

La prise en charge spécifique de ce problème est nécessaire puis une réévaluation sera réalisée car la comorbidité est possible.

- des états dépressifs : le diagnostic différentiel entre dépression et TAG est difficile (53). Il pourrait être établi sur l'absence dans le TAG de désintérêt, de ralentissement psychomoteur, de trouble du sommeil terminal. L'association fréquente TAG-dépression et la possibilité d'un trouble mixte anxiété-dépression doivent être considérés (29, 40).

**Au total, le diagnostic de TAG est difficile en raison des comorbidités fréquentes (23).**

#### **IV. EXISTE-T-IL DES OUTILS DE MESURE DE L'ANXIÉTÉ EN PRATIQUE COURANTE ?**

De nombreux questionnaires et échelles permettent de mesurer l'anxiété. Ces outils sont surtout utilisés en recherche clinique.

Pour être utilisables en France, ces outils doivent être traduits en français et la version française doit être validée.

Les experts ont sélectionné 9 échelles ou questionnaires de mesure de l'anxiété-état et/ou de l'anxiété-trait, reproduits en annexe 1 (57, 58).

Sept d'entre eux ont été traduits en français et totalement ou partiellement revalidés : il s'agit de l'échelle d'anxiété d'Hamilton, de l'échelle de Covi, du questionnaire sur les inquiétudes du *Penn State* de Meyer, « Pourquoi s'inquiéter ? » de Rhéaume, de l'« Intolérance à l'incertitude » de Freeston, de l'inventaire d'anxiété état-trait de Spielberger et de l'échelle d'anxiété-dépression utilisée à l'hôpital (HAD).

Les 2 échelles élaborées en France sont le diagramme « FARD » de Ferreri et le questionnaire d'anxiété trait-état de de Bonis.

Les qualités métrologiques de chacun de ces outils ont été partiellement ou totalement validées par les tests suivants : validité de critère par la méthode des groupes contrastés, validité convergente avec d'autres échelles d'anxiété et validité discriminative par rapport à des échelles de dépression, validité factorielle (les items sont regroupés en sous-ensembles ou facteurs qui représentent des dimensions fondamentales sous-jacentes à la symptomatologie), concordance interévaluateurs, stabilité temporelle ou reproductibilité dans le cas de questionnaires de personnalité (trait anxieux), sensibilité au changement dans le cas d'échelles d'évaluation de l'anxiété et consistance interne par le coefficient alpha de Cronbach.

##### **IV.1. Échelle d'anxiété d'Hamilton**

C'est l'échelle d'anxiété la plus utilisée. Elle mesure la sévérité de l'anxiété-état. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 4.

Le score total est la somme des notes obtenues à chacun des items. Il est possible d'avoir deux scores partiels : un score d'anxiété psychique (somme des notes des items 1-2-3-4-5-6-14) et un score d'anxiété somatique (somme des notes des items de 7 à 13).

Études de validation

La traduction française a été réalisée par Pichot (59).

Des études de validation de la version française ont été conduites par des médecins généralistes (59-61) ou des psychiatres (62, 63), dans de grands échantillons de populations cliniques d'anxieux.

La concordance interévaluateurs est de 0,89 dans une étude de la version française portant sur 411 patients (60).

La validité de critère montre que l'échelle d'Hamilton mesure la sévérité de l'anxiété sans différencier les types de troubles anxieux.

La structure factorielle en 2 pôles somatique et psychique proposée par Hamilton est restituée dans les études de validation de la version française reparamétrée. Un 3<sup>e</sup> facteur comprenant 3 items, sensibles par ailleurs au sexe (items 3 : peur- 11: signes gastro-intestinaux- 12 : signes génitaux urinaires) a été identifié dans ces études (59, 61).

La recherche des critères d'homogénéité par le modèle de Rasch a montré qu'ils ne peuvent être trouvés pour le score total et les deux notes partielles, ce qui pourrait poser le problème de l'utilisation de ces scores (64, 65).

