

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE

(Paris VI)

FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE

ANNEE 2009

THESE

N° 2009PA06G032

DOCTORAT EN MEDECINE

SPECIALITE : MEDECINE GENERALE

par

M^{lle} Lauren PULL

Née le 14 juillet 1979 à Luxembourg

Présentée et soutenue publiquement le 22 septembre 2009

**ETUDE DE LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ANXIEUX
PAR LES MEDECINS GENERALISTES AU LUXEMBOURG**

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur TIRMARCHE Dominique

PRESIDENT DE JURY : Monsieur le Professeur FERRERI Maurice

Membres du jury :

Monsieur le Professeur PERETTI Charles Siegfried

Monsieur le Professeur THOMAS Guy

Monsieur le Docteur LEVY Pierre

Monsieur le Docteur TIRMARCHE Dominique

**ETUDE DE LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES
ANXIEUX PAR LES MEDECINS GENERALISTES AU
LUXEMBOURG**

Remerciements

Au Professeur Maurice FERRERI

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

Au Docteur Dominique TIRMARCHE

Pour m'avoir fait confiance en acceptant la direction de cette thèse.

Je vous remercie pour votre aide, vos bons conseils, votre disponibilité.

Veillez accepter ma gratitude sincère.

Au Professeur Charles-Siegfried PERETTI

Vous avez accepté d'être membre de mon jury.

Veillez trouver ici le témoignage de mes remerciements sincères.

Au Professeur Guy THOMAS

Vous avez accepté d'être membre de mon jury.

Veillez croire en ma gratitude profonde.

Au Docteur Pierre LEVY

Pour m'avoir rassurée (« toutes les thèses ne contiennent pas des statistiques compliquées »).

Vous avez accepté d'être membre de mon jury.

Je vous remercie pour votre aide et le temps que vous m'avez consacré.

A tous les médecins généralistes du Luxembourg ayant accepté de répondre à mon questionnaire.

Vous m'avez permis de réaliser cette étude.

A mes parents, pour leur aide et soutien permanent.

A Charlie, ma petite sœur, pour son soutien moral quand le courage manquait.

A Caroline, ma grande sœur, pour ses bons conseils lors de la réalisation de l'étude.

A Dionyssis, pour son aide, sa patience et ses encouragements.

A Astrid, avec qui le rire et la bonne humeur sont toujours au rendez-vous.

A Caro, Dani, Frutz, Lynn et Maud, parties un peu partout dans le monde, pour leur amitié depuis le lycée.

A Julie, Naf, Pauline et Sophie, pour toutes les soirées entre filles au resto, que ça puisse continuer éternellement comme ça.

LISTE PU-PH

*Faculté de Médecine Pierre
et Marie Curie
Site Saint-Antoine
Année universitaire
2009/2010*

AMARENCO Gérard
Rééducation fonctionnelle et
neurologique
Hôpital ROTHSCHILD

AMSELEM Serge
Génétique
Hôpital TROUSSEAU

ANDRE Thierry
Cancérologie
Hôpital La Salpêtrière

ANTOINE Jean Marie
Gynécologie Obstétrique /
Médecine de la Reproduction
Hôpital TENON

ARACTINGI Sélim
Unité de Dermatologie
Hôpital TENON

ARLET Guillaume
Bactériologie
Hôpital TENON

ARRIVE Lionel
Radiologie
Hôpital SAINT-ANTOINE

AUCOUTURIER Pierre
INSERM U 712
Hôpital Saint-Antoine

AUDRY Georges
Chirurgie viscérale infantile
Hôpital TROUSSEAU

BALLADUR Pierre
Chirurgie générale et digestive
Hôpital SAINT-ANTOINE

BARDET Jean (surnombre)
Cardiologie
Hôpital SAINT-ANTOINE

BAUD Laurent
Explorations fonctionnelles
multidisciplinaires
Hôpital TENON

BAUDON Jean Jacques
(surnombre)
Néonatalogie
Hôpital TROUSSEAU

BEAUGERIE Laurent
Gastroentérologie et Nutrition
Hôpital SAINT-ANTOINE

BEAUSSIER Marc
Anesthésie – Réanimation
Hôpital SAINT-ANTOINE

BENIFLA Jean Louis
Gynécologie Obstétrique
Hôpital ROTHSCHILD

BENSMAN Albert
Néphrologie, Dialyses et
transplantations pédiatriques
Hôpital TROUSSEAU

BERENBAUM Francis
Rhumatologie
Hôpital SAINT-ANTOINE

BEREZIAT Gilbert
(surnombre)
UMR 7079 Physiologie et
physiopathologie
Campus Jussieu

BERNAUDIN Jean François
Histologie biologie tumorale
Hôpital TENON

**BILLETTE DE
VILLEMEUR Thierry**
Neuropédiatrie
Hôpital TROUSSEAU

BOCCON GIBOD Liliane
(surnombre)
Anatomie pathologique
Hôpital TROUSSEAU

BONNET Francis
Anesthésie réanimation
Hôpital TENON

BORDERIE Vincent
Ophtalmologie
CNHO des 15/20

BOUCHARD Philippe
Endocrinologie
Hôpital SAINT-ANTOINE

**BOUDGHENE
STAMBOULI Franck**
Radiologie
Hôpital TENON

BREART Gérard
Gynécologie obstétrique
Hôpital TENON

CABANE Jean
Médecine interne
Hôpital SAINT-ANTOINE

CADRANEL Jacques
Pneumologie
Hôpital TENON

CALLARD Patrice
Anatomie pathologique
Hôpital TENON

CAPEAU Jacqueline
Inserm U.680
Faculté de Médecine P. & M.
Curie

**CARBAJAL SANCHEZ
Ricardo**
Urgences pédiatriques
Hôpital TROUSSEAU

CARBONNE Bruno
Gynécologie obstétrique
Hôpital SAINT-ANTOINE

CARETTE Marie France
Radiologie
Hôpital TENON

CASADEVALL Nicole
Hématologie biologique
Hôpital SAINT-ANTOINE

CAYRE Yvon
Hématologie immunologie
Hôpital DEBRE

CHAZOILLERES Olivier
Hépatologie gastroentérologie
Hôpital SAINT-ANTOINE

CHOSIDOW Olivier
Dermatologie – Allergologie
Hôpital TENON

CHOUAID Christos
Pneumologie
Hôpital SAINT-ANTOINE

CHRISTIN-MAITRE Sophie
Endocrinologie
Hôpital SAINT-ANTOINE

CLEMENT Annick
Pneumologie
Hôpital TROUSSEAU

CLERGUE François
Détaché au Ministère des
Affaires Etrangères : Hôpital
Cantonal / Anesthésiologie
24, rue Micheli-du-Crest
Genève 14 Suisse

COHEN Aron
Cardiologie
Hôpital SAINT-ANTOINE

CONSTANT Isabelle
Anesthésiologie réanimation
Hôpital TROUSSEAU

COSNES Jacques
Gastro-entérologie et nutrition
Hôpital SAINT-ANTOINE

COULOMB Aurore
Anatomie et cytologie
pathologiques
Hôpital TROUSSEAU

DAMSIN Jean Paul
Orthopédie
Hôpital TROUSSEAU

DARAI Emile
Gynécologie obstétrique
Hôpital TENON

DE GRAMONT Aimery
Oncologie médicale
Hôpital SAINT-ANTOINE

DENOYELLE Françoise
ORL et chirurgie cervico-
faciale
Hôpital TROUSSEAU

DEVAUX Jean Yves
Biophysique et médecine
nucléaire
Hôpital SAINT-ANTOINE

DOUAY Luc
Hématologie biologique
Hôpital TROUSSEAU

DOURSOUNIAN Levon
Chirurgie orthopédique
Hôpital SAINT-ANTOINE

DUCOU LE POINTE Hubert
Radiologie
Hôpital TROUSSEAU

DURON Françoise
Endocrinologie
Hôpital SAINT-ANTOINE

DUSSAULE Jean Claude
Physiologie
Hôpital SAINT-ANTOINE

FAUROUX Brigitte
Gastro-entérologie et nutrition
pédiatriques
Hôpital TROUSSEAU

FERON Jean Marc
Chirurgie orthopédique et
traumatologique
Hôpital SAINT-ANTOINE

FLEJOU Jean François
Anatomie pathologique
Hôpital SAINT-ANTOINE

FLORENT Christian
Hépatogastro-entérologie
Hôpital SAINT-ANTOINE

FRANCES Camille
Dermatologie – Allergologie
Hôpital TENON

**FUNCK BRENTANO
Christian**
Pharmacologie clinique
Hôpital SAINT-ANTOINE

GARABEDIAN Eréa Noël
ORL et chirurgie cervico-
faciale
Hôpital TROUSSEAU

**GARBARG CHENON
Antoine**
Bactériologie virologie
Hôpital TROUSSEAU

GATTEGNO Bernard
(surnombre)
Urologie
Hôpital SAINT-ANTOINE

GENDRE Jean Pierre
(surnombre)
Gastro-entérologie et nutrition
Hôpital SAINT-ANTOINE

GIRARD Pierre Marie
Maladies infectieuses et
tropicales
Hôpital SAINT-ANTOINE

GIRARDET Jean Philippe
Gastro-entérologie et nutrition
pédiatriques
Hôpital TROUSSEAU

GIROT Robert
Hématologie biologique
Hôpital TENON

GOLD Francis
Néonatalogie
Hôpital TROUSSEAU

GORIN Norbert
Hématologie clinique
Hôpital SAINT-ANTOINE

GRATEAU Gilles
Médecine interne
Hôpital TENON

GRIMFELD Alain
(surnombre)
Pédiatrie orientation
pneumologie et allergologie
Hôpital TROUSSEAU

GRIMPREL Emmanuel
Pédiatrie générale
Hôpital TROUSSEAU

GRUNENWALD Dominique
Chirurgie thoracique
Hôpital TENON

GUIDET Bertrand
Réanimation médicale
Hôpital SAINT-ANTOINE

HAAB François
Urologie
Hôpital TENON

HELARDOT Pierre Georges
Chirurgie viscérale infantile
Hôpital TROUSSEAU

HOURY Sidney
Chirurgie digestive et viscérale
Hôpital TENON

HOUSSET Chantal
Biologie cellulaire – Inserm U.
680
Faculté de Médecine P. & M.
Curie

JAILLON Patrice
Pharmacologie clinique
Faculté de Médecine P. & M.
Curie

JOUANNIC Jean-Marie
Gynécologie obstétrique
Hôpital TROUSSEAU

JUST Jocelyne
Pneumologie et allergologie
pédiatriques
Hôpital TROUSSEAU

LACAINE François
Chirurgie digestive et viscérale
Hôpital TENON

LACAU SAINT GUILY Jean
ORL
Hôpital TENON

LACAVE Roger
Histologie biologie tumorale
Hôpital TENON

**LANDMAN-PARKER
Judith**
Hématologie et oncologie
pédiatriques
Hôpital TROUSSEAU

LAROCHE Laurent
Ophtalmologie
CHNO des Quinze-Vingts

LE BOUC Yves
Explorations fonctionnelles
Hôpital TROUSSEAU

LEBEAU Bernard
Pneumologie
Hôpital SAINT-ANTOINE

LEGRAND Ollivier
Hématologie oncologie
médicale
Hôpital HOTEL DIEU

LEVERGER Guy
Hématologie et oncologie
pédiatriques
Hôpital TROUSSEAU

LEVY Richard
Neurologie
Hôpital SAINT-ANTOINE

LIENHART André
Anesthésie – Réanimation
Hôpital SAINT-ANTOINE

LOTZ Jean Pierre
Cancérologie
Hôpital TENON

LOUVET Christophe
Oncologie médicale
Hôpital SAINT-ANTOINE

MARIE Jean Pierre
Hématologie
Hôpital HOTEL-DIEU

MARSAULT Claude
Radiologie
Hôpital TENON

MASLIAH Joëlle
Inserm U.538
Faculté de Médecine P. & M.
Curie

MAURY Eric
Réanimation médicale
Hôpital SAINT-ANTOINE

MAYAUD Marie Yves
Pneumologie
Hôpital TENON

MENU Yves
Radiologie
Hôpital SAINT-ANTOINE

MEYER Bernard
ORL et chirurgie cervico-
faciale
Hôpital TENON

MEYOHAS Marie Caroline
Maladies infectieuses et
tropicales
Hôpital SAINT-ANTOINE

MICHEL Pierre Louis
Cardiologie
Hôpital TENON

MILLIEZ Jacques
Gynécologie obstétrique
Hôpital SAINT-ANTOINE

MIMOUN Maurice
Chirurgie plastique
Hôpital ROTHSCILD

MITANCHEZ Delphine
Néonatalogie
Hôpital TROUSSEAU

MONTRAVERS Françoise
Biophysique et médecine
nucléaire
Hôpital TENON

MURAT Isabelle
Anesthésie réanimation
Hôpital TROUSSEAU

NICOLAS Jean Claude
Virologie
Hôpital TENON

OFFENSTADT Georges
Réanimation médicale
Hôpital SAINT-ANTOINE

PAQUES Michel
Ophtalmologie
CHNO des 15/20

PARC Yann
Chirurgie générale et digestive
Hôpital SAINT-ANTOINE

PATERON Dominique
Service d'Accueil des
Urgences
Hôpital SAINT-ANTOINE

PAYE François
Chirurgie générale et digestive
Hôpital SAINT-ANTOINE

PERETTI Charles-Siegfried
Psychiatrie d'adultes
Hôpital SAINT-ANTOINE

PERIE Sophie
ORL
Hôpital TENON

PETIT Jean Claude
Bactériologie virologie
Hôpital SAINT-ANTOINE

PIALOUX Gilles
Maladies infectieuses et
tropicales
Hôpital TENON

POUPON Raoul
Hépatologie et gastro-
entérologie
Hôpital SAINT-ANTOINE

RENOLLEAU Sylvain
Réanimation néonatale
Hôpital TROUSSEAU

RODRIGUEZ Diana
Neuro-pédiatrie
Hôpital TROUSSEAU

RONCO Pierre Marie
Néphrologie et dialyses
Hôpital TENON

RONDEAU Eric
Urgences néphrologiques –
Transplantation rénale
Hôpital TENON

ROSMORDUC Olivier
Hépatogastro-entérologie
Hôpital SAINT-ANTOINE

ROUGER Philippe
I.N.T.S.
6, rue Alexandre Cabanel
75739 Paris cedex 15

ROUZIER Roman
Gynécologie obstétrique
Hôpital TENON

ROZENBAUM Willy
Maladies infectieuses et
tropicales
Hôpital SAINT-LOUIS

SAHEL José Alain
Ophtalmologie
CHNO des 15/20

SAUTET Alain
Chirurgie orthopédique
Hôpital SAINT-ANTOINE

SEZEUR Alain
Chirurgie générale
Hôpital des DIACONESSES

SIFFROI Jean Pierre
Génétique et embryologie
médicales
Hôpital TROUSSEAU

SOUBRIER Florent
Département de génétique
Groupe Hospitalier PITIE
SALPETRIERE

TALBOT Jean Noël
Biophysique médecine
nucléaire
Hôpital TENON

THIBAUT Philippe
(surnombre)
Urologie
Hôpital TENON

THOMAS Guy
Psychiatrie d'adultes
Hôpital SAINT-ANTOINE

THOUMIE Philippe
Rééducation neuro-
orthopédique
Hôpital ROTHSCILD

TIRET Emmanuel
Chirurgie générale et digestive
Hôpital SAINT-ANTOINE

TOUBOUL Emmanuel
Radiothérapie
Hôpital TENON

TOUNIAN Patrick
Gastro-entérologie et nutrition
pédiatriques
Hôpital TROUSSEAU

TRAXER Olivier
Urologie
Hôpital TENON

TRUGNAN Germain
Inserm U538
Faculté de Médecine P. & M.
Curie

TUBIANA Jean Michel
(surnombre)
Radiologie
Hôpital SAINT-ANTOINE

UZAN Serge
Gynécologie obstétrique et
médecine de la reproduction
Hôpital TENON

VALLERON Alain Jacques
Unité de santé publique
Hôpital SAINT-ANTOINE

VAYSSAIRAT Michel
Cardiologie
Hôpital TENON

VAZQUEZ Marie Paule
Chirurgie maxillo-faciale et
stomatologie
Hôpital TROUSSEAU

WENDUM Dominique
Anatomie pathologique
Hôpital SAINT-ANTOINE

WISLEZ Marie
Pneumologie
Hôpital TENON

Table des matières

I.	INTRODUCTION	12
	A. Les troubles anxieux.....	12
	B. Le contexte.....	13
II.	CLASSIFICATION DES TROUBLES ANXIEUX ET CRITERES DIAGNOSTIQUES	15
	A. Anxiété généralisée.....	16
	B. Trouble panique.....	17
	C. Phobie sociale.....	17
	D. Phobie spécifique.....	18
	E. Trouble obsessionnel-compulsif.....	18
	F. Etat de stress aigu.....	19
	G. Etat de stress post-traumatique.....	20
	H. Agoraphobie.....	20
	I. Anxiété de séparation.....	21
III.	INSTRUMENTS D’EVALUATION DES TROUBLES ANXIEUX	22
	A. Echelle CGI de gravité/ Clinical Global Impression Severity Scale.....	22
	B. Echelle d’appréciation de l’anxiété de Hamilton/ Hamilton Anxiety Rating Scale.....	22
	C. Echelle de phobie sociale de Liebowitz/ Liebowitz Social Anxiety Scale.....	23
	D. Panic Disorder Severity Scale/PDSS.....	23
	E. Hospital Anxiety And Depression Scale/HAD.....	24
	F. Echelle de Covi.....	24
	G. Questionnaire des peurs/ Fear Questionnaire.....	24
	H. Echelle d’obsessions-compulsions de Yale-Brown (YBOCS).....	25
	I. Impact Of Event Scale (Revised) IES-R.....	25
	J. Sheehan Disability Scale SDS.....	25
IV.	PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ANXIEUX : QUE DISENT LES RECOMMANDATIONS ?	26
	A. HAS (FRANCE). Guide Des Affections Psychiatriques De Longue Durée : Troubles Anxieux Graves (2007).....	26
	B. La Revue Canadienne De Psychiatrie/ La Revue Officielle de l’Association des Psychiatres au Canada. Guide de Pratique Clinique : Traitement des Troubles Anxieux (2006).....	27
	C. Conférence de Consensus de la Commission des Médecins Allemands: troubles anxieux et troubles obsessionnels (Therapieempfehlungen des Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft : Angst- und Zwangsstörungen) (2003).....	27

D. Prise en charge générale des troubles anxieux.....	28
E. Prise en charge de l’anxiété généralisée	36
F. Prise en charge du trouble panique avec ou sans agoraphobie	39
G. Prise en charge de la phobie sociale.....	42
H. Prise en charge de la phobie spécifique.....	45
I. Prise en charge du trouble obsessionnel-compulsif.....	46
J. Prise en charge de l’état de stress post-traumatique	49
V. FORMATIONS CONCERNANT LES TROUBLES ANXIEUX.....	52
A. Pendant le 2 ^e cycle des études de médecine	52
B. Pendant le 3 ^e cycle de médecine générale	53
C. Formation médicale continue au Luxembourg.....	53
VI. ETUDE DE LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ANXIEUX PAR LES MEDECINS GENERALISTES EXERÇANT AU LUXEMBOURG.....	55
A. Description de l’étude	55
1. But de l’étude.....	55
2. Matériel et méthodes	55
3. Analyse de l’étude.....	56
B. Résultats	57
1. Participation des médecins.....	57
2. Caractéristiques démographiques des participants	57
2.1. Sexe.....	57
2.2. Âge.....	58
3. Caractéristiques professionnelles des participants.....	58
3.1. Nombre d’années d’exercice au Luxembourg	58
3.2. Modalités de travail du médecin :	59
3.3. Nombre de patients vus par mois	59
4. Caractéristiques des études de médecine des participants.....	60
4.1. Le(s) pays d’études (2e et 3e cycles).....	60
4.2. L’existence de cours sur les troubles anxieux pendant les études de médecine ...	60
5. Les troubles anxieux.....	61
5.1. Les connaissances : d’où les MG tiennent-ils leurs connaissances?.....	61
5.2. Le ressenti personnel par rapport à la prise en charge du trouble anxieux.....	62
5.3. Le moyen utilisé par le MG pour faire le diagnostic d’un trouble anxieux	63
5.4. Les troubles anxieux rencontrés par les MG au cours de leur pratique quotidienne, leur fréquence globale et le trouble le plus fréquent	64
5.5. Le trouble anxieux le plus difficile à prendre en charge.....	67
5.6. La durée d’une consultation pour trouble anxieux et le rythme des consultations pour trouble anxieux	68

5.7. Quels sont les médicaments que vous prescrivez le plus souvent dans le cadre des troubles anxieux ?.....	69
5.8. Prise en charge des troubles anxieux.....	69
5.9. Les raisons faisant adresser un patient présentant un trouble anxieux à un spécialiste.....	88
C. Discussion	89
1. Les connaissances : d'où les MG tiennent-ils leurs connaissances sur les troubles anxieux?.....	89
2. Le ressenti personnel par rapport à la prise en charge du trouble anxieux.....	90
3. Les moyens utilisés pour faire le diagnostic d'un trouble anxieux.....	90
4. Troubles anxieux rencontrés par les MG au cours de leur pratique quotidienne, leur fréquence globale et le trouble le plus fréquent	91
5. Le trouble anxieux le plus difficile à prendre en charge.....	92
6. La durée d'une consultation pour trouble anxieux et le rythme des consultations pour trouble anxieux.....	93
7. Les raisons faisant adresser un patient présentant un trouble anxieux à un spécialiste.....	93
8. Quel est le médicament que vous prescrivez le plus souvent dans le cadre des troubles anxieux ?	94
9. La prise en charge des différents troubles anxieux.....	96
10. Limites et points forts de l'étude.....	103
 VII. CONCLUSION.....	 105
 BIBLIOGRAPHIE.....	 106
 ANNEXES.....	 112

I. INTRODUCTION

A. Les troubles anxieux

Le terme de troubles anxieux regroupe un ensemble de maladies, à savoir le trouble panique, l'agoraphobie, la phobie sociale, la phobie spécifique, le trouble obsessionnel-compulsif, l'anxiété généralisée, l'état de stress post traumatique, l'état de stress aigu et l'anxiété de séparation.¹

Il s'agit de pathologies particulièrement fréquentes. En effet, d'après les résultats de plusieurs études épidémiologiques dont les études de Robins en 1990 et de Kessler en 2005 aux Etats-Unis, ainsi que l'étude européenne ESEMeD par Alonso et al en 2004, entre 10 et 25% de la population générale présente à un moment ou un autre de leur vie un trouble anxieux^{2, 3, 4}. Ce sont les pathologies les plus fréquentes parmi tous les troubles psychiques, environ deux fois plus fréquentes que les dépressions, vingt fois plus fréquentes que la psychose maniaco-dépressive, plus de trente fois plus fréquentes que la schizophrénie.⁵

Or, d'autres études nous montrent que plus de la moitié des personnes souffrant d'un trouble anxieux ne sont pas ou insuffisamment traitées pour ce type de pathologie^{6,7}.

