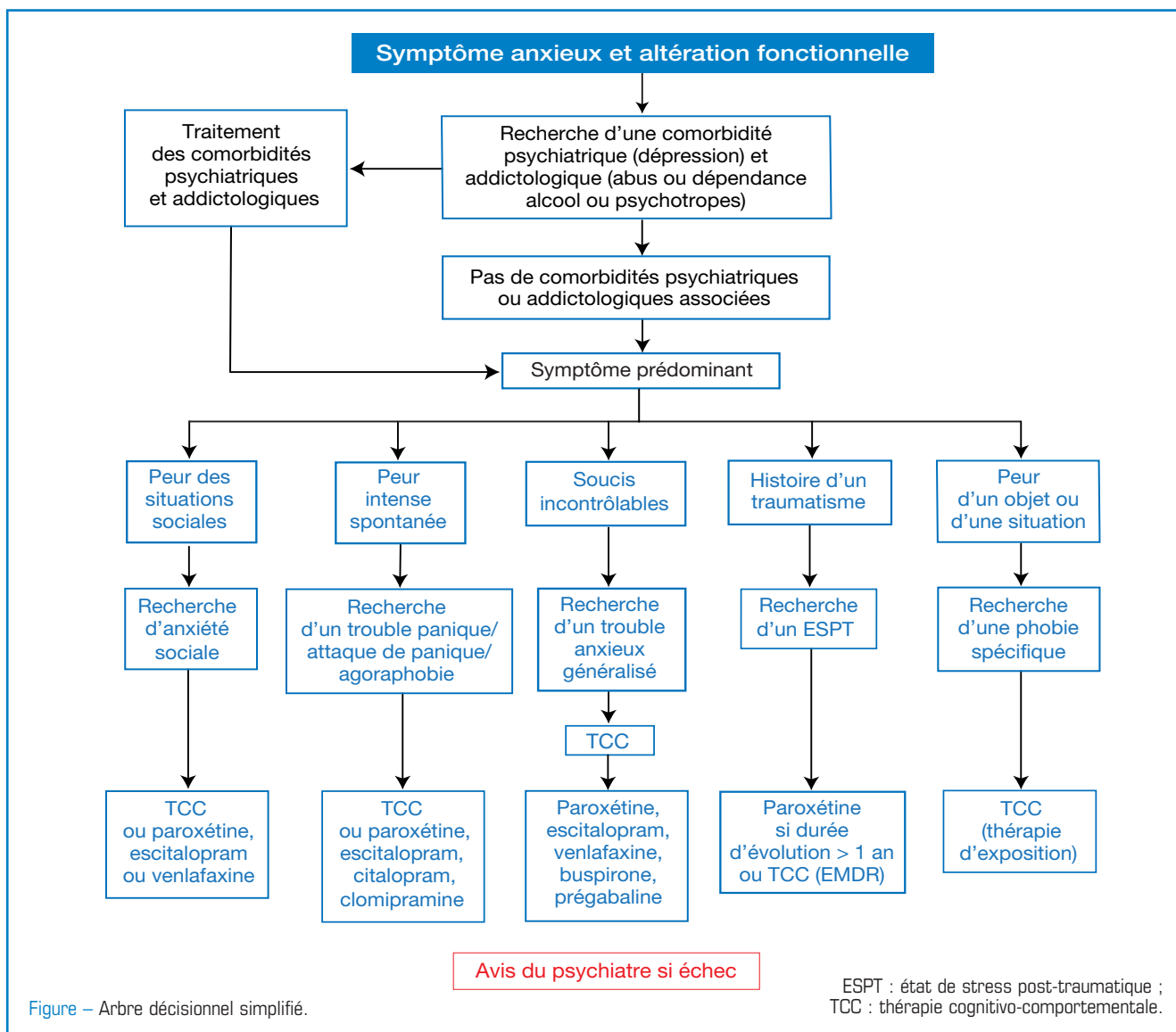
Elle est du ressort du médecin traitant.<sup>6</sup> L'avis du spécialiste peut être sollicité dans certaines situations...