La validité convergente avec l'échelle d'anxiété de Covi est correcte : corrélation de 0,63 chez des patients anxieux en primo-consultation à 0,75 chez des patients hospitalisés pour épisode de dépression majeure associée ou non à un trouble anxieux (65). La convergence avec l'inventaire d'anxiété de Beck est acceptable (corrélation de 0,65) (66).

La validité discriminante est de 0,67 ( $p < 0,001$ ) avec l'échelle de dépression de Montgomery Asberg (63). Ainsi l'association anxiété-dépression nuit à la discrimination de l'échelle.

La sensibilité de l'échelle au changement est excellente chez des sujets anxieux (62, 65) ou dépressifs (65).

D'après Bech et coll. (67), un score de 0 à 5 est en faveur de l'absence d'anxiété, de 6 à 14 d'une anxiété mineure et  $\geq 15$  d'une anxiété majeure.

#### **IV.2. Échelle de Covi**

L'échelle de Covi est composée de 3 items qui décrivent l'anxiété à travers le discours du patient, son comportement et ses plaintes. Chaque item est coté de 0 à 4. Cette échelle permet la mesure globale et simple de l'anxiété état par hétéro-évaluation.

Une seule étude de validation chez des anxieux et des sujets normaux a été publiée (68). Pour l'auteur, un score de 3 représente une absence de symptômes alors qu'un score de 15 représente un haut degré de détresse. Le score obtenu pour les patients anxieux (10,4) est significativement supérieur ( $p < ,0001$ ) à celui des patients dépressifs (8,3).

Les histogrammes publiés montrent une bonne sensibilité (69). La concordance inter-évaluateurs n'a pas été étudiée.

Cette échelle, dont la cotation fait appel au jugement synthétique de l'évaluateur, a l'avantage d'un emploi rapide et facile.

#### **IV.3. Questionnaire sur les inquiétudes du *Penn State***

Le questionnaire sur les inquiétudes du *Penn State* (QIS) est un autoquestionnaire construit par Meyer. Il comporte 16 items. Il a été traduit en français par Ladouceur (70). Il mesure le trait anxieux, caractéristique du TAG. Le QIPS ne permet pas d'identifier le sujet des inquiétudes du patient (71).

La version française a été étudiée au Québec sur des groupes d'étudiants (70) et des consultants d'un hôpital général (72).

Le QIPS possède une consistance interne satisfaisante. La reproductibilité calculée sur différents groupes d'étudiants est bonne (0,92). La validité de critère est satisfaisante : le QIPS différencie les sujets ayant un TAG des sujets ayant un autre trouble anxieux et des témoins (71, 73).

La validité convergente avec l'inventaire d'anxiété-trait de Spielberger est nettement meilleure (0,64) que celle avec l'inventaire d'anxiété-état de Spielberger (0,49) ou l'inventaire d'anxiété de Beck (0,36) (70, 71). Les 3 échelles de conscience de soi de Fenigstein ont des corrélations de 0,26 à 0,38 avec le QIPS dans un groupe d'étudiants (71). La corrélation est modérée (0,57) avec le questionnaire d'obsession compulsive de Sanavio (72).

L'analyse factorielle de la version française ne retient qu'un facteur général (70) et confirme les résultats de la version anglaise (73). La sensibilité au changement est bonne (71). La validité de critère de la version française reste à établir.

#### **IV.4. Pourquoi s'inquiéter ?**

Cet autoquestionnaire de Rhéaume est destiné aux patients ayant un TAG.

L'étude de validation princeps a été réalisée sur des étudiants québécois présentant ou non le diagnostic TAG (74). La consistance interne est à 0,91. La validité de critère montre qu'il différencie des étudiants ayant un TAG des sujets normaux. La validité convergente avec le questionnaire des inquiétudes du *Penn State* est de 0,58. Il corrèle à 0,55 avec l'inventaire d'anxiété de Beck et à 0,42 avec l'inventaire de dépression (21 items) sur une population étudiante.

L'analyse factorielle retient deux facteurs : « l'inquiétude prévient ou minimise les résultats négatifs » (items 1-2-4-5-6-7-10-12-14-15-17-19) et « l'inquiétude permet de trouver une solution » (items 3-8-9-11-13-16-18-20).