Les troubles anxieux sont souvent méconnus par les médecins, et notamment les médecins généralistes qui jouent le rôle important de médecin de famille et constituent le premier recours des patients.

Le patient n'ose pas toujours parler de ses angoisses, les considérant comme un signe de faiblesse. Il a honte et peur de ne pas être pris au sérieux, ou pire, d'être considéré comme "fou". Il pense que de toute façon, personne ne pourra l'aider. Ce sont ces idées qui font qu'une personne concernée ne parle pas de son trouble, ou qu'elle le cache derrière des symptômes somatiques mieux acceptés sur le plan social, tels les céphalées, les douleurs abdominales, les palpitations et autres.

Le médecin quant à lui ne pose pas systématiquement toutes les questions qui permettraient de mettre en évidence un trouble anxieux. Et même si un trouble anxieux est diagnostiqué, la prise en charge n'est pas toujours adéquate.

Pourtant, les troubles anxieux provoquent une souffrance significative sur le plan clinique et comportent une réduction de la qualité de vie avec un risque important de handicap social et professionnel, le patient n'osant plus sortir de son domicile, aller à son travail, communiquer avec d'autres personnes... souvent source d'arrêt de travail prolongé, d'échec scolaire, de perte de travail, d'hospitalisations courtes, de retrait et d'isolement social.⁵

Non traités ou détectés tardivement, ces troubles comportent un risque important de se compliquer, en particulier par des dépressions et l'abus d'alcool, de médicaments anxiolytiques ou de drogues illégales voire la dépendance à l'une de ces substances. Chaque trouble anxieux peut de même se compliquer d'un ou de plusieurs autres troubles anxieux.⁸

B. Le contexte

Le Grand-Duché de Luxembourg, pays dont je suis originaire, est un des plus petits états de l'Europe. Il se situe entre la France, l'Allemagne et la Belgique. Il compte environ 488 400 habitants. A peu près 370 généralistes exercent au Luxembourg.⁹

Ainsi qu'il ressort d'une étude épidémiologique effectuée en 1999 de l'autre côté de la frontière du Grand Duché, dans le Luxembourg belge ou Province de Luxembourg en Belgique, la prévalence sur la vie des troubles anxieux est la même dans cette région que dans le reste des pays européens, c'est-à-dire d'environ 25%. Cette étude montre également que plus de la moitié des troubles anxieux ne sont pas identifiés ou non traités.¹⁰

Il n'existe pas de faculté de médecine au Luxembourg ; au mieux, la première année de médecine peut être réalisée dans la capitale, permettant, grâce à un concours, d'envoyer les étudiants dans différents pays, en majorité en France et en Belgique, mais également en Allemagne et en Autriche. La formation initiale de 1^{er} et 2^e cycle se fait donc obligatoirement à l'étranger.

Depuis quelques années, un 3^e cycle de médecine générale est accessible au Luxembourg, d'une durée de trois ans, comportant des cours et des stages obligatoires.

A ce jour, les médecins au Luxembourg ne disposent pas de conférences de consensus luxembourgeoises. La Formation Médicale Continue existe depuis 1979 avec d'abord la création de l'ALFORMEC (Association Luxembourgeoise pour la Formation Médicale Continue), puis l'apparition en 2005 de l'Institut Luxembourgeois de Formation Médicale Continue (ILFMC), institution non gouvernementale. Contrairement à la France, la Formation Médicale Continue n'est pas obligatoire à ce jour au Luxembourg.

Compte tenu de l'éloignement des facultés de médecine, de l'absence de conférences de consensus nationales et du caractère non obligatoire de la Formation Médicale Continue au Luxembourg, nous nous posons la question de savoir si la prise en charge des troubles anxieux par les médecins généralistes luxembourgeois est conforme aux recommandations en vigueur dans d'autres pays développés. L'objectif de cette thèse est de réaliser une étude de cette prise en charge au moyen d'un questionnaire envoyé à l'ensemble des médecins généralistes exerçant au Luxembourg et de vérifier si les résultats correspondent à ce qui est validé par les conférences de consensus dans deux des pays voisins du Luxembourg : la France et l'Allemagne, ainsi qu'au Canada.

II. CLASSIFICATION DES TROUBLES ANXIEUX ET CRITERES DIAGNOSTIQUES

Nous allons par la suite nous référer à la classification des troubles anxieux, telle qu'elle est donnée dans la quatrième version, elle-même partiellement révisée, du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, appelée encore DSM-IV-TR (TR étant l'abréviation de « text revision »), publiée par l'Association Américaine de Psychiatrie¹, et dans la dixième révision de la Classification Internationale des Maladies, appelée CIM-10, publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé ou OMS¹¹.

Les deux ouvrages ont en commun l'adoption d'un langage clair et précis. Ils sont « athéoriques » dans la mesure où ils renoncent à toute spéculation non fondée scientifiquement quant à l'origine des troubles. Ils refusent également des concepts qui ne peuvent pas être définis clairement ou qui ont des significations ambiguës. En particulier, ils abandonnent le concept classique de « névrose ». Les troubles qui faisaient partie des « névroses » sont redéfinis en de nouvelles classes, en particulier une appelée « troubles anxieux ».

La classification des troubles anxieux, telle qu'elle est présentée dans la CIM-10 et le DSM-IV-TR, figure également dans le principal Manuel de Psychiatrie édité actuellement en France (et dans les pays francophones avoisinants). Ce Manuel, dont la coordination est due à JD Guelfi et à F Rouillon¹², a été réalisé avec la collaboration de plus d'une centaine de psychiatres.

Le chapitre concernant les troubles anxieux a été rédigé sous la coordination de JP Boulanger. Dans son introduction¹³ aux troubles anxieux, Boulanger décrit le passage du concept de « névrose » à celui de « trouble anxieux » et rappelle que le concept de « névrose » recouvrait en fait trois approches distinctes :

- 1) une approche théorique, à savoir l'attribution de l'étiologie des névroses à des conflits inconscients;
- 2) une approche psychopathologique, à savoir la description de manifestations psychopathologiques spécifiques traduisant des mécanismes de défense et des traits de caractère caractéristiques ;

3) une approche descriptive concernant la description de syndromes tels que l'hystérie, les phobies et le trouble obsessionnel-compulsif.

De ces trois approches, seule la dernière, descriptive, a été retenue dans les classifications actuelles. Boulanger décrit par ailleurs les principaux avantages des positions actuelles, notamment dans le domaine de la communication et de la recherche, en particulier épidémiologique. Il note toutefois aussi les inconvénients des classifications actuelles: le problème de la comorbidité à l'intérieur des troubles anxieux, celui des limites entre troubles anxieux et troubles de la personnalité, et la fréquence des associations entre troubles anxieux et troubles dépressifs.

Dans la CIM-10 comme dans le DSM-IV-TR, chaque trouble anxieux est défini à l'aide de critères diagnostiques explicites. Les critères diagnostiques proposés dans le DSM-IV-TR sont reproduits en **Annexe 1**. Nous n'avons pas reproduit les critères de la CIM-10, ceci pour ne pas alourdir inutilement notre travail. En revanche, nous allons rappeler les caractéristiques essentielles de chaque trouble anxieux, telles qu'elles ressortent des deux classifications et des descriptions données dans le Manuel de Psychiatrie édité par Guelfi et Rouillon.

A. Anxiété généralisée¹⁴

L'anxiété généralisée est un trouble anxieux très fréquent dans la population générale. Sa prévalence à vie est d'environ 6% - 13% selon les études¹⁵. Elle débute habituellement entre 18 et 35 ans et est plus fréquente chez la femme que chez l'homme (2/1). Les facteurs de risque sont le divorce, la séparation, le veuvage, le chômage.

Il s'agit d'une pathologie chronique caractérisée par un tableau d'anxiété et d'inquiétudes persistantes, excessives et difficiles à maîtriser. Les soucis sont proches des préoccupations et des inquiétudes de la vie quotidienne (école, travail, famille, santé, succès...). L'anxiété généralisée peut s'accompagner de plusieurs symptômes psychiques et somatiques : agitation, fatigabilité, irritabilité, difficultés de concentration, tension musculaire, troubles du sommeil. Elle s'accompagne d'invalidités affectant le travail, l'éducation, les interactions sociales, la vie familiale, de risque de suicide, d'utilisation importante des ressources de soins de santé,

notamment d'arrêt de travail pour cause médicale. Elle se complique fréquemment d'autres troubles psychiatriques, comme la dépression et l'agoraphobie.

Dans le Manuel de Psychiatrie édité par Guelfi et Rouillon, l'anxiété généralisée est traitée par D. Servant et M. Goudemand. Les auteurs se réfèrent aux critères de la CIM-10 et du DSM-IV-TR et insistent sur le fait que les patients qui souffrent de ce trouble se font trop de soucis. Ils relèvent par ailleurs que l'anxiété généralisée est habituellement un trouble persistant et qu'il peut être difficile de le différencier par rapport à d'autres troubles anxieux.

B. Trouble panique¹⁶

Le trouble panique est une pathologie chronique et récurrente. Il s'accompagne d'une incapacité fonctionnelle importante. Ce trouble est caractérisé par la survenue d'attaques de panique, le développement d'une anxiété anticipatoire, l'évitement phobique lié à la panique avec souvent apparition d'une agoraphobie, et une invalidité psychosociale. La prévalence estimée à vie du trouble panique est d'environ 4-5 %, alors que celle des attaques de panique est de 15%. Les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes (2-3/1). Le trouble panique commence le plus souvent à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Dans un tiers des cas environ, le trouble panique est associé à une agoraphobie. Il peut se compliquer d'abus d'alcool ou de drogues, de dépression, d'idées suicidaires voire de tentatives de suicide.

Dans le Manuel de Psychiatrie édité par Guelfi et Rouillon, Boulanger et Capdevielle décrivent le trouble panique en se référant aux critères de la CIM-10 et du DSM-IV-TR.

C. Phobie sociale¹⁷

La phobie sociale est un trouble anxieux fréquent dans la population générale. En effet, sa prévalence à vie est supérieure à 5%. Le sexe ratio est d'environ 3/2 (femmes/hommes). Ce trouble commence habituellement pendant l'enfance ou l'adolescence, son apparition après l'âge de 25 ans est rare. La phobie sociale est caractérisée par une angoisse excessive d'agir de façon embarrassante ou humiliante par rapport au regard d'autrui, souvent accompagnée de symptômes d'anxiété tels les palpitations, les sueurs, le tremblement, l'érythrose faciale. Cette

peur peut être responsable de conduites d'évitement de certaines situations, notamment celles de se trouver ou d'agir en public. Les interférences avec la vie quotidienne sont fréquentes. Les abus de substances et la dépression sont des complications fréquentes de la phobie sociale.

Dans le Manuel de Psychiatrie édité par Guelfi et Rouillon, les phobies sociales sont décrites par C André. Ces descriptions correspondent exactement à celles données dans la CIM-10 et le DSM-IV-TR, tant pour ce qui est des critères généraux que pour ce qui est des sous-types. En particulier, André fait une distinction entre type généralisé et non généralisé de phobie sociale.

D. Phobie spécifique¹⁷

La phobie spécifique est une peur irrationnelle ou excessive, déclenchée par un objet ou une situation. Elle s'accompagne le plus souvent d'un évitement de l'objet ou de la situation redoutés. Les phobies spécifiques sont réparties en 5 types (DSM IV/ CIM 10) : animal, environnement naturel, sang-injection-accident, type situationnel, autre (par exemple peur de vomir). C'est un trouble extrêmement fréquent. La prévalence sur la vie est de 7-11 %. Il commence le plus souvent dans l'enfance ou dans l'adolescence. Il est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes (2-3/1). La phobie spécifique peut se compliquer de problèmes socio-éducatifs, familiaux et professionnels.

Dans le Manuel de Psychiatrie édité par Guelfi et Rouillon, les phobies spécifiques sont décrites par C André. Ces descriptions correspondent exactement à celles données dans la CIM-10 et le DSM-IV-TR, tant pour ce qui est des critères généraux que pour ce qui est des sous-types. Ainsi, André distingue les types de phobies spécifiques identifiés dans les deux classifications: type animal, type nature, type sang-injections-blessures, type situationnel et autre.

E. Trouble obsessionnel-compulsif¹⁸

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) est une des pathologies psychiatriques les plus graves qui existe. Il est caractérisé par la présence d'obsessions et/ou de compulsions, ainsi que de situations d'évitement. La prévalence estimée à vie est d'environ 2-3%, beaucoup moins

fréquent que les autres troubles anxieux, mais également plus sévère et de prise en charge plus difficile. Le début se fait de l'enfance au début de l'âge adulte, avec une atteinte à peu près équivalente des deux sexes. L'évolution est progressive, avec périodes de recrudescence obsessionnelle mais aussi d'atténuation des symptômes. Les contraintes de la vie quotidienne sont importantes.

Les complications sont fréquentes : dépression (80% des cas), abus d'alcool ou de médicaments, échec scolaire, perte de travail.

Dans le Manuel de Psychiatrie édité par Guelfi et Rouillon, le trouble obsessionnel-compulsif est décrit par Millet et Bourguignon. Les auteurs rappellent que les descriptions actuelles du TOC dans la CIM-10 et dans le DSM-IV-TR sont proches des descriptions données par Pierre Janet.

F. Etat de stress aigu¹⁹

La réaction à un événement traumatique est très différente selon les individus. La plupart des sujets arrivent à gérer un tel événement et à y faire face. Quand l'adaptation échoue, l'événement va entraîner une réaction traumatique. Moins de la moitié des personnes exposées à un événement traumatique répond par un état de stress aigu, qui est une réaction survenant tout de suite ou peu après l'exposition à cet événement et disparaît souvent dans les heures ou les jours qui suivent. La réaction peut être plus ou moins intense, et comporte habituellement des symptômes anxieux du type attaque de panique. Dans les cas graves, les sujets concernés présentent des symptômes dits dissociatifs, de type déréalisation ou dépersonnalisation. L'état de stress aigu peut durer quelques semaines, mais également persister et se transformer en un trouble chronique entraînant des troubles psychiques et sociaux importants, connu sous l'appellation état de stress post-traumatique.

Dans le Manuel de Psychiatrie édité par Guelfi et Rouillon, les troubles en rapport direct avec un événement traumatisant sont traités par Ferreri, Peretti et Ferreri. Les auteurs décrivent l'état de stress aigu en se référant aux critères de la CIM-10 et du DSM-IV-TR,

G. Etat de stress post-traumatique¹⁹

L'état de stress post-traumatique (ESPT) fait suite à un événement potentiellement traumatique ou à un état de stress aigu. L'événement traumatique est constamment revécu en pensées, perceptions, images, rêves (de façon spontanée ou déclenché par un stimulus). Les stimuli évoquant le souvenir du traumatisme sont évités. Il apparaît un détachement, un émoussement affectif, limitant les relations du patient et entraînant un handicap social. Il existe une activation neurovégétative et une hypervigilance. La dépression est quasi constante. Des troubles somatiques sont possibles (fatigue, douleurs, pathologies organiques). Sa prévalence sur la vie dans la population générale est d'environ 8%. Les femmes sont atteintes aussi souvent que les hommes. Il s'agit d'une pathologie qui peut survenir à n'importe quel moment de la vie. Les complications sont très fréquentes : abus d'alcool, de drogues, de médicaments, dépression, troubles alimentaires, troubles de la personnalité, autres troubles anxieux.

Dans le Manuel de Psychiatrie édité par Guelfi et Rouillon, l'état de stress posttraumatique est traité par Ferreri, Peretti et Ferreri. Les auteurs décrivent l'ESPT en se référant aux critères de la CIM-10 et du DSM-IV-TR,

H. Agoraphobie¹⁶

L'agoraphobie est la peur des places publiques. Aujourd'hui, la signification de ce terme a été élargie à la peur des foules et à la crainte de ne pas pouvoir se retirer rapidement en un lieu sûr. Les endroits redoutés sont évités ou subis avec une souffrance importante ou bien nécessitent la présence d'une tierce personne. L'agoraphobie est souvent une complication du trouble panique. La prévalence de l'agoraphobie sur la vie entière est de 1 à 2 %. Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme (2-3/1). L'agoraphobie commence habituellement entre l'adolescence et le début de l'âge adulte, mais peut réellement se voir à tout âge. Elle entraîne des attaques de panique et un comportement d'évitement d'intensité variable. Les complications sont fréquentes, passant par l'invalidité dans les domaines social, éducatif, professionnel, familial, la dépression, l'abus d'alcool/de drogues, de médicaments voire une dépendance à ces substances.

Dans le Manuel de Psychiatrie édité par Guelfi et Rouillon, Boulanger et Capdevielle décrivent l'agoraphobie en se référant aux critères de la CIM-10 et du DSM-IV-TR. Les auteurs considèrent que l'agoraphobie est habituellement en rapport avec des antécédents de trouble panique. Ils reconnaissent toutefois une agoraphobie sans antécédents de trouble panique, mais relèguent ce type d'agoraphobie à des cas isolés ou particuliers.

I. Anxiété de séparation²⁰

L'anxiété de séparation est une anxiété excessive concernant la séparation avec la maison ou les personnes auxquelles l'enfant, parfois l'adolescent, rarement l'adulte, est principalement attaché. L'anxiété est intense et persiste pendant une durée prolongée, souvent jusqu'au retour des personnes dont l'enfant a été séparé. Cette pathologie entraîne un profond sentiment de détresse au moment où l'enfant doit partir du domicile. L'enfant a une crainte excessive et persistante concernant la disparition de ses proches, il a peur qu'il pourrait leur arriver quelque chose de grave. De plus, l'enfant a peur de se perdre ou craint la survenue d'un événement malheureux qui le séparerait à jamais de ses proches. Cette angoisse entraîne souvent un refus d'aller à l'école, de se coucher le soir ou de rester seul à la maison. D'après le DSM IV TR, la prévalence de l'anxiété de séparation sur la vie est de 4% chez les enfants et les jeunes adolescents. Elle est plus fréquente chez le sexe féminin. Sans traitement, elle peut persister pendant plusieurs années, avec des périodes de rémission et d'exacerbation.

A noter que l'anxiété de séparation commence et disparaît habituellement pendant l'enfance. Elle peut toutefois persister à l'adolescence ou à l'âge adulte et se manifester par des caractéristiques propres à chaque âge.

III. INSTRUMENTS D'ÉVALUATION DES TROUBLES ANXIEUX

Différents instruments peuvent être utilisés pour évaluer la sévérité et l'évolution d'un trouble anxieux au cours de sa prise en charge. Il peut s'agir de questionnaires d'auto-évaluation, remplis par le patient lui-même, ou d'échelles utilisées par le médecin.

A. Echelle CGI de gravité/ Clinical Global Impression Severity Scale²¹

Il s'agit d'une échelle utilisée par les médecins en psychiatrie afin d'évaluer l'état de gravité global d'un patient atteint d'une maladie mentale (CGI severity), ainsi que son évolution dans le temps (CGI improvement). Elle n'est pas spécifique des troubles anxieux. L'échelle va de 1 (normal, pas du tout malade) à 7 (parmi les patients les plus malades).

Il s'agit d'une échelle dont l'utilisation est simple, l'évaluation ne dure pas longtemps, et l'échelle est sensible au changement de l'état du patient au fil du temps.

L'évaluation par cette échelle est par contre subjective, c'est-à-dire que pour un même patient, les résultats peuvent être différents en fonction des utilisateurs. L'utilisation de l'échelle nécessite une bonne connaissance de l'histoire de la maladie du patient et ne peut donc pas être appliquée par quelqu'un qui ne connaît pas le patient.

C'est un outil simple pour évaluer l'évolution globale de l'état d'un patient au cours du temps.

B. Echelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton/ Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS ou HAM-A)²²

Cette échelle permet de mesurer le degré d'anxiété et d'évaluer l'efficacité d'un traitement sur les symptômes anxieux grâce à 14 items. Le questionnaire est rempli par le médecin qui doit choisir l'intensité, pour chaque symptôme, qui lui paraît le mieux correspondre à l'état actuel du patient. La cotation va de 0 (absence du symptôme) à 4 (intensité maximale), et elle concerne différents symptômes tels l'humeur anxieuse, les peurs, l'insomnie... Les résultats sont les suivants : de 0-5 : pas d'anxiété ; de 6-14 : anxiété mineure ; > 15 : anxiété majeure

L'échelle peut être utilisée indifféremment dans chacun des troubles anxieux.

Il s'agit à nouveau d'une échelle subjective à qui on reproche parfois de ne pas faire la distinction entre anxiété et dépression ; en effet, les patients dépressifs ont souvent un score élevé dans cette échelle. Celle-ci reste néanmoins un outil très utilisé et reconnu comme efficace. Elle est d'utilisation facile et ne nécessite pas beaucoup de temps à sa réalisation.

C. Echelle de phobie sociale de Liebowitz/ Liebowitz Social Anxiety Scale²³

Il s'agit d'une échelle spécifique pour l'évaluation du traitement dans la phobie sociale. Elle permet de déterminer quel est le rôle joué de la phobie sociale dans la vie du patient. Elle se compose de 24 items (13 en rapport avec l'anxiété de performance, 11 en rapport avec des situations sociales) à compléter par le clinicien ou le patient lui-même. Les items doivent chaque fois être évalués par rapport au degré d'anxiété du patient et la fréquence de survenue du comportement d'évitement. Chaque item est coté en 4 points, de 0-3. Le score maximum s'élève à 144 (plus le score est élevé, plus le trouble est sévère) : 55-65 : phobie sociale modérée ; 65-80 : phobie sociale importante ; 80-95 : phobie sociale sévère ; >95 : phobie sociale très sévère.

D. Panic Disorder Severity Scale/PDSS²⁴

Cette échelle est utilisée pour évaluer les patients atteints de trouble panique. Elle comprend 7 items différents : la fréquence des attaques de paniques, la détresse provoquée par l'attaque de panique, l'anxiété anticipatoire, la peur de l'agoraphobie et son évitement, la peur de symptômes d'angoisse et son évitement, l'influence sur le travail, l'influence sur la vie sociale. Le médecin remplit l'échelle lors de l'interrogatoire avec le patient, en cotant de 0 (absence) à 4 les réponses du patient. Plus le résultat est élevé, plus les symptômes anxieux sont importants. Les résultats sont assez reproductibles par des médecins expérimentés. L'échelle est facile d'utilisation.