**La recherche et le traitement de comorbidités psychiatriques et addictologiques** sont indispensables. Leur présence peut faire demander l'avis du psychiatre. Syndrome dépressif et risque suicidaire sont souvent associés, ils peuvent compliquer le trouble panique dans 60 à 70 % des cas, le trouble anxieux généralisé dans 38,6 %.<sup>5</sup> En outre, d'éventuels symptômes psychotiques (idées délirantes, hallucinations) et des troubles de la personnalité sont à évaluer. Un abus ou une dépendance à l'alcool ou aux psychotropes (notamment les benzodiazépines), parfois consommés pour leur effet anxiolytique, doivent être recherchés.<sup>6</sup>

**Une information sur le trouble anxieux** (nature, fréquence, manifestations) et les différents traitements est délivrée.<sup>6</sup>

**Des mesures hygiéno-diététiques** doivent être conseillées : respecter une quantité de sommeil suffisante, bon équilibre alimentaire, tempérance vis-à-vis de l'alcool, du café, du tabac et autres drogues, pratique régulière d'un exercice physique.<sup>6</sup>

**La prise en charge psychothérapeutique** est fondamentale. Une psychothérapie non structurée d'accompagnement, de soutien, une écoute attentive et des conseils à court terme sont systématiques. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont à privilégier.<sup>6</sup> Ces psychothérapies sont centrées sur la gestion des problèmes actuels et le futur.<sup>6</sup> Elles sont réalisées par des professionnels spécialement formés : le plus souvent, 12 à 25 séances de 45 minutes environ.<sup>6</sup> Les indications préférentielles sont le trouble anxieux généralisé (traitement de première ligne) et la phobie spécifique (aucun médicament n'ayant fait preuve de son efficacité dans cette pathologie).<sup>6</sup> Plusieurs types de TCC peuvent être proposés selon le trouble à traiter. La thérapie d'exposition (exposition progressive au stimulus phobogène) est indiquée dans le trouble panique, l'anxiété sociale et la phobie spécifique, la thérapie d'affirmation de soi dans l'anxiété sociale, la relaxation ainsi que la régulation ventilatoire dans le trouble panique et la thérapie centrée sur la désensibilisation des mouvements oculaires ou EMDR (*Eye Movement Desensibilization and Reprocessing*) dans l'état de stress post-traumatique.<sup>6</sup>



## INDICATIONS À UN AVIS SPÉCIALISÉ

**Comorbidités psychiatriques et addictologiques** difficiles à traiter, rechercher systématiquement un épisode dépressif majeur, une dépendance ou un abus à l'alcool ou aux psychotropes.

**Difficultés thérapeutiques** : forme récidivante, échec des traitements de première ligne.  
**Difficultés diagnostiques.**

**Psychothérapie structurée** : thérapie cognitivo-comportementale.

Le traitement pharmacologique de fond consiste en la prescription d'antidépresseur en première intention ; exception faite de la phobie spécifique dans laquelle aucun médicament n'a fait la preuve de son efficacité.<sup>6</sup>

On évalue l'efficacité de l'antidépresseur après 12 semaines.<sup>6</sup> Si elle est satisfaisante, le traitement est maintenu 6 à 12 mois après disparition des symptômes. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine sont une des options de première ligne ; la paroxétine a l'AMM dans tous les troubles anxieux – hors phobie spécifique – (posologie de 20 à 50 mg/j ; 40 à 60 mg/j si trouble panique). Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (venlafaxine) peuvent être prescrits en première intention pour le trouble anxieux sociale, le trouble anxieux généralisé et le trouble panique (dose : 75 à 225 mg/j).<sup>6</sup>

Pour l'état de stress post-traumatique, le traitement médicamenteux n'est recommandé en première intention que dans les formes chroniques d'une durée supérieure à 1 an.<sup>6</sup> En cas d'échec du médicament de première ligne, un avis spécialisé doit être sollicité. Aucun consensus n'existe concernant le choix initial entre psychothérapie structurée et traitement médicamenteux pour le trouble panique,<sup>7</sup> le trouble anxieux sociale<sup>8</sup> et la phobie sociale.<sup>6</sup>