La reproductibilité, la validité dans des populations cliniques et la sensibilité au changement n'ont pas été étudiées.

#### **IV.5. Intolérance à l'incertitude**

L'intolérance à l'incertitude (I-I) est un autoquestionnaire dont l'objectif est de comprendre les raisons qui font que les sujets s'inquiètent (74, 75).

L'étude de validation a été réalisée dans une population d'étudiants canadiens. La consistance interne est de 0,91. La validité de critère montre que le questionnaire différencie les étudiants ayant un TAG des étudiants normaux. La validité convergente a été étudiée avec le questionnaire sur les inquiétudes du *Penn State P* ( $r = 0,70$ ) et l'inventaire d'anxiété de Beck ( $r = 0,54$ ). La validité discriminante avec l'inventaire de dépression de Beck-21 items est de 0,53. Comme le questionnaire « Pourquoi s'inquiéter ? », l'I-I corrèle avec l'inquiétude, l'anxiété et la dépression.

L'analyse factorielle retient 5 facteurs : le refus de l'incertitude, l'incertitude donne une mauvaise image de soi, la frustration à l'incertitude, l'incertitude produit un stress, l'incertitude paralyse l'action. Les dimensions apparaissent plus nombreuses que prévu par l'auteur mais toutes diminuent l'efficacité de la personne.

#### IV.6. Inventaire d'anxiété état-trait de Spielberger

L'inventaire d'anxiété état-trait (*State Trait Anxiety Inventory* ou STAI) est destiné à évaluer d'une part l'anxiété-trait et d'autre part l'anxiété-état au travers de 20 items qui ne concernent que les aspects psychologiques et non somatiques de l'anxiété. La version Y a été développée pour éliminer des items plus liés à la dépression. C'est l'une des échelles d'auto-évaluation de l'anxiété les plus utilisées. Ses qualités métrologiques validées sur plus de 6 000 sujets normaux et patients sont les suivantes : meilleure reproductibilité pour l'anxiété-trait de 0,65 à 0,75 *versus* 0,34 à 0,62 pour l'anxiété-état, excellente consistance interne des 2 échelles (alpha 0,90), corrélation moyenne de 0,65 des 2 échelles, corrélation de l'échelle d'anxiété-trait avec d'autres échelles mesurant le même paramètre, bonne sensibilité au changement de l'échelle d'anxiété-état (76).

Les qualités psychométriques de la version française ont été établies par Bruchon-Schweitzer et Paulhan (76). Cet inventaire permet d'identifier les sujets anxieux au sein de divers groupes.

#### IV.7. Diagramme de Ferreri

Le diagramme FARD (*Fard Anxiety Rating Diagram*) a été élaboré pour apprécier le retentissement de l'anxiété sur l'activité du patient (77, 78). Il a été validé dans une population clinique de patients traités par prazépam pour un TAG-DSM-III (77-79).

L'analyse factorielle a isolé 4 facteurs :

- pôle somatique : attitude, troubles neurovégétatifs, douleurs ;
- pôle relationnel : tension interne, appréhension, difficultés de contact ;
- pôle cognitif : concentration, lassitude, doute-indécision ;
- pôle vigilance : troubles sensoriels, irritabilité, troubles du sommeil.

La note totale du FARD avant et sous traitement est corrélée au score total (r 0,66 à 0,81), au score psychique (r 0,52 à 0,79) et au score somatique (r 0,50 à 0,59) de l'échelle d'anxiété d'Hamilton.

#### IV.8. Questionnaire de de Bonis

Le questionnaire d'anxiété état-trait de de Bonis est connu sous l'appellation de BATE (de Bonis Anxiété Trait-État). Il est constitué de 2 questionnaires explorant les mêmes variables mais avec une formulation opposée « depuis 8 jours » *versus* « habituellement » pour mesurer respectivement l'anxiété-état et l'anxiété-trait (80).

La validation des 2 questionnaires a été effectuée à l'état basal et pendant le suivi de 74 patientes hospitalisées pour des diagnostics psychiatriques divers *versus* 74 femmes témoins n'ayant jamais été traitées, ni hospitalisées.