E. Hospital Anxiety And Depression Scale/HAD²⁵

Il s'agit d'un questionnaire rempli par le patient lui-même et qui évalue le degré d'anxiété (non spécifique d'un trouble anxieux particulier) et de dépression. Il comprend 14 questions concernant la semaine passée, marquées par un A pour anxiété et par un D pour dépression, et pour lesquelles le patient doit choisir sans trop réfléchir parmi 4 réponses (0-3) possibles. Le score s'établit facilement à partir de l'addition des scores de la colonne A (0-8 : pas d'anxiété, 9-10 : limite de l'anxiété pathologique, 11-21 : anxiété pathologique probable) et de la colonne des D (0-8 : pas de dépression, 9-10 : limite de la dépression, 11-21 : dépression probable).

F. Echelle de Covi²⁶

L'échelle de Covi est constituée de 3 items cotés de 0 (inexistant) à 4 (énorme) destinés à évaluer le discours, le comportement et les plaintes somatiques du sujet anxieux. Sa sensibilité est satisfaisante. Elle est d'un emploi rapide et facile pour un utilisateur ayant une expérience des troubles anxieux. Elle peut être répétée souvent. Elle est largement diffusée.

G. Questionnaire des peurs/ Fear Questionnaire²⁷

Il s'agit d'un questionnaire utilisé essentiellement dans l'évaluation des patients présentant une phobie sociale, une agoraphobie ou une phobie simple. Le premier item permet au patient de décrire et d'évaluer de 0 à 8 la phobie principale pour laquelle il consulte. Il comporte par ailleurs 5 items d'agoraphobie, 5 items de phobie sociale et 5 items de phobies du sang et de blessures, évalués chacun également de 0 à 8. Il comporte en plus 5 items d'anxiété-dépression, 1 item pour rajouter une phobie non comprise dans la liste, 1 item pour décrire et évaluer tout sentiment désagréable ressenti par le patient et non compris explicitement dans cette liste et 1 item pour mesurer la gêne consécutive au comportement phobique.

Ce questionnaire paraît assez long à remplir pendant une simple consultation de médecine générale. En réalité, la plupart des patients la remplissent facilement et rapidement, en 5 minutes d'après M. Bouvard et J. Cottraux.²⁸

H. Echelle d'obsessions-compulsions de Yale-Brown (Y-BOCS)²⁹

Il s'agit de l'échelle d'évaluation la plus généralement utilisée pour évaluer la sévérité d'un trouble obsessionnel-compulsif. Elle évalue, au moyen de dix questions, les obsessions et les compulsions du patient (temps perdu, gêne dans la vie sociale ou au travail, niveau d'anxiété, effort fourni pour résister à ces pensées/compulsions et le degré de contrôle, d'abord pour les obsessions puis pour les compulsions). Résultats : De 0 à 7 : quelques symptômes sans gravité ou pas de TOC, de 8 à 15 : TOC léger, de 16 à 23 : TOC d'intensité moyenne, de 24 à 31 : TOC sévère, de 32 à 40 : TOC extrême.

C'est un outil d'utilisation simple et rapide.

I. Impact Of Event Scale (Revised) IES-R³⁰

C'est un outil utilisé dans le cadre des états de stress post-traumatiques. Il s'agit d'un auto-questionnaire à remplir par le patient qui a été en contact avec un événement traumatisant. Il comprend 22 items concernant les difficultés apparues en rapport avec cet événement (côtés de 0 (absence) à 4 (extrêmement difficile)). C'est un questionnaire assez court auquel on peut facilement répondre, et ayant une bonne corrélation avec les critères DSM IV de l'état de stress post-traumatique.

J. Sheehan Disability Scale SDS³¹

Cette échelle aide à évaluer le degré d'invalidité dans 3 domaines : travail/école, vie sociale, vie de famille (0-10 pour chacun d'eux). L'échelle, visuelle analogue, est remplie par le patient lui-même. Un score au-delà de 5 dans au moins un des trois domaines est considéré comme important, le risque d'invalidité est considéré comme majeur.

IV. PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ANXIEUX : QUE DISENT LES RECOMMANDATIONS ?

Nous avons choisi de comparer la prise en charge des médecins généralistes avec les recommandations émises dans certains pays : la France et l'Allemagne, ces deux pays étant voisins au Luxembourg ; le Canada pour avoir l'avis de spécialistes hors Europe.

A. HAS (FRANCE). Guide Des Affections Psychiatriques De Longue Durée : Troubles Anxieux Graves (2007)³²

La Haute Autorité de Santé (HAS) a différentes missions :

- Evaluer scientifiquement l'intérêt médical des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels et proposer ou non leur remboursement par l'assurance maladie.
- Promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des usagers de santé.
- Evaluer la qualité des soins dans les établissements de santé et en médecine de ville.
- Veiller à la qualité de l'information médicale diffusée.
- Informer les professionnels de santé et le grand public et améliorer la qualité de l'information médicale.
- Développer la concertation et la collaboration avec les acteurs du système de santé en France et à l'étranger.

Le guide des affections psychiatriques de longue durée : Troubles anxieux graves, publié en 2007, est destiné aux professionnels de la santé. Il explique la prise en charge optimale et le parcours de soins d'un malade présentant un trouble anxieux grave reconnu en titre d'affection de longue durée. Le contenu du guide a été discuté et validé par un groupe de travail pluridisciplinaire. Il a comme référence les recommandations pour la pratique clinique (RPC) et/ ou les conférences de consensus (CDC) disponibles, complétées secondairement par des

avis d'experts. Les propositions thérapeutiques ont été vérifiées par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS).

B. La Revue Canadienne De Psychiatrie/ La Revue Officielle de l'Association des Psychiatres au Canada. Guide de Pratique Clinique : Traitement des Troubles Anxieux (2006)³³

Etablie en 1956, la Revue Canadienne de Psychiatrie est le journal officiel des publications de l'Association des Psychiatres du Canada. Publiée dix fois par an, cette revue contient des publications en anglais et en français, d'intérêt autant pour les internes que les médecins établis, qu'ils soient psychiatres ou non.

Le Guide de Pratique Clinique: Traitement des troubles anxieux est sorti en juillet 2006. Il s'agit de lignes directives élaborées afin de fournir des recommandations pratiques fondées sur des données probantes tant à l'intention des médecins généralistes que des spécialistes en psychiatrie pour le diagnostic et le traitement des troubles anxieux au Canada. Ces recommandations visent à passer en revue l'évaluation et le diagnostic et à fournir des lignes directives visant à améliorer l'évaluation, le diagnostic et le traitement de ces troubles dans le contexte de la pratique clinique. Elles sont fondées sur un examen approfondi de la documentation existante par un panel d'experts canadiens des troubles anxieux et ont été élaborées suivant un processus fondé sur le consensus. Ces experts étaient des psychiatres, des psychologues et un médecin généraliste.

C. Conférence de Consensus de la Commission des Médecins Allemands : troubles anxieux et troubles obsessionnels (Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft : Angst- und Zwangsstörungen) (2003)³⁴

La « AkdÄ » (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft) est mandatée par l'Ordre des médecins allemands pour informer les médecins allemands des thérapeutiques et de la sécurité de l'utilisation de certains médicaments. Elle donne des recommandations de

traitement, se fondant sur des résultats de recherche clinique validés. C'est à cette commission que les médecins déclarent les effets secondaires éventuels d'un médicament. Elle organise et participe à la Formation Médicale Continue.

Les recommandations allemandes concernant les troubles anxieux et les troubles obsessionnels sont sorties en 2003.

D. Prise en charge générale des troubles anxieux

a. Selon la HAS

Pour la HAS, les objectifs généraux de la prise en charge des troubles anxieux sont les suivants :

- faire le diagnostic du trouble anxieux et en évaluer la gravité
- identifier les comorbidités psychiatriques et les dépendances ou abus associés
- identifier les comorbidités somatiques
- évaluer le retentissement du trouble anxieux
- évaluer la nécessité d'une consultation psychiatrique
- informer le patient sur la nature, l'évolution et le traitement du trouble anxieux et le rassurer
- établir avec le patient un programme de prise en charge
- donner des premiers conseils au patient

La prise en charge fait intervenir :

- le médecin traitant, souvent sollicité en premier
- le psychiatre en cas de syndrome dépressif associé ou de risque de suicide, lors de formes récidivantes, résistantes au traitement ou chroniques, de symptômes psychotiques, lors d'une dépendance associée aux psychotropes ou à l'alcool, lorsque le diagnostic est difficile à faire, quand les symptômes sont sévères ou complexes, et finalement lorsqu'il existe des troubles de la personnalité.
- d'autres professionnels peuvent être impliqués, tel le psychologue, les infirmières, le médecin du travail, le médecin scolaire, l'urgentiste, les services sociaux, médicosociaux, éducatifs ...

Le diagnostic repose sur :

- un interrogatoire complet (antécédents somatiques et psychiatriques ; caractéristiques du trouble anxieux : type, date de début, notion de traumatisme éventuel comme facteur déclenchant, intensité et fréquence des symptômes; signes d'accompagnement et troubles associés (signes neurovégétatifs...); existence de traitements antérieurs (médicaments, psychothérapies) et leur efficacité et leur tolérance ; le retentissement du trouble anxieux)
- l'examen clinique, complété si nécessaire par des examens complémentaires afin d'éliminer une pathologie organique

La prise en charge générale des troubles anxieux consiste à mettre en route un traitement psychothérapeutique ou médicamenteux qui permettra de diminuer les symptômes, la morbidité, et d'améliorer le fonctionnement psychologique et social du patient atteint. Le patient doit être clairement informé du diagnostic et la prise en charge (psychothérapies, médicaments, mesures hygiéno-diététiques) doit être expliquée au patient et être acceptée par celui-ci avant de la débiter.

Les différentes psychothérapies proposées sont :

- les thérapies comportementales et cognitives, orientées vers la gestion des problèmes actuels et le futur
- les thérapies d'inspiration analytique c'est-à-dire la psychanalyse, centrées sur l'individu et ses conflits psychiques
- la thérapie « self help » ou gestion de l'anxiété par soi-même, visant à informer le patient et mettant l'accent sur les moyens de changer par lui-même. Cette thérapie propose des exercices à faire par le patient lui-même (relaxation, contrôle respiratoire, gestion émotionnelle...). Le contact avec le thérapeute reste néanmoins indispensable.

La prise en charge médicamenteuse repose sur :

- 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 proposés en première intention ; en début de traitement, ils

peuvent entraîner une aggravation de l'anxiété, une agitation, rarement des idées suicidaires. Une surveillance étroite est nécessaire au début.

- Les antidépresseurs tricycliques sont efficaces dans certains troubles anxieux, mais il existe plus d'effets secondaires qu'avec les ISRS et les IRSNA. La HAS recommande de ne les utiliser qu'en cas de non-réponse ou de mauvaise tolérance aux traitements de 1^{ère} intention.
- les anxiolytiques :
- Les benzodiazépines sont utilisées lorsqu'un contrôle rapide de l'anxiété est crucial. En effet, elles ont un effet anxiolytique significatif et rapide. Le sevrage doit être progressif en raison d'un risque de rebond de l'anxiété à l'arrêt. Il existe également un risque de dépendance physique et psychique, d'amnésie antérograde, de baisse de la vigilance, de confusion, de chute chez la personne âgée. La durée maximale de ce traitement est conseillée à 12 semaines, sevrage progressif inclus.
 - Hydroxyzine, buspirone...

La prise en charge conseillée par l'HAS pour chacun des différents troubles anxieux sera détaillée aux prochains paragraphes.

b. Selon La Revue Canadienne de Psychiatrie

La Revue Canadienne de Psychiatrie indique que la prise en charge générale des troubles anxieux passe par les points suivants :

- Cerner les symptômes d'anxiété, c'est-à-dire déterminer leur début, durée, intensité, l'existence d'un facteur déclenchant, le caractère invalidant que le trouble anxieux procure, la perturbation des activités quotidiennes, l'évitement de certaines situations, les symptômes physiques accompagnant ; prendre en compte les antécédents du patients
- Evaluer le risque suicidaire
- Eliminer les diagnostics différentiels possibles par l'examen clinique et des examens complémentaires si nécessaire: trouble anxieux attribuable à un trouble

physique ou psychiatrique, trouble anxieux comorbide à un autre trouble physique ou psychiatrique, trouble anxieux dû à la prise de médicaments ou de drogues

- Identifier le trouble anxieux particulier (à l'aide des critères DSM IV) et l'évaluer à l'aide d'échelles particulières
- Identifier d'éventuels problèmes médicaux ou psychiatriques concomitants
- Envisager un traitement psychologique ou pharmacologique, en tenant compte du fait que les préférences et la motivation du patient sont extrêmement importantes pour le choix des modalités de traitement. Le patient doit être informé de façon claire et précise sur le trouble anxieux qu'il présente, son pronostic, les différents traitements.

Le traitement psychologique proposé est le suivant :

- La thérapie cognitivo-comportementale (individuelle, thérapie de groupe, thérapie autodirigée, thérapie à intervention minimale telle les traitements offerts par internet (séances de thérapie de groupe ou individuelle en ligne) ou l'interaction par téléphone) avant tout.
- Les données sur d'autres thérapies (psychothérapie interpersonnelle, psychothérapie de soutien, thérapie brève à orientation psychodynamique avec hypnothérapie) sont insuffisantes pour les considérer comme des solutions de rechange établies.

Le traitement pharmacologique est représenté par :

- Les antidépresseurs : les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA), les antidépresseurs noradrénergiques et sérotoninergiques spécifiques (ANSS), les antidépresseurs tricycliques (ATC), les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), et les inhibiteurs réversibles de la monoamine oxydase de type A, ont fait preuve d'un certain degré d'efficacité dans le traitement de divers troubles. Parmi ceux-ci, les ISRS, IRSNA et les ANSS sont préférés, étant généralement plus sûrs et mieux tolérés que les ATC ou les IMAO. Pour la plupart des troubles, les données probantes en faveur des ISRS et dans certains cas, des IRSNA, sont plus nombreuses que pour les ANSS.
- Les anxiolytiques ont fait l'objet d'études approfondies et se sont avérés efficaces. Le rôle de ces médicaments en monothérapie est néanmoins controversé. Les

benzodiazépines peuvent être utiles comme thérapie complémentaire en début de traitement, notamment pour l'anxiété aiguë ou l'agitation.

- Plusieurs anticonvulsivants se sont avérés efficaces dans certains troubles anxieux, mais en raison de leurs effets secondaires, ceux-ci sont généralement recommandés en 2^e intention seulement, ou comme traitement complémentaire.
- Des résultats d'études précoces sont disponibles sur l'utilisation d'antipsychotiques atypiques dans le traitement des troubles anxieux ; jusqu'à ce que des données plus complètes soient disponibles, ces agents sont recommandés uniquement comme thérapie complémentaire dans des cas de résistance au traitement.

Une psychothérapie peut être utilisée pour compléter la pharmacothérapie, mais chaque approche peut également être utilisée isolément. Des comparaisons directes entre la pharmacothérapie et diverses approches de thérapie cognitivo-comportementale indiquent qu'elles sont à peu près équivalentes dans leur efficacité pour un patient moyen. Les données probantes existantes sont limitées mais n'étayaient pas la pratique de combiner d'emblée pharmacothérapie et thérapie cognitivo-comportementale (car cela n'accroît pas, en général, l'efficacité du traitement).

La réponse aux traitements peut prendre 8 à 12 semaines, la pharmacothérapie pouvant être nécessaire pendant 1-2 ans, ou même plus longtemps.

c. Selon la Conférence de Consensus de la Commission des Médecins Allemands

L'interrogatoire est le moment clé dans l'établissement du diagnostic de troubles anxieux. Les symptômes fonctionnels rapportés par les patients tels que les palpitations, la douleur thoracique, l'impression d'étouffer, les vertiges, les paresthésies etc, obligent le médecin d'éliminer avant tout une maladie organique avant de pouvoir établir le diagnostic de trouble anxieux. On remarque de même que chaque trouble anxieux peut être l'expression clinique d'une pathologie psychiatrique sous-jacente. Les troubles anxieux sont diagnostiqués à l'aide des critères du DSM IV ou de la CIM 10.

Le but du traitement est de diminuer les récurrences d'états d'angoisse et de compulsions, et de réduire le caractère invalidant de ces troubles. Souvent, le traitement permet la disparition permanente du trouble anxieux, avec néanmoins risque de récurrence.

Les thérapies non médicamenteuses :

Les patients présentant des troubles anxieux nécessitent, dans tous les cas, du soutien psychologique et de l'empathie. Le simple message que le patient ne souffre pas d'une maladie organique mais d'une pathologie psychologique ne suffit pas habituellement à rassurer le patient à longue durée. C'est pourquoi une explication détaillée des mécanismes psychopathologiques du trouble anxieux en question est importante.

Chez les patients atteints de troubles anxieux, une prise en charge psychothérapeutique est recommandée. Il faut néanmoins considérer que la psychothérapie et la prise en charge médicamenteuse sont équivalentes dans le traitement des troubles anxieux. L'opinion ancienne selon laquelle la psychothérapie et le traitement médicamenteux ne doivent pas être utilisés en même temps ne peut plus être soutenue aujourd'hui. Ces derniers temps, on essaie d'établir un schéma thérapeutique, individuel pour chaque patient, dans lequel psychothérapie et médicaments sont utilisés conjointement.

En ce qui concerne les psychothérapies, l'efficacité de la psychothérapie comportementale est bien établie dans le cadre de la prise en charge des troubles anxieux (p.ex. la thérapie par exposition). De même, la psychothérapie cognitive semble être efficace dans cette situation.

La psychanalyse aussi est souvent utilisée. Pour cette dernière par contre, il n'existe quasiment pas d'études randomisées. De même pour les méthodes telles que l'hypnose, le biofeedback et autres.

Parfois, les résultats de la psychothérapie sont insuffisants, il peut y exister des récives ou même une aggravation du trouble anxieux.

La pharmacothérapie :

L'utilisation de médicaments ne doit en aucun cas remplacer l'entretien avec le médecin. Les patients sont souvent méfiants par rapport aux médicaments, ils craignent la dépendance et les effets secondaires.

Malgré le fait qu'il existe un effet placebo très important, il n'est pas recommandé de prescrire réellement des placebos au patient, car leur effet est souvent limité dans le temps.

Les troubles anxieux et obsessionnels sont d'évolution chronique. Des phases paucisymptomatiques peuvent alterner avec des épisodes d'anxiété très exprimée. Une amélioration spontanée est également possible. En règle générale, le traitement médicamenteux

d'un trouble anxieux devrait être prescrit pour une durée d'au moins 12 mois, parfois même plus longtemps.

Les différents médicaments utilisés dans les troubles anxieux sont :

- les antidépresseurs :
 - Les antidépresseurs tricycliques : leur efficacité est bien démontrée ; les effets secondaires sont néanmoins fréquents en début de traitement, telles la sécheresse buccale, la tachycardie et autres. Les doses initiales doivent être les mêmes que lors du traitement d'une dépression. Il existe un délai d'action de 1-3 semaines, souvent responsable de l'arrêt du traitement par le patient lui-même.
 - Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) : leur efficacité est bien démontrée ; les effets secondaires sont fréquents en début de traitement (nausées, insomnie, et autres), ce qui diminue parfois la compliance au traitement. Le délai d'action est également de une à trois semaines.
 - Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) : l'efficacité de la venflaxine est démontrée dans le cadre du traitement de l'anxiété généralisée. Des effets secondaires en début de traitement sont fréquents (insomnie, nausées, et autres), diminuant la compliance au traitement. Le délai d'action est de 1-3 semaines.
 - Inhibiteurs réversibles de la monoamine oxydase de type A : ils ont moins d'effets secondaires que les anciens IMAO non réversibles. Leur délai d'action est de 1-3 semaines.
 - IMAO : l'efficacité de la phenelzine dans la prise en charge du trouble panique et de la phobie sociale est démontrée. Ce médicament est néanmoins non disponible en Allemagne.

- Les benzodiazépines : l'efficacité des benzodiazépines dans le cadre des troubles anxieux est démontrée par de nombreuses études. Dans le cadre du trouble obsessionnel-compulsif, il n'existe pas assez d'études pour confirmer leur efficacité. L'effet anxiolytique des benzodiazépines est immédiat. Leur durée d'action dépend de la benzodiazépine utilisée : dans le cadre des troubles anxieux, des benzodiazépines de moyenne à longue durée d'action devraient être utilisées. Il existe peu d'effets

secondaires, sauf celui d'un risque de dépendance lors de l'utilisation prolongée. C'est pourquoi elles ne doivent pas être prescrites pendant plus de 8-12 semaines. L'utilisation des benzodiazépines est justifiée dès lors que les autres thérapeutiques sont inefficaces ou dépourvues de trop d'effets secondaires. De même, elles sont souvent prescrites en début de traitement des antidépresseurs pour couvrir le temps de délai d'action de ces derniers.

- Les agonistes 5-HT_{1A} : la buspirone ; efficace dans l'anxiété généralisée, sans efficacité dans le trouble panique, non étudié dans les autres troubles anxieux.
- Les antihistaminiques : hydroxyzine, efficace dans l'anxiété généralisée ; à cause de ses effets sédatifs, ce médicament doit seulement être utilisé quand d'autres médicaments sont inefficaces. Ce médicament ne doit pas être utilisé plus de 5 semaines, car il n'existe pas d'études étudiant les conséquences d'une utilisation prolongée.
- Les neuroleptiques : en Allemagne, les troubles anxieux sont souvent traités par neuroleptique. Cette utilisation doit être critiquée, parce que les études effectuées dans les années 1970 et 1980 et prouvant l'efficacité des neuroleptiques dans les troubles anxieux, sont méthodologiquement insuffisantes. L'utilisation des neuroleptiques ne doit pas dépasser 3 mois, afin d'éviter l'apparition de dyskinésies retardées irréversibles. Cependant, dans les troubles anxieux, des traitements plus longs sont nécessaires. C'est pourquoi les neuroleptiques ne sont conseillés qu'en alternative d'autres thérapies inefficaces ou trop dures à supporter à cause d'effets secondaires. Une exception à la règle sont les troubles obsessionnels-compulsifs : en cas de résistance aux thérapeutiques initiales, un traitement combiné par ISRS et neuroleptique atypique peut être envisagé.
- Les bêta-bloquants : souvent utilisés pour leur propriétés de diminution des troubles végétatifs tels la tachycardie, les tremblements, et autres, leur efficacité dans le traitement au long cours des troubles anxieux n'a pas été démontrée. Comme les patients atteints d'un trouble anxieux présentent souvent une tension artérielle très fluctuante, l'utilisation des bêta-bloquants peut aggraver ce tableau.
- Les préparations homéopathiques : il n'existe pas d'études démontrant une présence ou une absence d'efficacité de ces préparations.
- Les préparations phytothérapeutiques : en Allemagne, les préparations utilisées sont le millepertuis et la valériane. Il n'existe pas d'études démontrant une présence ou

une absence d'efficacité de ces préparations. A cause de l'effet placebo, il existe souvent une amélioration en début de traitement, mais qui ne se poursuit pas au-delà. Il existe par contre des effets secondaires néfastes de certaines préparations, ne permettant pas leur recommandation comme traitement alternatif dans la prise en charge des troubles anxieux.