Un traitement symptomatique peut être nécessaire ponctuellement. Les anxiolytiques (benzodiazépine) peuvent être indiqués lorsqu'un contrôle rapide est crucial. Leur prescription doit être cependant prudente du fait du risque de dépendance et de somnolence. Dans des situations d'anxiété de performance (anxiété sociale), le propranolol (bêtabloquant) peut être prescrit.<sup>6</sup>

La surveillance est rapprochée durant les 3 premiers mois. Une réévaluation est conseillée 1 à 2 semaines après la première consultation puis toutes les 4 semaines pendant les 12 premières semaines. La fréquence des consultations dépend ensuite de l'évolution clinique. Une durée minimale de suivi entre 1 et 2 ans est recommandée par les autorités de santé après disparition de symptômes.<sup>6</sup> ●

## Que dire à vos patients ?

- **Traitement médicamenteux** : nécessité de respecter les doses et les horaires (pour favoriser l'observance), informations sur le délai d'action (quelques semaines) et sur les effets indésirables.
- **Mesures hygiéno-diététiques** : dormir suffisamment, avoir une alimentation équilibrée, faire de l'exercice physique, arrêter ou diminuer l'alcool et le tabac.
- **Suivi nécessaire** même après la disparition des symptômes.
- **Associations de patients et sites utiles** :
  - Médiagora Paris (agoraphobie, phobie sociale) <http://mediagora.free.fr/>
  - Association française des troubles anxieux et de la dépression (AFTAD) <http://www.anxiete-depression.org/>

## RÉFÉRENCES

1. Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, et al. Prévalence et comorbidités des troubles psychiatriques dans la population générale française. *Encéphale* 2005;31:182-94.
2. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé. Paris: Masson; 2003.
3. Sanderson WC, Barlow DH. A description of patients diagnosed with DSM-III-R generalized anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis* 1990;178:588-91.
4. Capdevielle D, Boulenger JP. Sémiologie des troubles anxieux et phobiques. *EMC Psychiatrie* 2007;130:37-112-A-10.
5. Guelfi J.D, Rouillon F. les troubles anxieux (chap. 11). In: Manuel de psychiatrie. Paris: Masson; 2007: 177-219.
6. HAS. Affection psychiatrique de longue durée : troubles anxieux graves. Juin 2007.
7. Katon WJ. Panic disorder. *N Engl J Med* 2006;354:2360-7.
8. Schneier FR. Social anxiety disorder. *N Engl J Med* 2006;355:1029-36.

F. Levy, A. Petit et C.S. Peretti déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.  
L. Karila déclare avoir perçu des honoraires des laboratoires BMS, Euthérapie, AstraZeneca, Lundbeck, Gilead, Sanofi Aventis, Schering Plough et D/A Pharma.

## Attaque de panique : que faire en urgence ?

**Il faut en premier lieu dédramatiser** la situation en installant la personne dans un lieu calme, à distance de son entourage, qui bien souvent devient angoissant. Dans une relation de réassurance, il est nécessaire de pratiquer un examen

somatique, qui par lui-même est rassurant.

**Éliminer une pathologie organique** à l'origine des symptômes ressentis (étape importante).

**Le traitement se pratique en ambulatoire**, l'hospitalisation n'étant réservée qu'aux

situations compliquées d'une symptomatologie dépressive ou d'une crise suicidaire. Une attitude calme et apaisante favorisant la verbalisation des émotions, la récupération d'une respiration régulière peuvent permettre un soulagement de la symptomatologie anxieuse.

Si ces mesures sont insuffisantes, on peut administrer des anxiolytiques d'absorption rapide, par voie orale si possible, comme le diazépam à 10 mg ou l'alprazolam à 0,5 mg.

Gohier B et al. Q41. Troubles anxieux. Actualisation sur le site [larevueupraticien.fr](http://larevueupraticien.fr)