L'analyse de variance a permis de montrer la stabilité de l'anxiété-trait par rapport à l'anxiété-état.

#### IV.9. Échelle d'anxiété-dépression utilisée à l'hôpital

L'échelle HAD (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) est un autoquestionnaire de 14 items destiné à dépister rapidement en médecine générale ambulatoire les troubles psychopathologiques courants (81). La sous-échelle d'anxiété mesure l'anxiété-état.

Les études de validation de la version française ont été réalisées chez des patients hospitalisés en médecine interne (82). Des corrélations de 0,65 et 0,44 ont été retrouvées respectivement avec l'échelle de Covi et l'échelle d'anxiété d'Hamilton. Un score seuil de 8 pour le dépistage de l'anxiété confère à la sous-échelle d'anxiété une sensibilité de 0,82 et

une spécificité de 0,94. Cette échelle est plus destinée à quantifier les symptômes qu'à poser un diagnostic.

**Au total, quelques échelles et questionnaires, utilisés surtout en recherche clinique, sont proposés pour mesurer l'anxiété-état et/ou trait. L'échelle d'Hamilton qui mesure l'anxiété-état est la plus utilisée dans le cadre de la recherche clinique. Ces outils, en particulier l'échelle de Covi et l'échelle d'anxiété-dépression utilisée à l'hôpital, pourraient constituer une aide en pratique courante.**

## **V. MESURES GÉNÉRALES DE PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DU TAG**

Quel que soit la stratégie thérapeutique, la prise en charge du TAG comporte d'abord des mesures générales indispensables incluant 3 volets : l'information du patient sur sa maladie, des règles d'hygiène de vie et une intervention psychothérapique non spécialisée.

### **V.1. Information du patient**

Il existe un accord professionnel pour proposer au patient une information sur le TAG dès le diagnostic posé. Cette approche contribue à établir une relation de confiance entre le thérapeute et le patient, base de l'alliance thérapeutique.

La notice d'information du patient élaborée en 1999 par l'Association américaine des troubles anxieux (83) est présentée en annexe 2 : elle contient les messages essentiels relatifs à la définition du TAG, ses manifestations, sa fréquence, ses causes, les difficultés du diagnostic et les différents traitements avec leurs avantages et inconvénients respectifs. En ce qui concerne les médicaments, le patient doit en connaître le délai d'action, adopter la dose efficace sous contrôle médical, respecter la régularité des prises dans la journée, éviter l'escalade de doses, reconnaître les effets secondaires, les signes de sevrage éventuellement, et les signes de rebond de l'anxiété.

### **V.2. Psychothérapie non structurée, d'accompagnement**

La psychothérapie non structurée est faite par le thérapeute non spécialiste qui fournit au patient une écoute empathique dans le but de proposer, dans une approche interactive, des conseils basés sur le court terme, adaptés aux situations anxiogènes de la vie quotidienne.

### **V.3. Mesures hygiéno-diététiques**

Les mesures hygiéno-diététiques incluent :

- la diminution de la consommation de café, reconnu comme anxiogène (3) ;
- une tempérance ou mieux l'abstinence vis-à-vis de l'alcool et du tabac (3) ;
- et la pratique régulière de l'exercice physique (84).

L'effet de l'exercice physique sur l'anxiété-état et l'anxiété-trait a fait l'objet de la méta-analyse de Petruzzello (84) qui compte 104 études publiées entre 1960 et 1989. La qualité des études est variable et les études contrôlées randomisées rares (chiffre non précisé). Les 3 048 sujets concernés, âgés de  $34 \pm 14$  ans, étaient normaux, anxieux de degré variable, en réhabilitation cardiaque ou en cure d'amaigrissement. Les patients ayant un TAG n'ont pas été individualisés. Les critères de jugement de l'anxiété-état ont été combinés en 4 groupes : l'inventaire d'anxiété état-trait, la sous-échelle tension du profil des états de l'humeur, la sous-échelle d'anxiété de la liste des adjectifs multiples de l'affect et autres mesures. Le trait anxieux a été évalué à l'aide de l'inventaire d'anxiété état-trait et autres mesures.