E. Prise en charge de l'anxiété généralisée

a. Selon la HAS

Les *psychothérapies* 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.

Les thérapies indiquées sont :

- Les thérapies cognitivo-comportementales structurées
- La gestion de l'anxiété par soi-même et la bibliothérapie

Les *traitements médicamenteux* utilisés sont :

- en traitement de fond : la paroxétine, l'escitalopram, la venlafaxine, la buspirone, la prégabaline. Tous ces médicaments ont l'AMM en France dans la prise en charge de l'anxiété généralisée.
- les benzodiazépines ou l'hydroxyzine ne doivent pas être prescrites comme traitement de fond ; elles peuvent être prescrites pour des courtes périodes lorsqu'il existe une exacerbation anxieuse.

La thérapie cognitivo-comportementale doit être privilégiée par rapport aux traitements médicamenteux. Elle repose sur 12-25 séances de 45 minutes.

Si un traitement médicamenteux est envisagé, les antidépresseurs sont indiqués en 1^{ère} intention dans l'anxiété généralisée par rapport aux benzodiazépines, du fait qu'il coexiste souvent une dépression dans ce trouble et qu'ils sont plus faciles à arrêter que les benzodiazépines. Les traitements médicamenteux de 1^{ère} intention sont les ISRS (paroxétine, escitalopram) ou la

venlafaxine (IRSNA). Si on n'observe pas d'amélioration au bout de 6 semaines, il faut augmenter les doses, puis au bout de 12 semaines choisir un autre traitement.

En cas d'échec des traitements de 1^{ère} intention, la clomipramine peut être proposée (hors AMM) ; en cas d'échec ultérieur, un avis psychiatrique est recommandé.

L'association psychothérapie-traitement médicamenteux n'est pas recommandée systématiquement. Elle peut constituer une alternative en cas d'échec de chacun des traitements utilisés seuls. L'association de deux médicaments en cas d'échec des monothérapies doit passer par un avis spécialisé.

En ce qui concerne le *suivi*, une réévaluation est recommandée une à deux semaines après la 1^{ère} consultation, puis toutes les 4-6 semaines. La fréquence peut être augmentée en fonction de l'évolution.

La durée du traitement médicamenteux est d'au moins 6 mois. Les traitements doivent être arrêtés progressivement pour éviter un syndrome de sevrage. Le suivi doit continuer après la fin du traitement en raison du risque de rechute ou de récurrence. Il faut au moins 2 ans sans symptômes pour arrêter le suivi.

b. Selon La Revue Canadienne de Psychiatrie

Le *traitement psychologique* repose sur différentes thérapies :

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) réduit les symptômes de l'anxiété et s'avère plus efficace que l'absence de traitement et que les méthodes de traitement psychologiques non spécifiques au trouble anxieux généralisé. La TCC semble bénéfique tant individuellement qu'en thérapie de groupe. Le bénéfice de la thérapie semble se maintenir entre 6 mois et 2 ans.

Le *traitement pharmacologique* comprend différents médicaments:

Les médicaments efficaces dans la prise en charge du trouble anxieux généralisé sont les ISRS (paroxétine, escitalopram, sertraline), les IRSNA (venlafaxine XR), les antidépresseurs tricycliques, les anticonvulsivants, les benzodiazépines, la buspirone, et autres.

Le traitement médicamenteux doit être débuté par un des ISRS ou IRSNA cités ci-dessus. Si la réponse à ces médicaments en 1^{er} recours est insuffisante, il faut augmenter le dosage et

évaluer la compliance au traitement avant d'envisager de passer à un autre médicament. Si un ISRS a été choisi en 1^{er} et s'avère inefficace, un 2^e ISRS ou un autre antidépresseur peut être utilisé. En 2^e intention figurent les benzodiazépines (alprazolam, bromazépam, lorazépam, diazépam), le bupropion à libération prolongée, la buspirone, l'imipramine, la prégabaline. Malgré le fait que les benzodiazépines soient un traitement de 2^e choix, elles peuvent être utilisées en tout temps en cas d'agitation ou d'anxiété grave. Elles doivent cependant être utilisées à court terme.

En 3^e intention, on peut utiliser les antipsychotiques atypiques (olanzapine, rispéridone). Leur utilisation doit être réservée aux cas réfractaires aux autres thérapeutiques, en raison de leurs effets secondaires non négligeables.

Les bêtabloquants ne sont pas recommandés pour le traitement du trouble anxieux généralisé.

Certaines études démontrent l'efficacité de la TCC ou de la pharmacothérapie utilisées seules pour le trouble anxieux généralisé. Peu d'études comparent ces 2 stratégies thérapeutiques, et encore moins évaluent la combinaison des deux. Si les patients ne s'améliorent pas avec la psychothérapie ou s'améliorent insuffisamment, un essai de pharmacothérapie est conseillé. De la même façon, des patients qui s'améliorent insuffisamment avec un traitement médicamenteux, peuvent tirer profit d'une TCC.

c. Selon la Conférence de Consensus de la Commission des Médecins Allemands

Les antidépresseurs recommandés en 1^{ère} intention dans l'anxiété généralisée sont la venlafaxine XR 75-225mg/j (IRSNA), la paroxétine 20-50mg/j (ISRS), l'imipramine 75-200mg/j (antidépresseur tricyclique), la buspirone 15-60mg/j (anxiolytique non benzodiazépinique).

En cas de résistance à cette thérapie, des benzodiazépines (p.ex. diazépam 5-15mg/j), l'hydroxyzyne 37,5-75mg/j (antihistaminique) ou l'opipramol 50-200mg/j peuvent être utilisés.

En ce qui concerne les psychothérapies, la thérapie cognitivo-comportementale est recommandée.

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

a. Selon la HAS

L'objectif de la prise en charge est d'éviter la survenue des attaques de panique, de supprimer l'anxiété anticipatoire, de mettre fin aux conduites d'évitement. Il est important d'informer le patient de l'absence de risque somatique. La prise en charge du trouble panique doit être débutée le plus rapidement possible afin d'éviter l'apparition d'une agoraphobie secondaire, des phobies multiples, une dépression.

On ne dispose pas de moyens pour prévoir quelle thérapie (psychothérapie, traitement médicamenteux, gestion par soi-même) sera plus efficace pour le patient. Les thérapies cognitivo-comportementales et les médicaments ont montré une efficacité équivalente. Leur association en 1^{ère} intention n'est pas recommandée.

Les *psychothérapies* recommandées sont les thérapies cognitivo-comportementales, dont notamment la thérapie cognitive et la thérapie d'exposition. Leur durée optimale est de 12-25 séances de 45 minutes. Des programmes plus courts peuvent être proposés, couplés à un programme de gestion de l'anxiété par soi-même.

Dans les *traitements médicamenteux*, on retrouve les ISRS (paroxétine, escitalopram, citalopram ont l'AMM) en 1^{ère} intention, et les antidépresseurs tricycliques (clomipramine a l'AMM), qui se sont tous révélés efficaces dans le traitement du trouble panique. La surveillance doit se faire à deux, quatre, six et douze semaines ; si le traitement est poursuivi au-delà de douze semaines, la surveillance aura lieu toutes les 6-8 semaines.

Au bout de 12 semaines, l'évaluation de l'efficacité du traitement doit permettre de poursuivre ou de modifier le schéma thérapeutique. Le traitement médicamenteux (si efficace) doit être poursuivi au moins un an après la dernière attaque de panique voire plus longtemps dans les formes compliquées.

En cas d'échec des traitements au bout de 12 semaines, on peut essayer :

- d'associer thérapie cognitivo-comportementale et médicaments (non recommandé en 1^{ère} intention, mais peut être utile si formes sévères ou résistantes)
- d'ajouter la buspirone (si réponse partielle à un ISRS)
- d'associer une benzodiazépine

D'autres moyens d'aide peuvent être :

- la régulation ventilatoire
- la relaxation
- la gestion par soi-même
- l'exercice physique

Le traitement de l'attaque de panique repose sur les benzodiazépines si celle-ci se prolonge.

b. Selon La Revue Canadienne de Psychiatrie

Traitement psychologique :

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est le traitement psychologique le plus constamment efficace pour le trouble panique. Elle peut être réalisée individuellement ou en groupe. Son bénéfice se maintient jusqu'à 2 ans après l'arrêt du traitement. La TCC peut être plus efficace que les médicaments dans la prévention des rechutes. Les diverses formes de TCC insistent sur l'exposition pour les unes, et sur les aspects cognitifs pour les autres. Le traitement par contrôle de la panique est l'une des approches les plus connues. Ce protocole prévoit 12 séances.

L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), la relaxation appliquée et la thérapie psychodynamique ne sont pas recommandés dans cette indication devant l'absence de données probantes suffisantes pour le moment.

Traitement pharmacologique :

Les médicaments efficaces dans la prise en charge du trouble panique sont les ISRS, les ISRNA, les ATC, les IMAO, les benzodiazépines.

En 1^{ère} intention sont conseillés :

- les ISRS : fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline, citalopram, escitalopram
- les IRSNA : venlafaxine XR

En 2^e intention, on retrouve :

- les antidépresseurs tricycliques : clomipramine, imipramine. Ils sont seulement recommandés en 2^e intention bien qu'ils soient aussi efficaces que les ISRS et les IRSNA, à cause de leurs effets secondaires plus importants et contraignants.
- la mirtazapine
- les benzodiazépines : alprazolam, clonazépan, lorazépan, diazépan, peuvent être utilisées comme traitement adjuvant en début de traitement pour entraîner une réponse plus rapide. Elles peuvent de même être utilisées à tout moment pour le traitement à court terme de l'agitation et de l'anxiété aiguë.

En dernière intention, en cas de résistance à tous les autres traitements, sont recommandés :

- les IMAO et les IRMAO : phénelzine (peu d'études), moclobémide (essais contradictoires)
- les antipsychotiques atypiques : olanzapine, quétiapine, rispéridone
- autres thérapies : pindolol combiné à la fluoxétine ; gabapentine ; divalproex ; bupropion ;

Ne sont pas recommandés : la buspirone, la trazodone, le propranolol, la carbamazépine.

Le traitement doit de préférence être poursuivi de 6 à 12 mois.

Combinaison du traitement psychologique et pharmacologique :

Le traitement combiné à la phase aiguë du trouble semble être plus efficace que chaque traitement isolé, mais ce bénéfice ne se maintient pas par la suite.

c. Selon la Conférence de Consensus de la Commission des Médecins Allemands

En cas d'attaque de panique, la plupart du temps un simple entretien avec le patient aide à rassurer celui-ci.

Dans les cas d'angoisse plus importante, des benzodiazépines telles le lorazépam 1-2,5 mg par prise ou le diazépam en gouttes peuvent être utilisés.

En cas de trouble panique d'évolution chronique, on recommande en 1^{ère} intention des antidépresseurs comme la clomipramine 75-200mg/j ou l'imipramine 75-200mg/j (antidépresseurs tricycliques), la paroxétine 20-60mg/j, le citalopram 20-60mg/j, la fluoxétine 20-40mg/j, la fluvoxamine 100-300mg/j, la sertraline 50-150mg/j (ISRS),

En cas de résistance à la thérapie, l'utilisation de benzodiazépines est possible en l'absence d'existence d'antécédent de dépendance à ces dernières. Elles peuvent aussi être utilisées en début de traitement pour contrecarrer l'absence d'efficacité des antidépresseurs les premières semaines. Si malgré ces traitements, on n'observe pas d'amélioration, la phénelzine (IMAO) a une efficacité démontrée, mais elle n'est pas commercialisée en Allemagne. La venlafaxine peut également être utilisée dans le trouble panique.

En ce qui concerne la prise en charge non médicamenteuse, le trouble panique avec agoraphobie est le mieux traité par la thérapie d'exposition. Les attaques de paniques sans facteur déclenchant retrouvé sont le mieux soignées par la thérapie cognitivo-comportementale.

G. Prise en charge de la phobie sociale

a. Selon la HAS

Les traitements disponibles sont :

- les thérapies cognitivo-comportementales : thérapie cognitive, thérapie d'exposition, affirmation de soi, thérapie individuelle ou de groupe, relaxation ; la TCC comporte 12-25 séances de 45 minutes.

- les médicaments :

- En 1^{ère} intention : les ISRS (paroxétine, escitalopram), la venlafaxine. Ces médicaments sont réservés aux formes sévères de phobie sociale avec retentissement important sur la vie personnelle ou professionnelle. Le propranolol peut être utilisé ponctuellement pour des situations d'anxiété de performance.
- En 2^e intention : moclobémide, gabapentine, iproniazide
- Les benzodiazépines peuvent être utilisées en association avec le traitement de fond, pendant de courtes durées, en cas d'anxiété aiguë invalidante.
- Le traitement médicamenteux doit durer 12 semaines avant d'être réévalué ; en tout, il doit être maintenu pendant 6-12 mois.

La TCC et le traitement médicamenteux ont prouvé la même efficacité dans la phase aiguë. Le choix de la thérapie dépend du patient.

L'association TCC-traitement médicamenteux n'est pas recommandée à la phase initiale, sauf dans les cas sévères ou résistants.

b. Selon La Revue Canadienne de Psychiatrie

Traitement psychologique :

La TCC est la thérapie recommandée. Elle est plus efficace chez les patients traités individuellement qu'en thérapie de groupe. La thérapie d'exposition semble très efficace.

Traitement pharmacologique :

En 1^{ère} intention :

- ISRS : paroxétine, sertraline, fluvoxamine, escitalopram
- IRSNA : venlafaxine XR

En 2^e intention :

- Citalopram
- Benzodiazépines : clonazépam, alprazolam, bromazépam
- Anticonvulsivants : gabapentine, prégabaline
- IMAO : phénelzine

En dernière intention :

- Fluoxétine
- ANSS : mirtazapine
- Anticonvulsivants : divalproex, topiramate, lévétiracétam
- IRMAO : moclobémide,
- Antipsychotiques atypiques : olanzapine, quétiapine, rispéridone, aripiprazole
- autres traitements : bupropion, clomipramine, sélégiline

Ne sont pas recommandés :

- aténolol, propranolol, imipramine, buspirone, millepertuis

La durée du traitement médicamenteux doit être de 12-24 mois.

Combinaison TCC-traitement médicamenteux :

Ces 2 traitements semblent avoir une efficacité similaire dans le traitement aigu de la phobie sociale. Il ne semble pas y avoir d'avantage supplémentaire à la combinaison de ces 2 traitements par rapport à chaque traitement utilisé seul.

c. Selon la Conférence de Consensus de la Commission des Médecins Allemands

Les médicaments recommandés sont:

En 1^{ère} intention :

- les ISRS : fluvoxamine, paroxétine, sertraline
- le moclobémide
- les benzodiazépines, à utiliser en traitement de courte durée, en cas de cas sévères ou d'anxiété importante

En 2^e intention :

- les IMAO : tranylcypromie, phénelzine

La psychothérapie recommandée est la thérapie cognitivo-comportementale :

- Thérapie d'exposition
- Thérapie cognitive

H. Prise en charge de la phobie spécifique

a. Selon la HAS

Aucun médicament n'a apporté la preuve de son efficacité.

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

Le traitement recommandé est la thérapie cognitivo-comportementale, notamment la thérapie d'exposition. On conseille 12-25 séances de 45 minutes.

b. Selon La Revue Canadienne de Psychiatrie

Traitement psychologique :

Le principal traitement des phobies spécifiques repose sur la thérapie d'exposition, tant in vivo que par la réalité virtuelle. L'approche courante de la thérapie d'exposition consiste en une exposition progressive. L'exposition à la réalité virtuelle simulée par ordinateur s'est avérée efficace pour des phobies comme la peur de l'avion et des hauteurs, pour lesquelles l'exposition in vivo n'est pas pratique.

Traitement pharmacologique :

Il n'existe que peu d'études sur l'utilité des médicaments dans la prise en charge des phobies spécifiques. Très peu de données existent sur l'utilisation des antidépresseurs.

Les benzodiazépines sont utilisées pour soulager les symptômes aigus.

c. Selon la Conférence de Consensus de la Commission des Médecins Allemands

La thérapie d'exposition au stimulus déclencheur de l'angoisse est très souvent efficace dans la prise en charge des phobies spécifiques.

Seulement dans des cas très rares de grande sévérité, un traitement pharmacologique p.ex. par ISRS peut s'avérer nécessaire.

I. Prise en charge du trouble obsessionnel-compulsif

a. Selon la HAS

Il est important d'insister sur le fait que la coopération entre médecin généraliste et psychiatre est essentielle, vu le caractère envahissant et handicapant de cette maladie très fréquemment résistante au traitement.

Les objectifs du traitement sont de diminuer les symptômes et la perte de temps, d'améliorer la qualité de vie, de limiter les effets indésirables des traitements.

Les *psychothérapies* utilisées sont les thérapies cognitives et comportementales, basées sur l'exposition avec prévention de la réponse. Elles reposent sur au moins 25 séances de 45 minutes. Un traitement à domicile peut s'avérer nécessaire pour des patients incapables de sortir de chez eux.

Parmi les *traitements médicamenteux* recommandés figurent les ISRS qui représentent le traitement de 1^{ère} intention : fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline, escitalopram. La clomipramine est aussi efficace que les ISRS. La mise en route du traitement doit être hautement surveillée vu le risque de passage à l'acte et d'autoagressivité chez les patients dépressifs.

En cas de réponse insuffisante aux ISRS après 4-6 semaines, la posologie peut être augmentée progressivement.

En cas d'échec au traitement, un autre ISRS ou la clomipramine (150mg/j) doivent être essayés. En cas de TOC résistant au traitement, un avis psychiatrique doit être demandé : divers médicaments peuvent être essayés en association avec les antidépresseurs, comme p.ex. la buspirone, le lithium, un antipsychotique atypique.

L'association psychothérapie-traitement médicamenteux est proposée d'emblée dans les formes sévères, ou après échec de la monothérapie.

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

Une hospitalisation peut se révéler nécessaire en cas de risque vital, d'autonégligence sévère, de détresse extrême, d'absence de réponse aux traitements médicamenteux associés à la psychothérapie sur de longues périodes, de comorbidités associées telles que dépression, anorexie mentale, schizophrénie, trouble bipolaire.

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

Les consultations doivent avoir lieu toutes les 2-4 semaines environ en début de traitement, puis toutes les 8-12 semaines.

b. Selon La Revue Canadienne de Psychiatrie:

Traitement psychologique :

La psychothérapie utilisée est la thérapie cognitivo-comportementale, elle peut être individuelle ou en thérapie de groupe. La thérapie individuelle semble néanmoins plus efficace, peut-être parce qu'elle permet de personnaliser davantage la prise en charge.

Traitement pharmacologique :

Chez les patients atteints de TOC, la thérapie doit commencer par un ISRS de 1^{ère} intention tel que la fluoxétine, la fluvoxamine, la paroxétine, la sertraline. Si la réponse à un de ces médicaments est insuffisante, il faut augmenter le dosage avant de décider de passer à un autre médicament ou à une combinaison de médicaments. Si l'essai de 2 différents médicaments de 1^{er} recours ne conduit pas à des améliorations suffisantes, on conseille alors la clomipramine. Bien que son efficacité soit démontrée, ses effets secondaires et sa tolérance n'en font qu'un médicament de 2^e choix. Si tous ces médicaments se sont avérés inefficaces, il faut envisager un traitement par la mirtazapine, la venlafaxine XR, le citalopram, ou une thérapie adjuvante à la rispéridone ou à la mirtazapine.

En l'absence de réponse, on passe aux traitements de 3^e intention qui sont : la clomipramine en intraveineux et la tranlycypromine. L'escitalopram, l'olanzapine, la quétiapine, l'halopéridol, la gabapentine, le topiramate, le tramadol, la riluzole, la phénelzine, le millepertuis, le pindolol

ont montré une certaine efficacité dans des 1ères études et peuvent être utilisés pour une thérapie adjuvante ou auxiliaire pour le traitement du TOC.

Ne sont pas recommandés : le clonazépam, la désipramine, le bupropion, la clonidine, le naltrexone, la buspirone, le lithium.

Il est important que les patients reçoivent des dosages adéquats dès le début du traitement, et qui peuvent parfois être supérieurs aux dosages habituellement recommandés. Le délai d'action des antidépresseurs peut être de plus de 6 semaines. La médication protège probablement contre la rechute, pour autant qu'elle soit poursuivie. La pharmacothérapie doit être poursuivie pendant au moins 6 mois après le traitement aigu, voire 1-2 ans. L'arrêt doit être progressif.

Combinaison traitement psychologique- traitement médicamenteux :

Il existe de données solides prouvant l'efficacité de chaque traitement utilisé seul ; beaucoup d'incertitude et de controverse entoure l'efficacité de l'utilisation de ces traitements en combinaison.

La thérapie neurochirurgicale :

Si les patients sont en échec total des traitements proposés antérieurement, des approches neurochirurgicales peuvent être discutées. Il s'agit de cingulectomie antérieure, de capsulotomie antérieure, de tractotomie subcaudée, de leucotomie limbique, de stimulation cérébrale profonde. En 1^{ère} intention est préférée la stimulation cérébrale profonde.

c. Selon la Conférence de Consensus de la Commission des Médecins Allemands

Les TOC sont plus difficiles à traiter que les autres troubles anxieux. Souvent on n'aboutit qu'à une réduction partielle des symptômes. En règle générale, le traitement doit être conservé pendant une très longue durée, et parfois des doses élevées de médicaments sont nécessaires.

Comme médicament, on peut utiliser des ISRS tel que le citalopram, la fluoxétine, la fluvoxamine, la paroxétine, la sertraline. De même, on peut utiliser la clomipramine.

En cas de résistance, un traitement combiné avec un neuroleptique (pex rispéridone ou olanzapine) peut être essayé.

De plus, la TCC joue un rôle essentiel dans le traitement du TOC.

J. Prise en charge de l'état de stress post-traumatique

a. Selon la HAS

Il s'agit de diminuer les symptômes, les comorbidités, les incapacités survenus après un événement traumatique, de réduire le niveau de détresse, de prévenir les récurrences à long terme, d'améliorer le fonctionnement et la qualité de vie.

Le *soutien psychologique* est essentiel chez la plupart des patients victimes de traumatismes graves.

Le traitement de choix est la thérapie cognitivo-comportementale centrée sur le traumatisme, ou l'EMDR. Les techniques d'hypnose peuvent être bénéfiques sur les symptômes tels que les douleurs, l'anxiété, les cauchemars.

Il faut proposer une psychothérapie peu importe le délai passé depuis le traumatisme.

Il s'agit d'une psychothérapie individuelle, au rythme de une à deux séances par semaine, 15-20 séances au total.

Le *traitement médicamenteux* est indiqué dans les formes chroniques qui durent plus d'un an.

La paroxétine est la seule molécule ayant une AMM dans cette indication.

En cas d'échec à la paroxétine, il faut demander un avis psychiatrique : les médicaments proposés sont hors AMM (fluoxétine, fluvoxamine, sertraline, amitriptyline, imipramine).

L'association TCC-ISRS peut être supérieure à celle de chaque traitement seul.

La durée initiale du traitement doit être de 12 semaines avant de changer de traitement. Si le traitement est efficace, il doit être continué un an avant d'envisager son arrêt progressif.

Les patients à risque de suicide doivent être revus une semaine après le début du traitement, puis régulièrement.

En l'absence de risque de suicide, les patients doivent être revus deux semaines après le début du traitement puis régulièrement toutes les 2-4 semaines.

b. Selon La Revue Canadienne de Psychiatrie

La prévention de l'ESPT est essentielle. En effet, le soutien psychologique au moment de l'événement traumatique semble particulièrement important. L'intervention psychologique le plus souvent utilisée comporte une seule séance, individuelle ou en groupe, afin de récapituler le stress critique lié à un incident après des expériences traumatiques.

Traitement psychologique :

Plusieurs approches de TCC sont efficaces dans la prise en charge de l'ESPT ; elles comprennent l'éducation à propos de l'ESPT et l'exposition à des situations reliées à l'événement traumatique. Le suivi après la fin du traitement s'est limité à 6-12 mois et il semble que les résultats se maintiennent après cette période.

L'EMDR est souvent utilisé en pratique clinique. Son utilisation est controversée en raison de l'absence de données probantes claires.

Traitement pharmacologique :

Le traitement de 1^{ère} intention est la fluoxétine, la paroxétine, la sertraline, la venlafaxine XR. Si la réponse est insuffisante, il faut augmenter le dosage.

En cas d'échec, il faut passer à un autre médicament de 1^{er} recours, ou ajouter un agent de 2^e intention (fluvoxamine, la mirtazapine, le moclobémide, phénelzine).

En 3^e recours, il y a l'amitriptyline et l'imipramine. D'autres traitements, utilisés en adjuvants, sont possibles : carbamazépine, gabapentine, lamotrigine, valproate, tiagabine, topiramate, quétiapine, clonidine, trazodone, buspirone, bupropion, prazosine, citalopram.

Ne sont pas recommandés : alprazolam, clonazépam, olanzapine, désipramine, cyproheptadine.

Aucun essai contrôlé ne compare les résultats du traitement combiné à ceux de la monothérapie.

Un essai de traitement doit durer au moins 8 semaines. De nombreux patients ont besoin d'un traitement à long terme afin de prévenir toute rechute.

c. Selon la Conférence de Consensus de la Commission des Médecins Allemands

Il n'existe pas de consensus allemand concernant la prise en charge de l'état de stress post-traumatique.

La prise en charge de l'état de stress aigu, de l'anxiété de séparation et de l'agoraphobie n'est pas précisée dans ces trois recommandations.

V. FORMATIONS CONCERNANT LES TROUBLES ANXIEUX

A. Cours pendant le 2^e cycle des études de médecine

Les programmes d'études de 3 facultés de médecine ont été étudiés afin de savoir combien de temps était consacré à l'apprentissage des troubles anxieux. Nous avons choisi une faculté dans chacun des trois pays voisins du Luxembourg, à savoir l'Allemagne (Heidelberg), la France (Nancy) et la Belgique (Université de Liège).

A la faculté de médecine de Heidelberg en Allemagne, le programme d'études prévoit exactement une heure et demie pour l'enseignement des troubles anxieux, sous forme de cours magistral intitulé : Angst- und Zwangsstörungen (Troubles anxieux et troubles obsessionnels). L'ensemble du programme de psychiatrie est enseigné sur environ 25 heures. En comparaison, le module de cardiologie est enseigné sur 70 heures.³⁵

La faculté de médecine de Nancy consacre trois heures en tout aux items 41 (Troubles anxieux, troubles phobiques, troubles obsessionnels compulsifs, troubles conversifs, états de stress post-traumatiques et troubles de l'adaptation) et 266 (Névroses) du programme des Epreuves Classantes Nationales. Le programme complet de psychiatrie est enseigné sur 60 heures de cours. En comparaison, le programme du module de cardiologie comprend 40 heures de cours.³⁶

L'université de Liège ne donne pas le détail exact de la répartition de son programme d'études, mais on sait que le module complet de psychiatrie est enseigné pendant 24 heures, et comprend les thèmes suivants : 1) troubles anxieux (trouble panique, phobie spécifique, phobie sociale, trouble obsessionnel-compulsif, état de stress post-traumatique, état de stress aigu, anxiété généralisée), 2) troubles de l'humeur (trouble dépressif majeur, trouble bipolaire, trouble dysthymique, trouble cyclothymique), 3) troubles de l'adaptation, 4) troubles somatoformes et factices (trouble de la somatisation, trouble somatoforme indifférencié, trouble de conversion, trouble somatoforme douloureux, hypochondrie, peur d'une dysmorphie corporelle, trouble factice), 5) alcoolisme, 6) toxicomanies, 7) schizophrénie et autres psychoses (schizophrénie,

trouble schizophréniforme, trouble schizo-affectif, trouble délirant, trouble psychotique bref, trouble psychotique partagé), 8) troubles du contrôle des impulsions, 9) troubles alimentaires (anorexie mentale, boulimie), 10) urgences psychiatriques. En comparaison, le module de cardiologie est enseigné sur 65 heures.³⁷

B. Cours pendant le 3^e cycle de médecine générale

La faculté de médecine de Heidelberg ne propose pas de cours de psychiatrie pendant le 3^e cycle de médecine générale.³⁵

A la faculté de médecine de Nancy, la validation du DES de médecine générale repose entre autres sur la participation aux cours offerts par l'enseignement. Il faut en effet assister à au moins 50% des cours proposés pendant les 3 ans de la formation de médecine générale, c'est-à-dire à environ 120 à 130 heures sur les 257 heures de cours proposés. Parmi ces cours figurent des enseignements aussi divers que la pathologie du rachis, le suivi du jeune enfant, le dossier médical, l'hypertension artérielle et l'insuffisance cardiaque, et l'anxiété, la dépression et les psychoses. A ce dernier cours sont consacrés cinq heures et quarante cinq minutes.³⁸

A la faculté de médecine de Liège, le 3^e cycle de médecine générale comporte, hormis des stages obligatoires, également 200 heures de cours à valider en 2 ou 3 ans. Il n'y a pas de précisions quant au programme exact de ces cours, mais il semble qu'ils consistent avant tout en des séminaires sur la pratique médicale.³⁷

C. Formation médicale continue au Luxembourg

L'Institut Luxembourgeois pour la Formation Médicale Continue (ILFMC) a été créé en 2005 par plusieurs associations telles l'ALFORMEC (Association Luxembourgeoise pour la Formation Médicale Continue, existant depuis 1979)³⁹, l'Association des Médecins-Dentistes, la Fédération des Médecins Spécialistes, la Société des Sciences Médicales, la Société Scientifique Luxembourgeoise de Médecine Générale. Il s'agit d'une organisation indépendante non-gouvernementale.

L'ILFMC agit comme gestionnaire de la qualité par l'accréditation des événements de FMC suivant des critères nationaux et internationaux. Elle gère la coordination des événements et des programmes de la FMC par la publication et la diffusion d'un plan synoptique, mentionnant tous les événements accrédités avec les objectifs pédagogiques pour des professionnels ciblés.⁴⁰

Contrairement à la France, il n'existe à ce jour toujours aucune obligation à une Formation Médicale Continue pour les généralistes travaillant au Luxembourg. La participation aux formations proposées est volontaire.⁴¹

L'ILFMC propose une à deux FMC par mois, destinées aux médecins généralistes et/ou spécialistes voire parfois au personnel paramédical, et traitant divers sujets de la médecine, tels les soins palliatifs en gériatrie, la prise en charge de l'insuffisance cardiaque au domicile, le diabète insulino-dépendant, des formations théoriques et pratiques de l'ECG....⁴⁰

L'ALFORMEC (Association Luxembourgeoise pour la Formation Médicale Continue), membre fondateur de l'ILFMC, organise de son côté également des formations médicales continues et notamment des journées de médecine générale, plusieurs fois par an. Elles sont ouvertes à tous les médecins.⁴²

En 2008, une seule conférence traitant les troubles anxieux a eu lieu au Luxembourg, à l'Hôpital du Kirchberg. Elle s'inscrivait dans le cadre de la détection précoce de certaines maladies, tels les mésusages et abus de substances (benzodiazépines et alcool), les psychoses, les personnalités borderline, et les troubles anxieux.

VI. ETUDE DE LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ANXIEUX PAR LES MEDECINS GENERALISTES AU LUXEMBOURG

A. Description de l'étude

1. But de l'étude

L'objectif principal est l'étude de la prise en charge des troubles anxieux par les médecins généralistes (MG) exerçant au Luxembourg. L'étude permet également de déterminer certains aspects démographiques et professionnels de ces médecins.

2. Matériel et méthodes

L'enquête a été effectuée auprès des médecins généralistes exerçant au Luxembourg. Aucune étude concernant les troubles anxieux n'a été réalisée dans ce pays antérieurement. Il s'agit d'une étude transversale descriptive, réalisée à l'aide d'un questionnaire.

Ce questionnaire a été envoyé aux 372 médecins généralistes exerçant au Luxembourg. La liste exhaustive de ces médecins a été obtenue auprès de l'Ordre des Médecins luxembourgeois ainsi que du Ministère de la Santé du Luxembourg. A noter que l'ensemble de ces médecins ne travaille pas en privé ; à côté des MG installés en ville, ont été inclus également les MG exerçant dans les hôpitaux publics ou privés du Luxembourg, de même que ceux travaillant dans des maisons de retraite.

Chaque enveloppe envoyée contenait une lettre d'explications ainsi que le questionnaire, le tout en 2 exemplaires, français et allemand. Une enveloppe de réponse préaffranchie était également fournie.

Le temps d'inclusion allait officiellement du 14 novembre 2008 au 31 décembre 2008 ; les quelques réponses parvenues après ce délai ont néanmoins été prises en compte. Il n'y a pas eu de relance, ni téléphonique, ni par courrier.

Le questionnaire comprend 19 questions, à choix simple ou multiple. Il rassemble des informations démographiques concernant chaque médecin, ainsi que des questions quant à la fréquence des troubles anxieux chez leurs patients, les habitudes de suivi de ces patients, la prise en charge médicamenteuse ou non des troubles anxieux...

La lettre d'information et le questionnaire peuvent être retrouvés en **Annexe 2 et 3**.

3. Analyse de l'étude

Dans un premier temps, nous avons décrit la démographie des médecins généralistes du Luxembourg, ainsi que les caractéristiques de leurs études de médecine.

Dans un deuxième temps, nous avons procédé à l'analyse de la prise en charge des troubles anxieux par les médecins généralistes du Luxembourg, en comparant ces résultats à ceux validés par les recommandations dans trois pays différents, la France, l'Allemagne, le Canada.

Les données de l'étude ont été traitées au moyen du logiciel Excel 2007. Les analyses statistiques ont été réalisées sous StatView.

B. Résultats

1. Participation des médecins

372 questionnaires ont été envoyés. Au total, 157 réponses ont été obtenues, soit 42,2%.

Trois médecins ont renvoyé un questionnaire non rempli, le premier travaillant comme échographiste, le deuxième étant fonctionnaire, et le dernier ne travaillant plus comme médecin généraliste.

Après exclusion de ces médecins, l'analyse de l'étude a pu être réalisée sur 154 réponses, c'est-à-dire 41,4% des questionnaires envoyés.

Dans l'ensemble, le questionnaire a été accepté sans remarques majeures, plusieurs MG ont émis des encouragements sympathiques.

2. Caractéristiques démographiques des participants

2.1. Sexe

Dans notre étude, 93 hommes ont rempli le questionnaire, soit 61% des médecins généralistes.

Les femmes ont été au nombre de 59, soit 39%. (**Figure 1**)

Deux médecins n'ont pas répondu à la question.

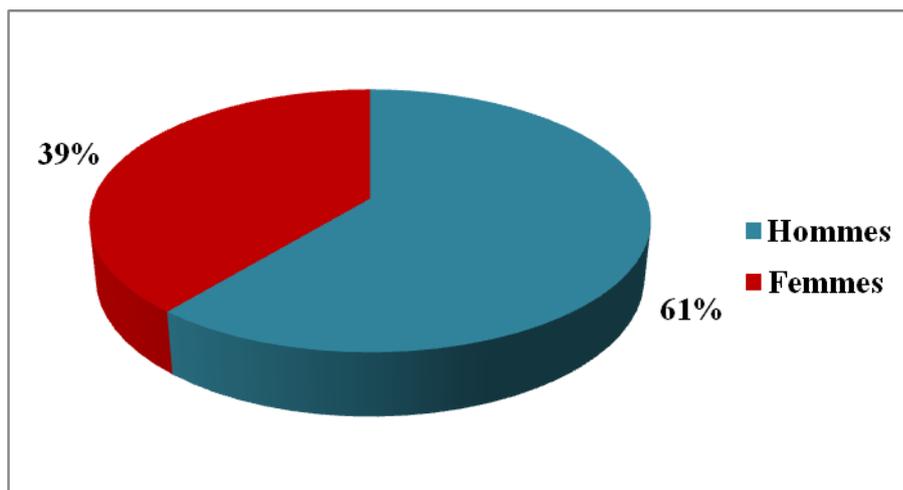


Figure 1 : Répartition des MG selon le sexe

2.2. Âge (Figure 2)

L'âge moyen des médecins généralistes ayant participé à l'étude est de 47,0 ans. Les hommes ont en moyenne 49,0 ans, les femmes 43,5 ans. Cette différence d'âge est statistiquement significative ($p=0,0005$), les femmes MG sont plus jeunes que les hommes MG.

Le participant le plus jeune a 30 ans, le plus âgé 75 ans.

Trois médecins n'ont pas donné de réponse à cette question.

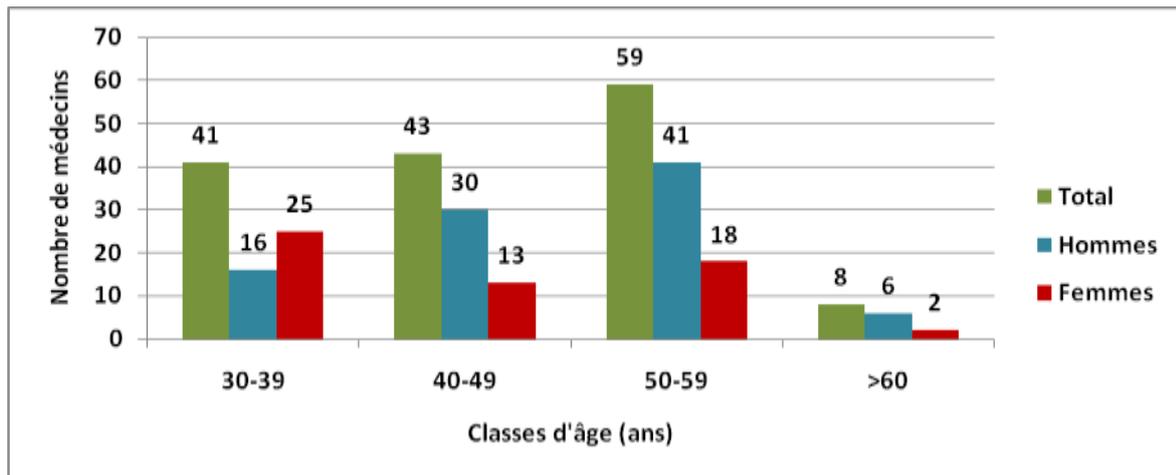


Figure 2 : Répartition des MG en fonction de l'âge

3. Caractéristiques professionnelles des participants

3.1. Nombre d'années d'exercice au Luxembourg

Les médecins généralistes ont en moyenne 16,4 années d'exercice, le minimum étant de 1 an et le maximum de 45 ans. Presqu'un quart des médecins généralistes travaille depuis moins de 5 ans au Luxembourg. Trois médecins n'ont pas répondu à la question. (Figure 3)

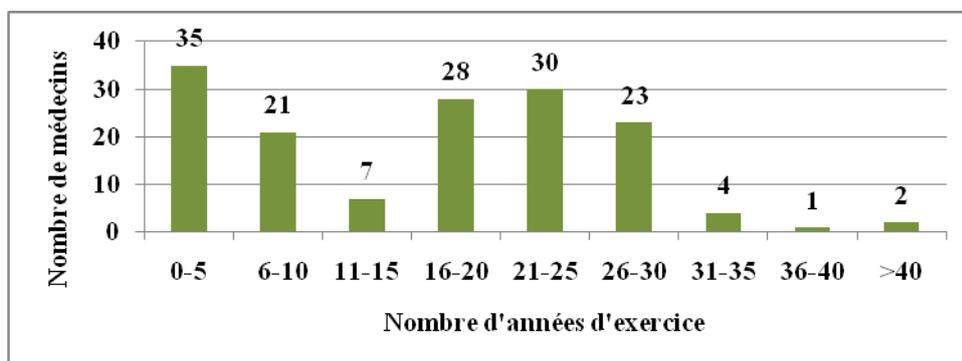


Figure 3 : Répartition des MG en fonction du nombre d'années d'exercice

3.2. Modalités de travail du médecin : en libéral, en cabinet de groupe, à l'hôpital

La majorité des médecins généralistes exercent en libéral, ou seul (50%) ou en association (39%). **(Figure 4)**

5% des médecins généralistes travaillent exclusivement à l'hôpital : aux urgences adultes (3,25%), en psychiatrie (0,65%), non précisé (1,3%).

5% des MG ont un exercice libéral et un poste autre part : 2,6% aux urgences, 0,8% en maison de santé, 0,8% en rééducation, 0,8% non précisé.

1% des médecins généralistes interrogés travaillent dans une structure autre que celles citées : aux Institutions Européennes.

Un médecin n'a pas répondu à cette question.

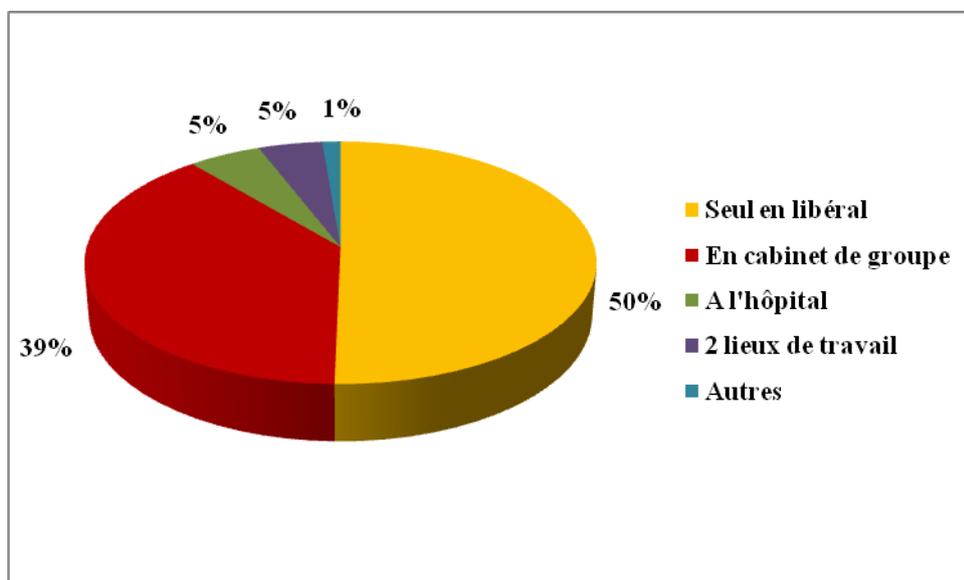


Figure 4 : Répartition des MG en fonction de leurs modalités de travail

3. 3. Nombre de patients vus par mois

Les médecins généralistes au Luxembourg voient en moyenne 397 patients par mois, le minimum observé étant de 4 patients par mois, le maximum de 1000 patients par mois.

Le nombre de non réponses est de treize.

4. Caractéristiques des études de médecine des participants

4.1. Le(s) pays d'études (2e et 3e cycles)

La majorité des participants ont fait leurs études de médecine en France (44,4%) ou en Belgique (38,6%). (**Figure 5**)

11,1% ont étudié en Allemagne et 8,5% en Autriche.

Les 8,5% restants ont étudié au Luxembourg (2,6%), en Italie (1,9%), en Suisse (1,3%), en Hongrie (0,7%), en Pologne (0,7%), pays non précisé (1,3%).

Un médecin n'a pas répondu à cette question.

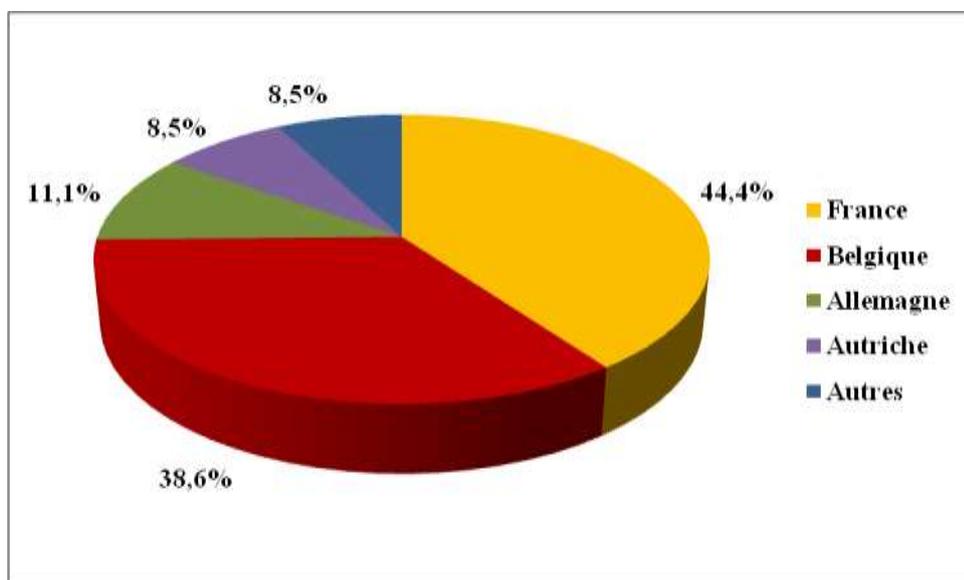


Figure 5 : Répartition des MG en fonction de leur pays d'études

4.2. L'existence de cours sur les troubles anxieux pendant les études de médecine

Plus de la moitié des médecins (57%) rapportent avoir eu des cours sur les troubles anxieux pendant les 2^e ou 3^e cycles de médecine. 43% n'ont en pas eu.

4 médecins n'ont pas donné de réponse à cette question.

Parmi les médecins ayant bénéficié de cours sur les troubles anxieux pendant leur 2e et/ou 3e cycle de médecine, ceux qui ont étudié en France ont en suivi le plus souvent (62%). (**Figure 6**)

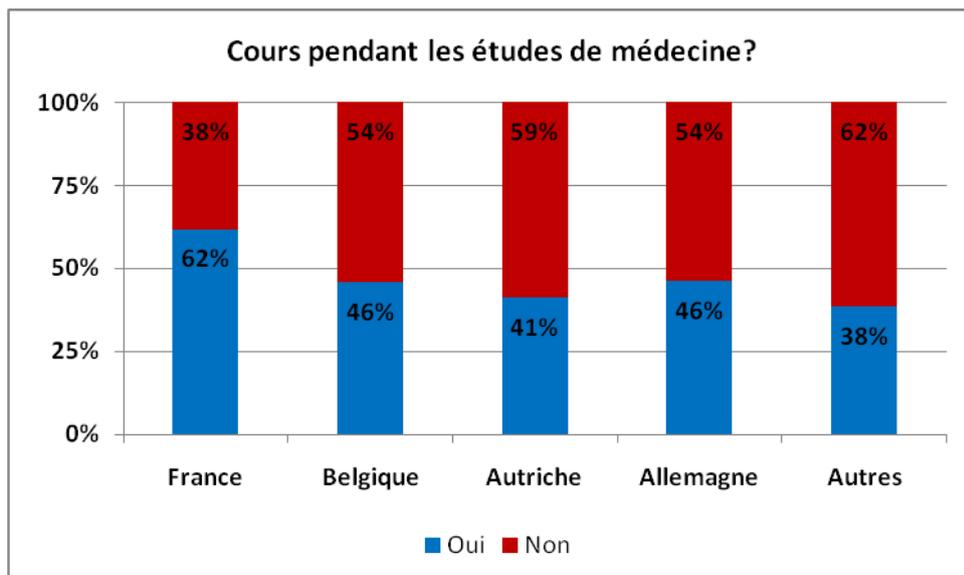


Figure 6: Proportion de MG ayant bénéficié de cours sur les troubles anxieux, en fonction de leur pays d'études

5. Les troubles anxieux

5.1. Les connaissances : d'où les MG tiennent-ils leurs connaissances sur ces troubles ?

Les médecins généralistes du Luxembourg ayant participé à l'étude déclarent tenir leurs connaissances sur les troubles anxieux essentiellement des revues de médecine (86/153), suivi des formations proposées au Luxembourg (71/153), des cours de médecine de 2^e et 3^e cycle (65/153), puis des livres de médecine (64/153). 63 médecins font confiance à leur expérience professionnelle pour la prise en charge du trouble anxieux. Les congrès ne sont cités qu'en 7^e place (26/153), suivi des informations fournies par internet (23/153).

Les conférences de consensus quelles qu'elles soient (américaines, françaises, allemandes) ne sont quasiment pas utilisées (respectivement 13/153, 11/153, 5/153). (**Figure 7**)

Les autres sources d'informations ne sont pas précisées par les participants.

Un médecin n'a pas répondu à cette question.

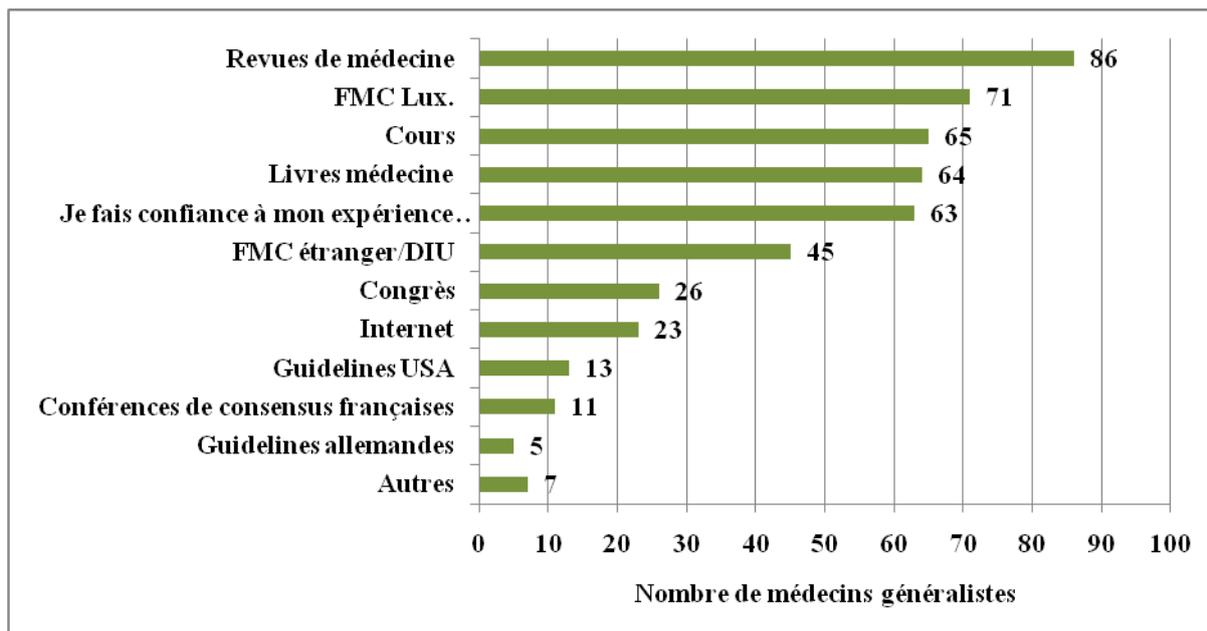


Figure 7: Moyens de formation pour acquérir des connaissances sur les troubles anxieux

5.2. Le ressenti personnel par rapport à la prise en charge du trouble anxieux

30% des médecins interrogés se sentent toujours à l'aise dans la prise en charge des patients présentant un trouble anxieux.

69% des participants ne trouvent pas toujours cette prise en charge évidente.

1% finalement dit ne jamais se sentir à l'aise face au traitement des troubles anxieux. (Figure 8)

Le taux de non réponse est de 2/154.

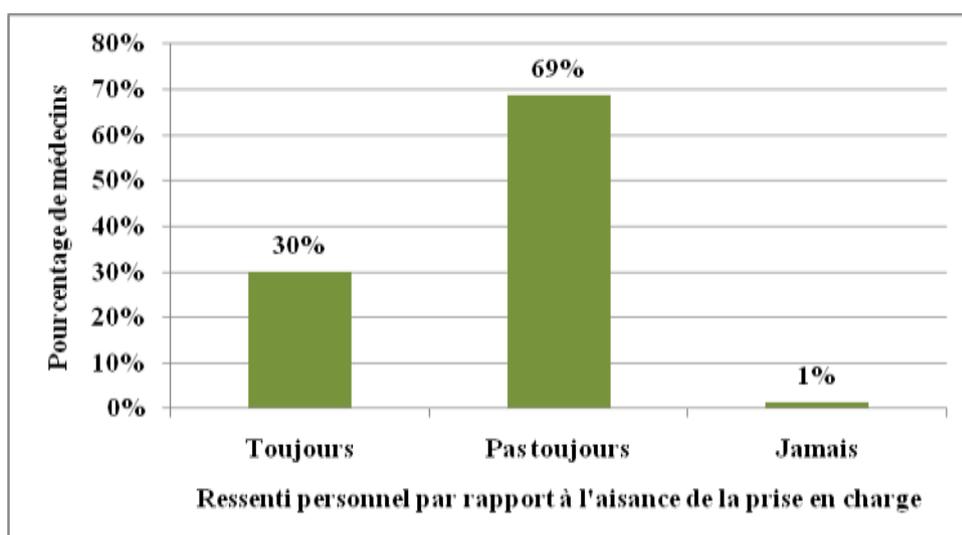


Figure 8 : Répartition des MG en fonction de leur ressenti par rapport à l'aisance de la prise en charge d'un trouble anxieux

5.3. Le moyen utilisé par le MG pour faire le diagnostic d'un trouble anxieux

Certains médecins ont donné plusieurs réponses. (**Figure 9**)

La grande majorité des médecins (122/153) demande au patient s'il est anxieux parce qu'ils ont l'impression que c'est le cas. 33 généralistes attendent que le patient leur parle de lui-même de ses peurs. 11 médecins demandent systématiquement à chaque patient s'il éprouve de l'anxiété, même si ce n'est pas le motif initial de la consultation. 10 médecins se servent de questionnaires pour détecter un trouble anxieux, et 16 participants utilisent d'autres moyens, notamment en s'appuyant sur les critères du DSM-IV.

Un médecin n'a pas répondu à la question.

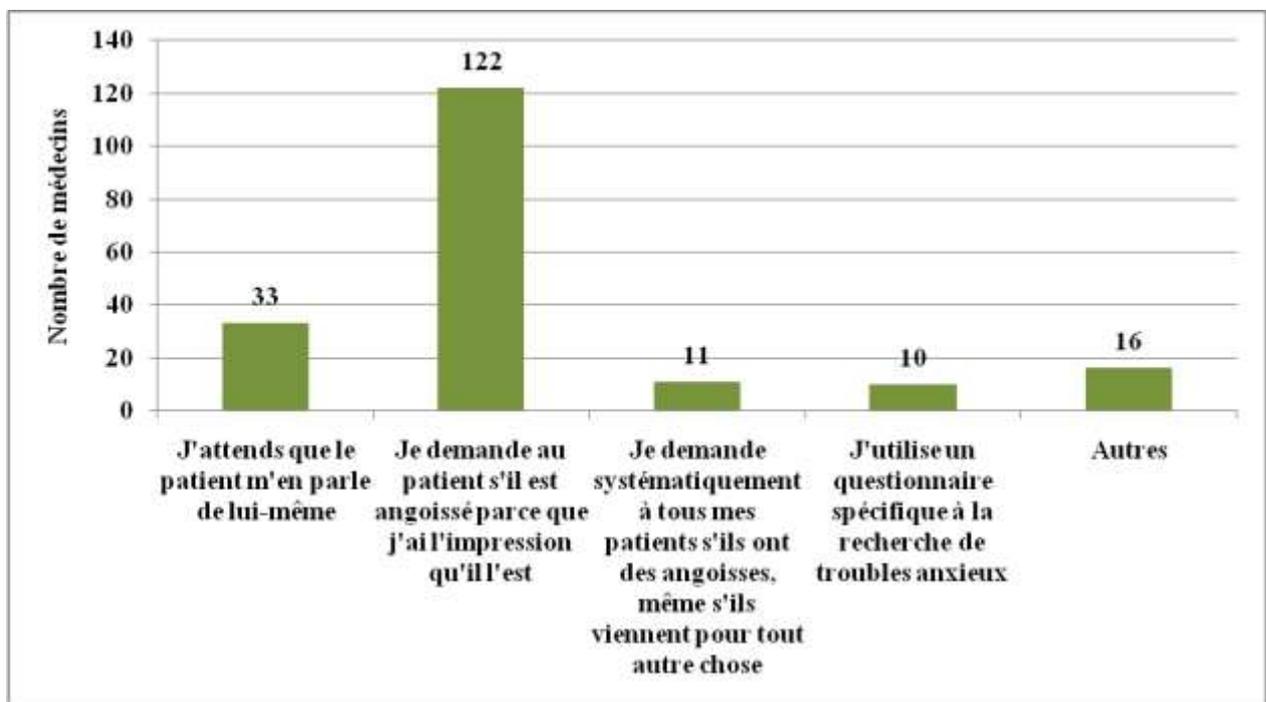


Figure 9 : Répartition des médecins en fonction de la méthode de diagnostic des troubles anxieux

5.4. Les troubles anxieux rencontrés par les MG au cours de leur pratique quotidienne, leur fréquence globale et le trouble le plus fréquent

5.4.1. Les troubles anxieux rencontrés par les MG depuis le début de leur installation

Tableau 1 : Pourcentage de médecins généralistes ayant rencontré les différents troubles anxieux depuis le début de leur installation

Années d'installation	Phobie spécifique	Agoraphobie	Angoisse de séparation	TOC	Anxiété généralisée	ESPT	Trouble panique	Phobie sociale	Etat de stress aigu
0-5	65,7%	45,7%	54,3%	62,9%	94,3%	74,3%	85,7%	71,4%	71,4%
6-15	85,7%	71,4%	60,7%	75%	100%	89,3%	92,9%	71,4%	85,7%
16-25	65,5%	70,7%	67,2%	86,2%	96,6%	82,8%	96,6%	84,5%	84,5%
>25	86,7%	76,7%	86,7%	76,7%	96,7%	70%	96,7%	83,3%	80%
Total	73%	67%	67%	78%	97%	79%	93%	80%	82%

40% des MG ont soigné les neuf troubles anxieux listés dans le questionnaire.

Au total, 73% des MG ont vu des patients avec une phobie spécifique. En fonction de leur durée d'installation, 65,7% (0-5 ans d'exercice), 85,7% (6-15 ans d'exercice), 65,5% (16-25 ans d'exercice), 86,7% (>25 ans d'exercice) des MG ont rencontré ce trouble anxieux pendant leur pratique de médecin.

Des patients présentant une agoraphobie ont été diagnostiqués par 67% des MG ayant répondu au questionnaire, 45,7 % parmi les « 0-5 ans d'exercice », 71,4% (« 6-15 ans d'exercice »), 70,7% (« 16-25 ans d'exercice »), 76,7% (« >25 ans d'exercice »).

67% des MG ont été confronté au moins une fois dans leur vie de médecin à des patients présentant une angoisse de séparation, les médecins installés depuis cinq ans ou moins en ont vu dans 54,3% des cas, ceux exerçant depuis plus longtemps dans 60,7% (6-15 ans d'exercice), 67,2% (16-25 ans d'exercice), respectivement 86,7% des cas (>25ans d'exercice).

Parmi les médecins ayant répondu au questionnaire, 78% ont déjà eu des patients présentant un trouble obsessionnel-compulsif, en particulier 62,9% des médecins récemment installés (0-5 années d'exercice), 75%, 86,2% et 76,7% chez les MG installés depuis 6-15ans, 16-25 ans, et depuis plus de 25 ans respectivement.

Quasiment tous les médecins interrogés (97%) ont pris en charge au moins un patient présentant une anxiété généralisée, ce taux allant de 94,3% chez les médecins les moins longtemps installés à 100% chez les plus anciens.

Au moins un patient présentant un état de stress post-traumatique a figuré parmi la patientèle de 79% de tous les médecins. Ce taux allait de 70% chez les MG exerçant depuis >25ans, à 89,3% chez les MG travaillant depuis 6 à 15 ans (74,3% chez les « moins de 5 ans d'exercice », 82,8% chez les « 16-25 ans d'exercice »).

93% des MG ont pris en charge des patients présentant un trouble panique (85,7% : 0-5ans d'exercice, 92,9% : 6-15 ans d'études, 96,6% : 16-25 ans d'études, 96,7% : >25 ans d'études).

Le diagnostic de phobie sociale a été posé par 80% des MG ayant répondu au questionnaire (71,4% chez les « 0-5 et 6-15 ans d'exercice », 84,5% chez les « 16-25 ans d'exercice », et 83,3% chez les « >25 ans d'exercice »).

Un état de stress aigu a été diagnostiqué par 82% de tous les MG de l'étude (0-5ans d'exercice :71,4%, 6-15 ans :85,7%, 16-25 ans :84,5%, >25 ans : 80%).

Le nombre de non-réponses est de 3. (voir tableau 1 et figure 10)

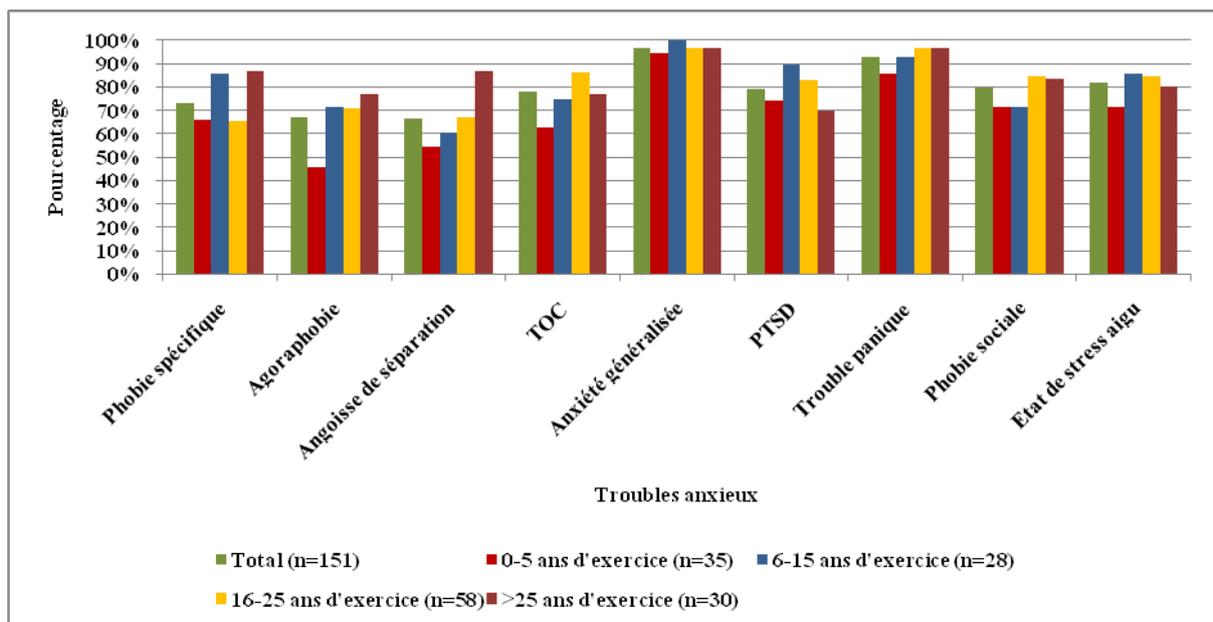


Figure 10 : Troubles anxieux observés par les MG depuis le début de leur installation

5.4.2. La fréquence des troubles anxieux dans le quotidien des MG participant à l'étude

13% des médecins participant à l'étude voient moins de 5 patients présentant un trouble anxieux par mois. 32% en voient 5-10/mois, 27% entre 10 et 20/mois, et 28% y sont confrontés tous les jours. (**Figure 11**)

Un médecin n'a pas répondu à la question.

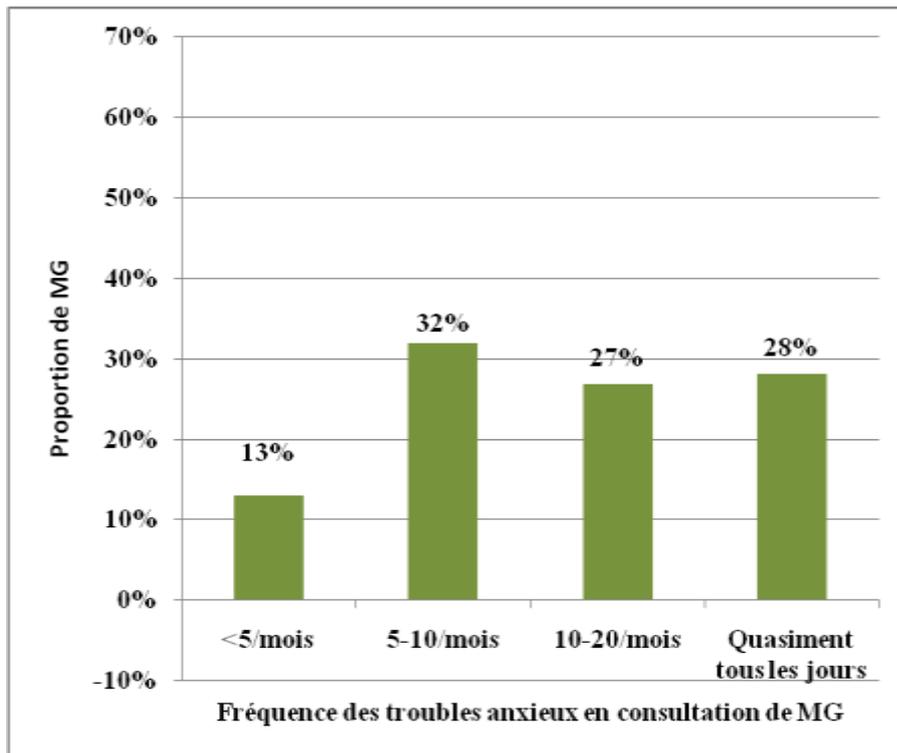


Figure 11 : Fréquence des troubles anxieux en consultation de médecine générale

5.4.3. Le trouble anxieux le plus fréquent dans la pratique des MG

Le trouble anxieux le plus fréquemment rencontré dans la pratique des MG est l'anxiété généralisée (44,4%). (**Figure 12**)

En 2^e et 3^e place on retrouve respectivement l'état de stress aigu (24,2%) et le trouble panique (15,0%).

Plus rarement, les MG sont confrontés à l'état de stress post-traumatique (5,2%), la phobie sociale (3,3%), l'angoisse de séparation (3,3%), le trouble obsessionnel-compulsif (2,0%), l'agoraphobie (1,3%) et la phobie spécifique (1,3%).

Un MG n'a pas donné de réponse à cette question.

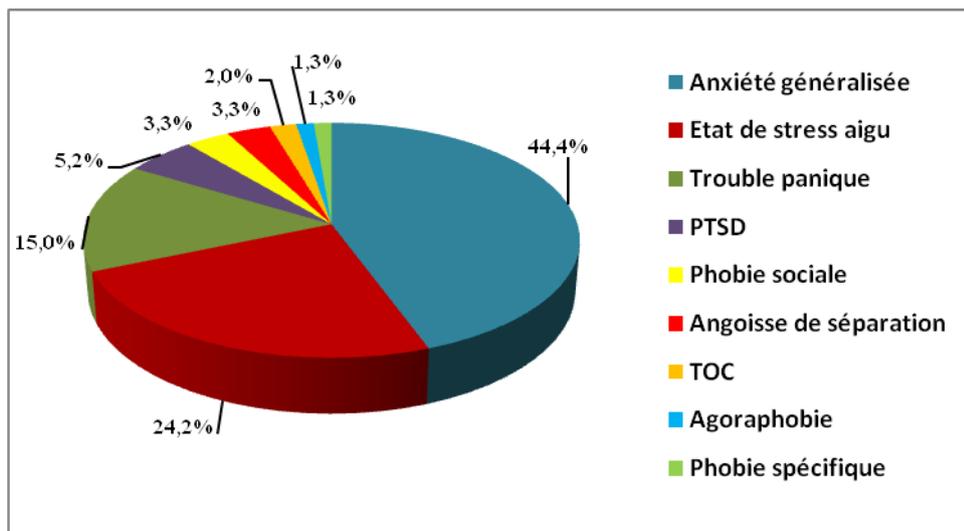


Figure 12 : Trouble anxieux le plus fréquent dans la pratique des MG

5.5. Le trouble anxieux le plus difficile à prendre en charge

Pour 35% des MG interrogés, le trouble anxieux le plus difficile à prendre en charge est le trouble obsessionnel-compulsif. En 2^e place se trouve l'anxiété généralisée (17%), puis la phobie spécifique (13%). Pour environ 1 MG sur 10, la prise en charge est la plus difficile pour la phobie sociale, l'état de stress post-traumatique et le trouble panique. La prise en charge de l'état de stress aigu, de l'agoraphobie, de l'angoisse de séparation semble poser moins de problèmes. (Figure 13) Le taux de non réponse à cette question est de 10/154.

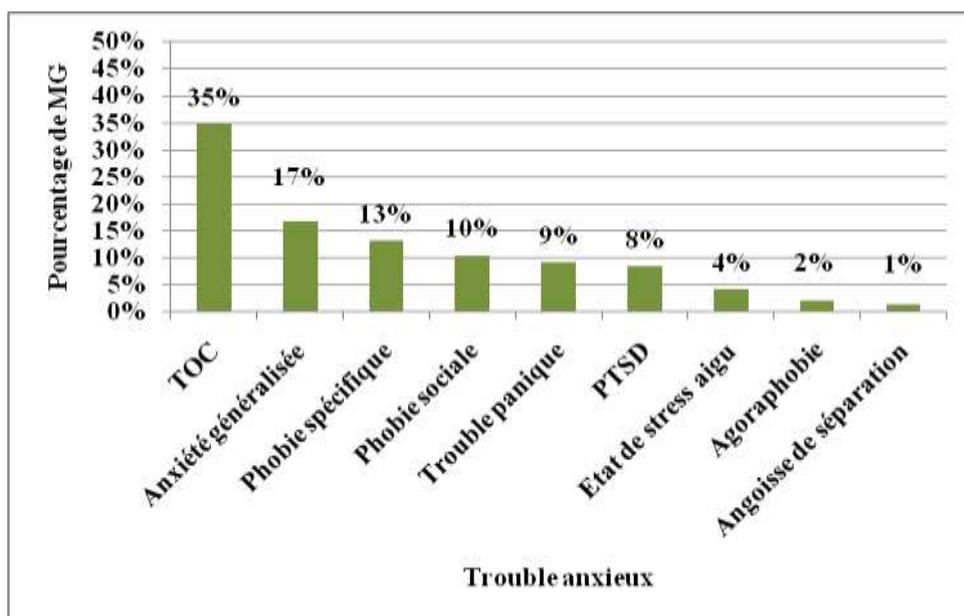


Figure 13: Trouble anxieux le plus difficile à prendre en charge d'après les MG interrogés

5.6. La durée d'une consultation pour trouble anxieux et le rythme des consultations pour trouble anxieux

Chez 59% des médecins généralistes participants, une consultation pour trouble anxieux dure entre 15-30 minutes. 33% des médecins voient les patients pendant 30-45 minutes. 6% y consacrent plus que 45 minutes, et 3% seulement moins d'un quart d'heure. (**Figure 14**)

Deux médecins n'ont pas répondu à la question.

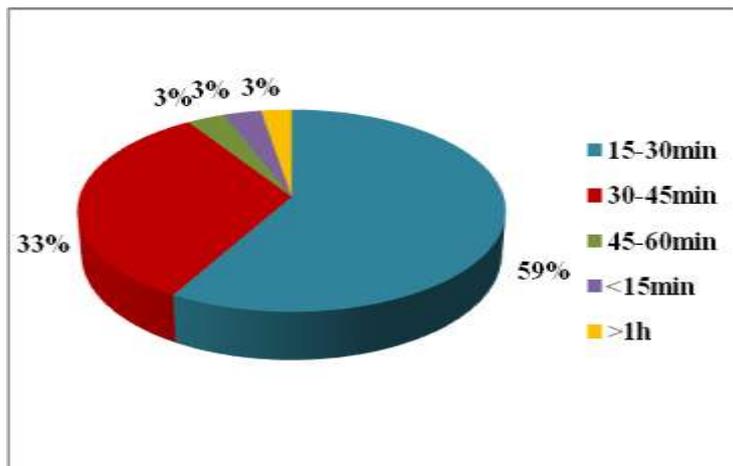


Figure 14 : Répartition des MG en fonction de la durée d'une consultation pour trouble anxieux

Le rythme le plus souvent adopté (64/152) est celui de 1 consultation toutes les 2 semaines. Plus rarement, les médecins généralistes revoient ces patients plusieurs fois par semaine (6 médecins). 11 médecins leur donnent un rendez-vous moins de une fois par mois. (**Figure 14 bis**) Deux MG n'ont pas donné de réponse.

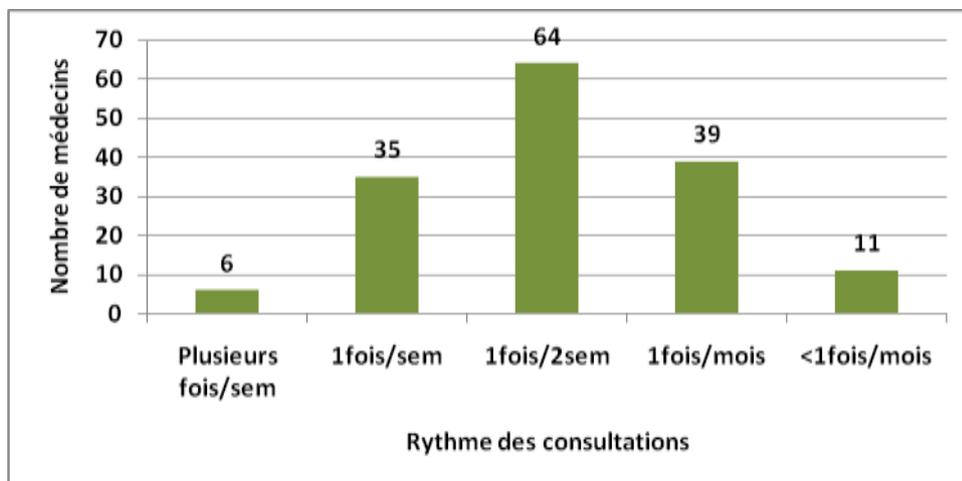


Figure 14bis : Répartition du rythme de suivi

5.7. Quels sont les médicaments que vous prescrivez le plus souvent dans le cadre des troubles anxieux ?

Dans le questionnaire, il avait été demandé quel était le médicament que les MG prescrivaient le plus souvent dans les troubles anxieux. 64 MG (42%) ayant donné plus qu'une réponse à cette question, nous avons reformulé la question (voir titre).

La grande majorité des MG interrogés (90/153) prescrivent avant tout des antidépresseurs dans les troubles anxieux. En 2^e place on retrouve les anxiolytiques de façon générale (75/153), suivis des benzodiazépines en particulier (39/153). Exceptionnellement les MG prescrivent dans cette indication des neuroleptiques (3/153) ou des hypnotiques (2/153). 17 MG prescrivent avant tout d'autres traitements, tels l'homéopathie et la phytothérapie, voire un bêtabloquant. 10 médecins sur les 153 ne prescrivent aucun médicament dans la prise en charge d'un trouble anxieux. (**Figure 15**)

Un médecin n'a pas donné de réponse.

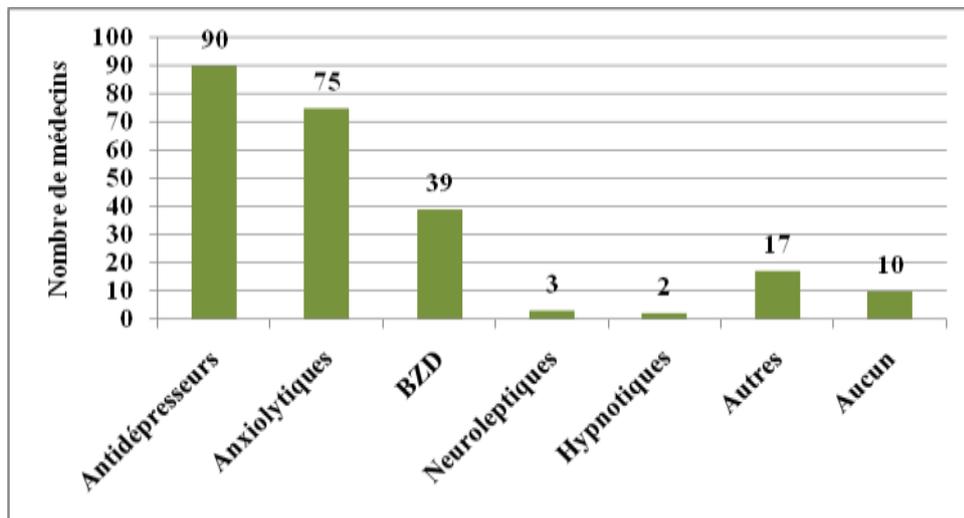


Figure 15 : Prescription médicamenteuse la plus fréquente dans les troubles anxieux

5.8. Prise en charge des troubles anxieux

Pour chaque trouble anxieux analysé, une première figure (en vert) montrera le traitement que les généralistes prescrivent en 1^{ère} intention. Nous avons ensuite considéré les 2 traitements de 1^{ère} intention ressortant le plus souvent pour chaque trouble individuel. On observera dans chacun des 2 cas, les traitements de 2^e intention prescrits (figure en orange, figure en violet).

5.8.1. Prise en charge du trouble panique

Figure 16A : Traitement de 1^{ère} intention dans le trouble panique

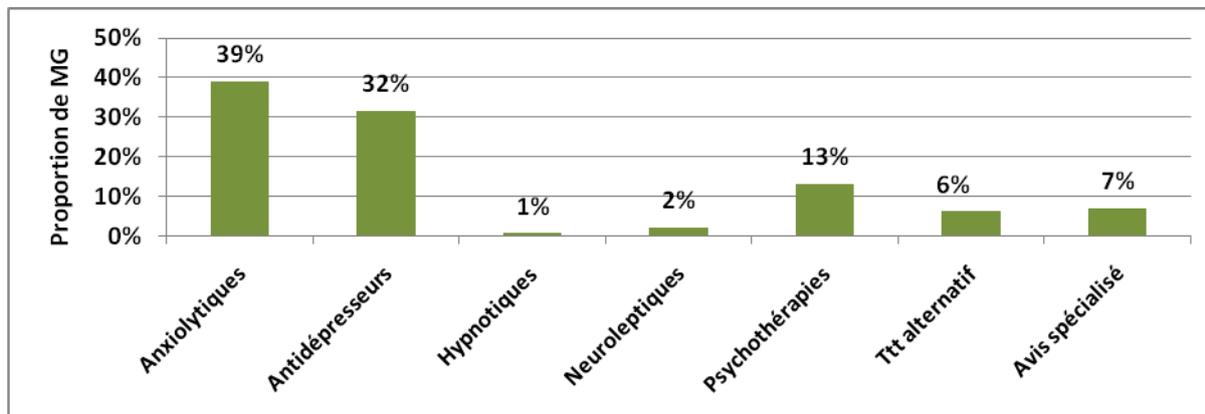


Figure 16B : Traitement prescrit en 2^e intention dans le trouble panique par les médecins ayant prescrit en 1^{ère} intention les anxiolytiques

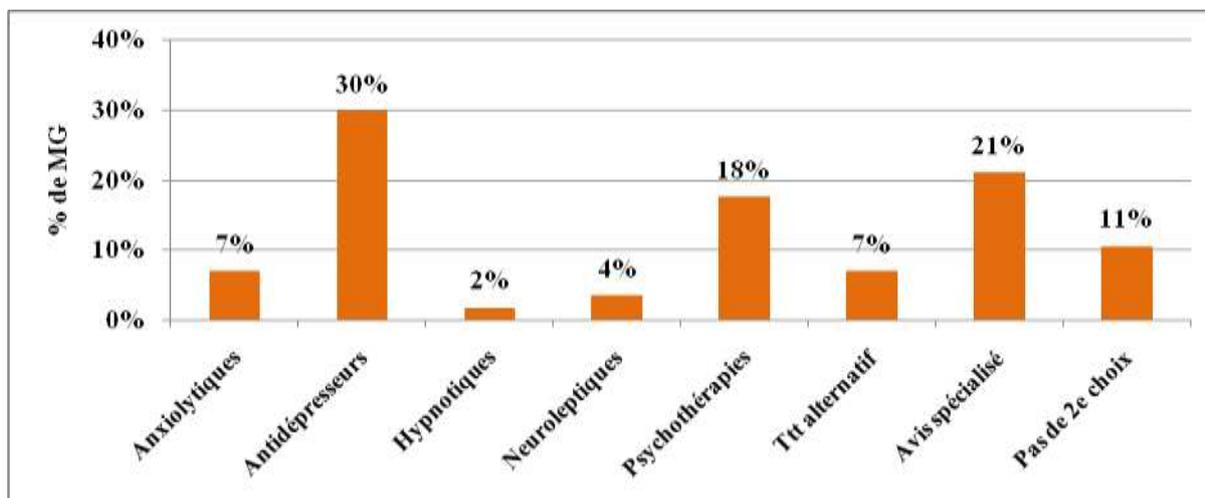
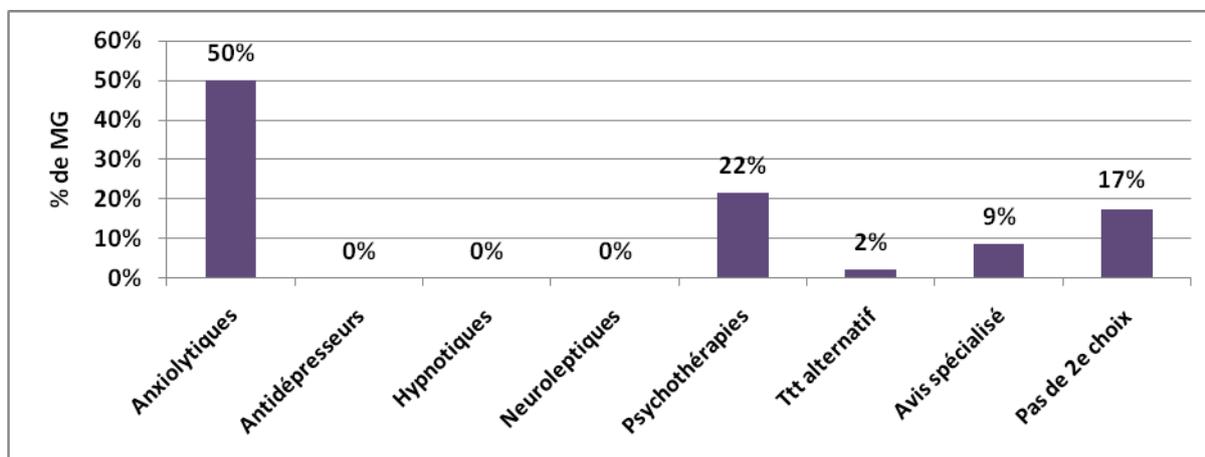


Figure 16C : Traitement prescrit en 2^e intention dans le trouble panique par les médecins ayant prescrit en 1^{ère} intention un antidépresseur



- Traitement de 1^{ère} intention du trouble panique (Figure 16A)

Dans la prise en charge du trouble panique, les MG au Luxembourg prescrivent en 1^{ère} intention un anxiolytique (39%), sinon un antidépresseur (32%). Moins souvent, ils ont recours en 1^{ère} intention aux psychothérapies (13%). Dans 7% des cas, ils demandent un avis spécialisé auprès d'un psychologue ou d'un psychiatre d'emblée. 6% des MG recommandent avant tout traitement médical un traitement alternatif tel l'homéopathie, l'acupuncture, le sport, la relaxation. Quasiment personne ne prescrit un neuroleptique (2%) voire un hypnotique (1%) en 1^{ère} intention.

- Traitement de 2^e intention du trouble panique

Parmi les MG ayant prescrit un anxiolytique en 1^{ère} intention, 30% choisissent un traitement par antidépresseur en 2^e intention, 21% adressent leur patient à un psychologue ou un psychiatre, et 18% optent pour une psychothérapie. (Figure 16B)

La moitié des MG ayant prescrit un antidépresseur en 1^{ère} intention dans la prise en charge d'un trouble panique, choisit un anxiolytique en 2^e intention. 22% utilisent une psychothérapie pour soigner cette pathologie. 17% se contentent du traitement de 1^{ère} intention. (Figure 16C)

Sept MG n'ont pas donné de réponse.

5.8.2. Prise en charge de l'anxiété généralisée

Figure 17A : Traitement de 1^{ère} intention de l'anxiété généralisée

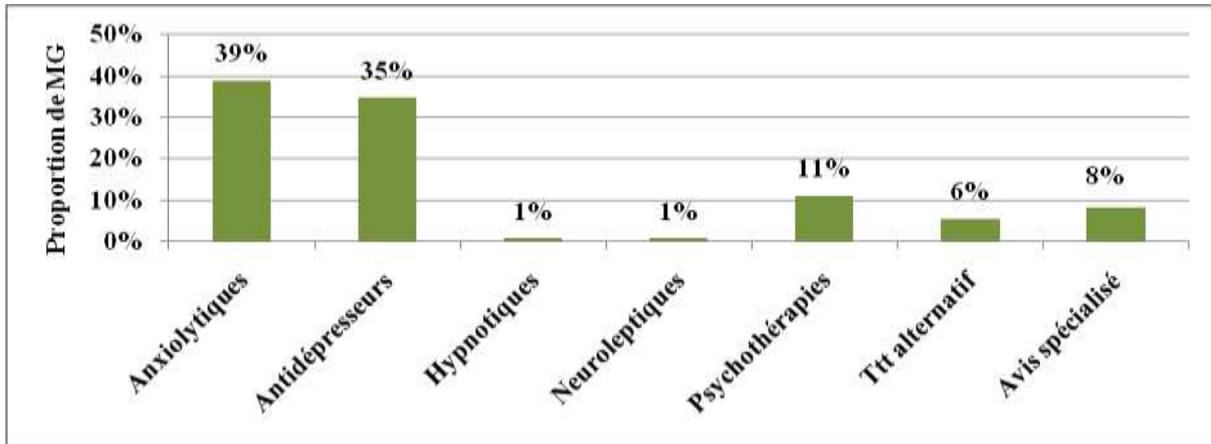


Figure 17B : Traitement de 2^e intention de l'anxiété généralisée chez les patients initialement traités par anxiolytiques

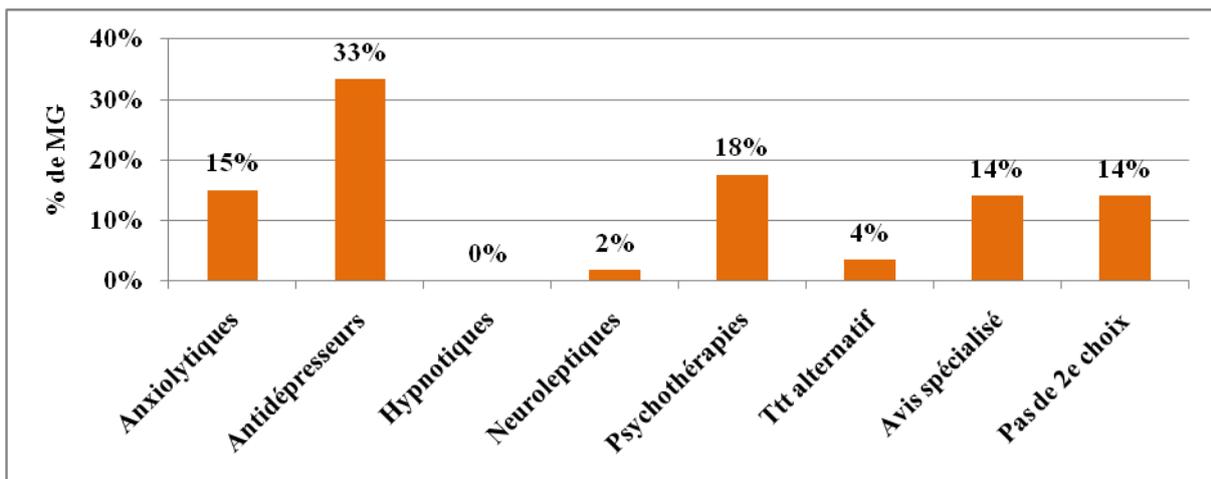
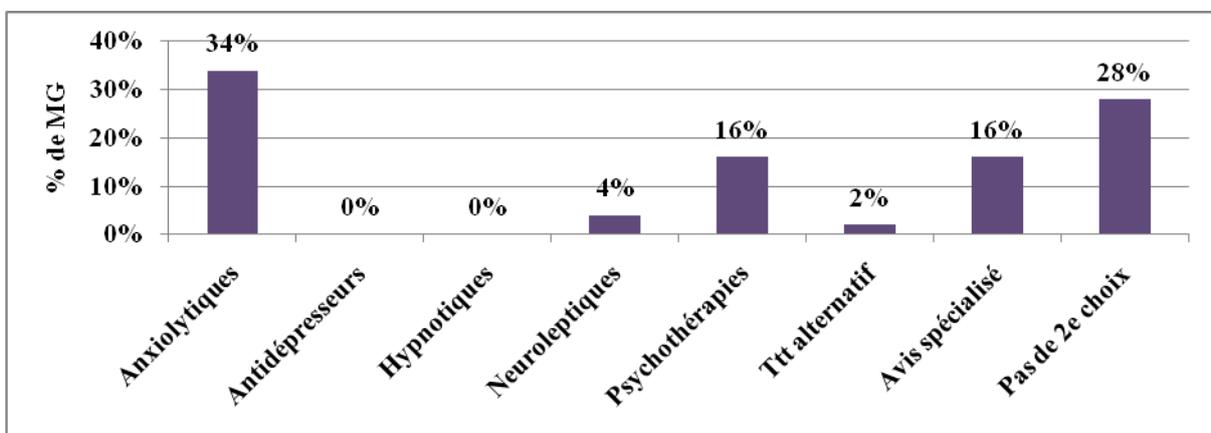


Figure 17C : Traitement de 2^e intention de l'anxiété généralisée chez les patients initialement soignés par antidépresseurs



- Traitement de 1^{ère} intention (Figure 17A)

L'anxiété généralisée est traitée par médicaments par la majorité des MG interrogés : 39% prescrivent un anxiolytique, 35% un antidépresseur, 1% un hypnotique et 1% également un neuroleptique.

11% des MG soignent leurs patients par psychothérapie. Dans 8% des cas, les MG adressent leurs patients au spécialiste.

6% des MG conseillent un traitement alternatif en 1^{ère} intention.

- Traitement de 2^e intention

Les MG ayant prescrit un anxiolytique en 1^{ère} intention, permutent celui-ci par un antidépresseur en cas d'échec ou d'effets insuffisants dans 33% des cas. 15% des médecins changent d'anxiolytique. 2% changent contre un neuroleptique.

18% des MG essaient une psychothérapie en 2^e intention, alors que 14% parmi eux demandent un avis spécialisé.

Environ un médecin sur 25 conseille de pratiquer du sport, d'avoir recours à l'homéopathie, à l'acupuncture...

14% des médecins estiment que le traitement initial est suffisant. (Figure 17B)

34% des médecins qui ont soigné leurs patients initialement par antidépresseurs essaient en 2^e intention un anxiolytique.

16% demandent un avis spécialisé.

16% tentent une psychothérapie à leur cabinet.

4% prescrivent des neuroleptiques.

2% conseillent une thérapie alternative.

28% des MG estiment que leur traitement initial est suffisant. (Figure 17C)

Dix MG n'ont pas donné de réponse.

5.8.3. Prise en charge de la phobie sociale

Figure 18A : Traitement de 1^{ère} intention de la phobie sociale

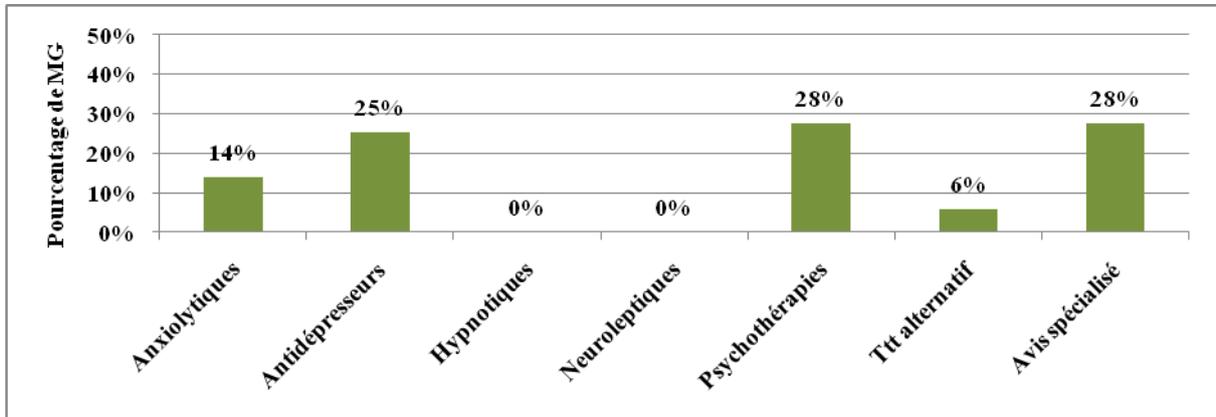


Figure 18B : Traitement de 2^e intention de la phobie sociale chez les patients ayant d'abord suivi une psychothérapie

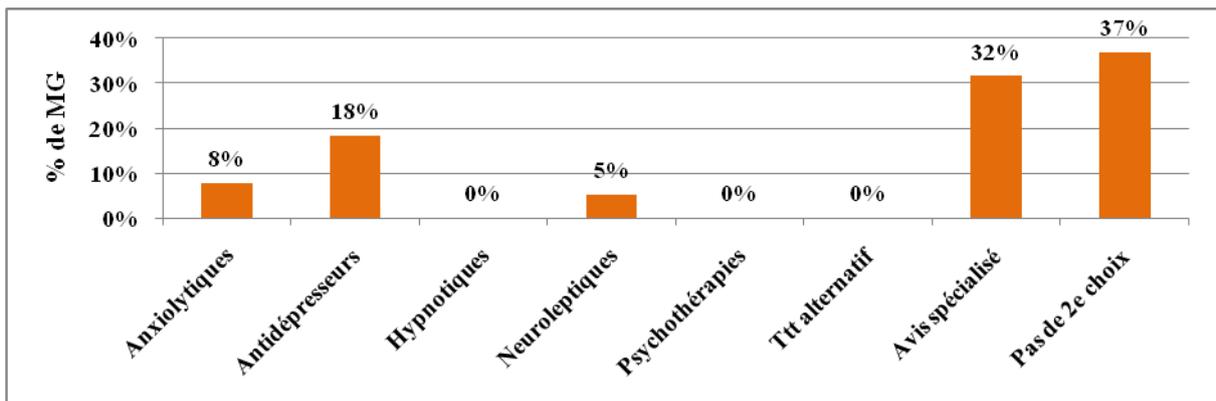
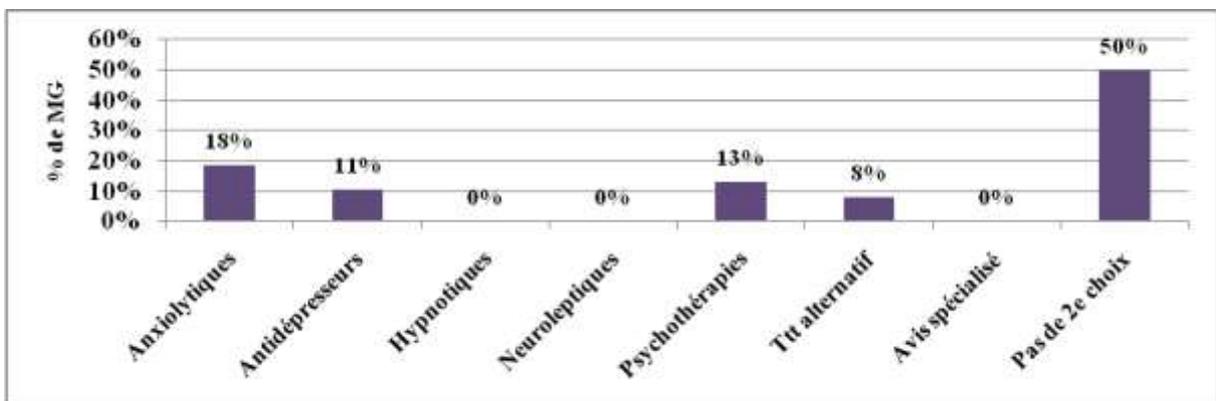


Figure 18C : Traitement de 2^e intention dans la phobie sociale chez les patients ayant d'abord eu un avis spécialisé



- Traitement de 1^{ère} intention

En 1^{ère} intention, 28% des MG essaient une psychothérapie chez les patients présentant une phobie sociale. Le même pourcentage de médecins envoie leur patient en consultation spécialisée. Un quart des MG prescrit des antidépresseurs, 14% des anxiolytiques, et 6% les orientent vers une thérapie alternative. Aucun médecin n'a recommandé un hypnotique ou un neuroleptique. (**Figure 18A**)

- Traitement de 2^e intention

Dans la phobie sociale, pour les MG ayant soigné leur patient par psychothérapie en 1^{ère} intention, 37% en restent à ce traitement seul. 32% demandent un avis spécialisé. 18% prescrivent un traitement médicamenteux par antidépresseurs, 8% des anxiolytiques, 5% des neuroleptiques. (**Figure 18B**)

28% des MG envoient un patient présentant une phobie sociale chez le spécialiste. La moitié de ces médecins en restent à cette décision. 18% prescrivent en 2^e intention des anxiolytiques, 11% des antidépresseurs. 13% soignent leur patient avec une psychothérapie, 5% leur conseillent une thérapie alternative. (**Figure 18C**)

Quatorze MG n'ont pas donné de réponse.

5.8.4. Prise en charge de la phobie spécifique

Figure 19A : Traitement de 1^{ère} intention de la phobie spécifique

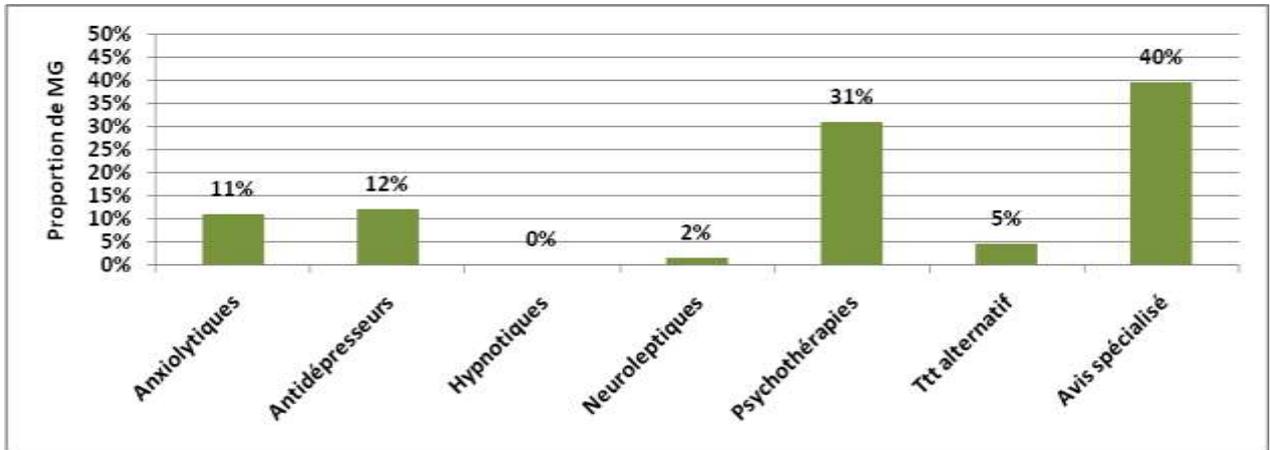


Figure 19B : Traitement de 2^e intention de la phobie spécifique chez les patients initialement vus par un spécialiste

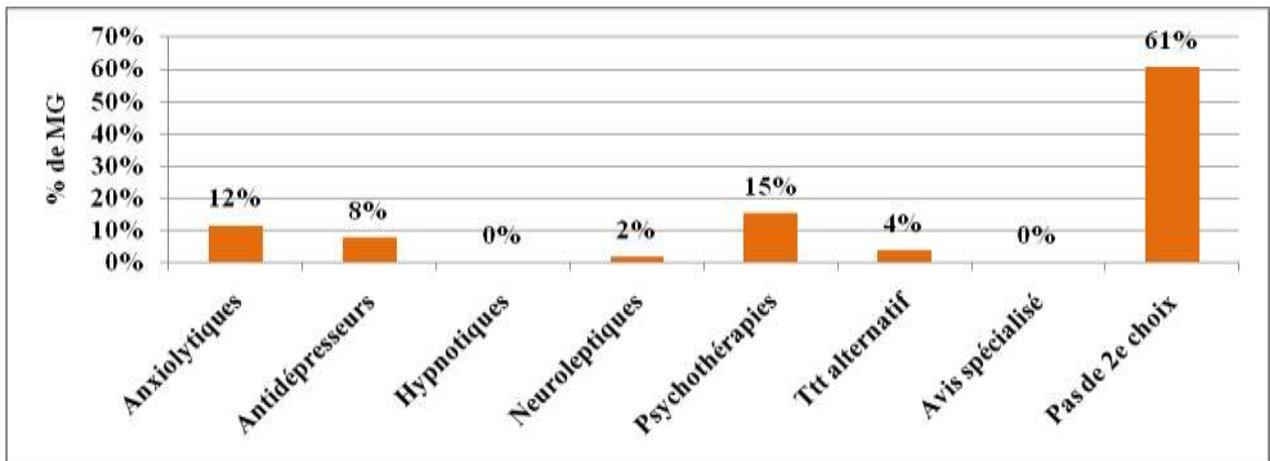
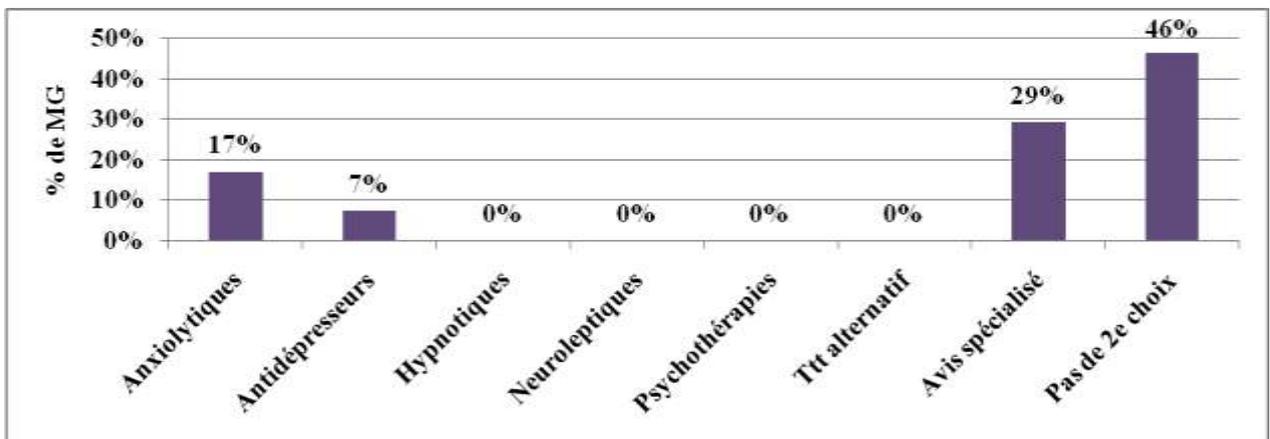


Figure 19C : Traitement de 2^e intention de la phobie spécifique chez les patients ayant initialement bénéficié d'une psychothérapie chez leur MG



- Traitement de 1^{ère} intention (Figure 19A)

Les MG réorientent leurs patients avec phobie spécifique vers un spécialiste dans 40% des cas. Environ un tiers des MG (31%) disent soigner ces patients par une psychothérapie eux-mêmes. Le reste des MG prescrit des médicaments (antidépresseurs (12%), anxiolytiques (11%), neuroleptiques (2%)) soit propose des alternatives telles l'homéopathie, le sport, la relaxation, l'acupuncture (5%).

- Traitement de 2^e intention

Les patients ayant été adressé à un spécialiste en 1^{ère} intention ne nécessitent pas d'autre traitement dans la majorité des cas (61%). 15% seront, en 2^e intention, soignés par psychothérapie par leur MG, 12% se verront prescrits des anxiolytiques, 8% des antidépresseurs, et 2% des neuroleptiques. A 4% sera conseillé une thérapie alternative. **(Figure 19B)**

Parmi les patients initialement vus en psychothérapie par leur MG, 46% n'auront pas besoin de traitement ultérieur. 29% seront néanmoins adressés au spécialiste. 17% prendront des anxiolytiques, 7% des antidépresseurs. **(Figure 19C)**

Vingt-deux MG n'ont pas répondu à la question

5.8.5. Prise en charge du trouble obsessionnel-compulsif

Figure 20A : Traitement de 1^{ère} intention du TOC

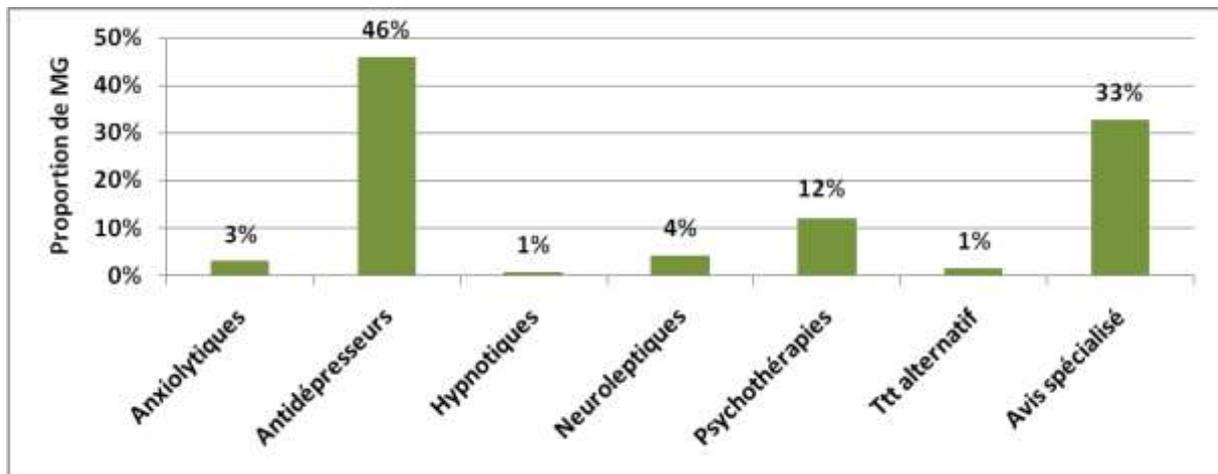


Figure 20B : Traitement de 2^e intention du TOC chez les patients initialement traités par antidépresseurs

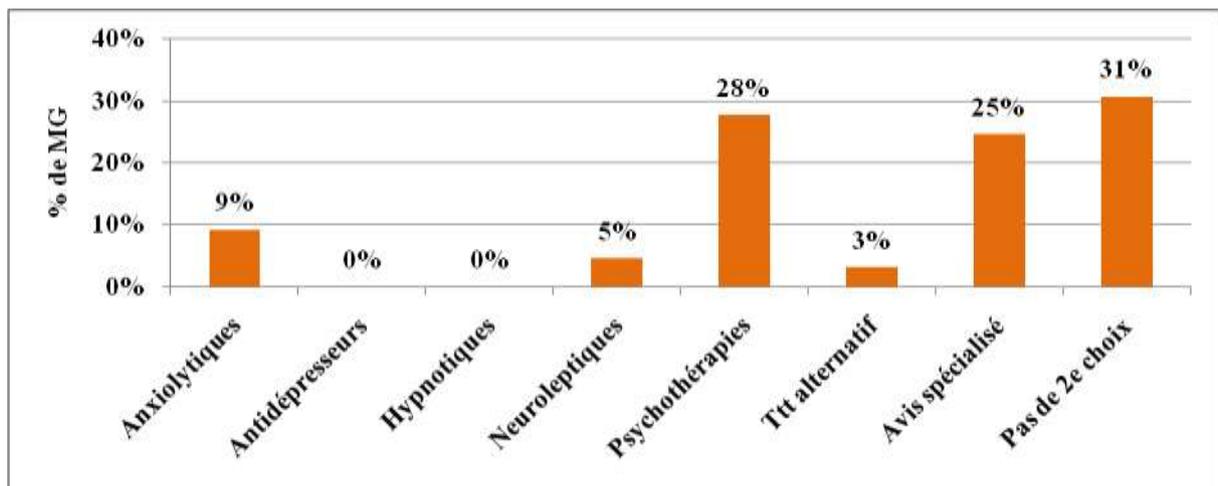
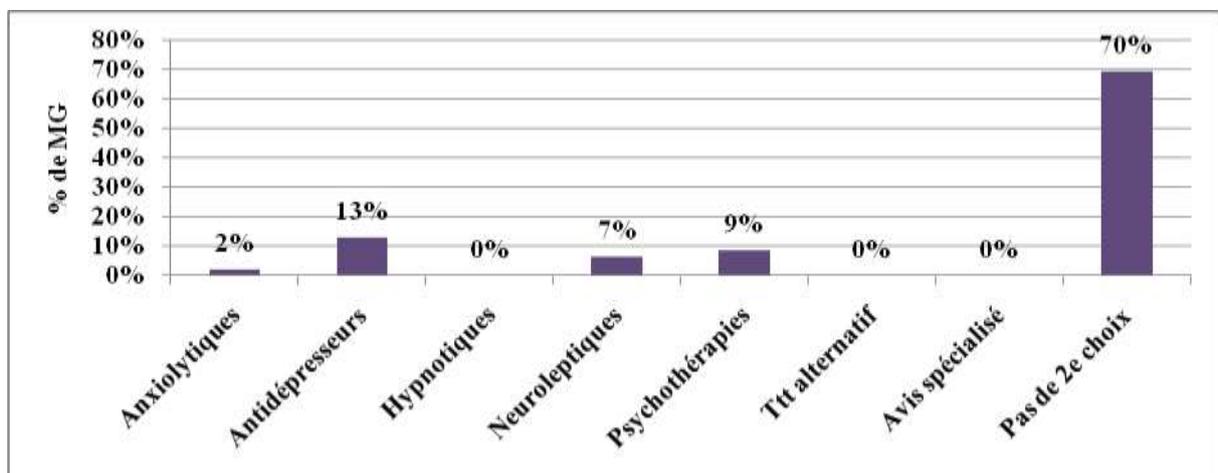


Figure 20C : Traitement de 2^e intention du TOC chez les patients initialement vus par un spécialiste



- Traitement de 1^{ère} intention (Figure 20A)

Dans le trouble obsessionnel-compulsif, les MG prescrivent un antidépresseur dans 46% des cas. Dans un tiers des cas, ils adressent leurs patients à un spécialiste en 1^{ère} intention. 12% des patients bénéficient d'une psychothérapie chez leur MG. Les neuroleptiques (4%), anxiolytiques (3%), hypnotiques (1%) et thérapies alternatives (1%) ne sont quasiment pas prescrits par les MG de l'étude.

- Traitement de 2^e intention

Dans environ un tiers des cas (31%), les patients initialement traités par antidépresseurs ne nécessitent pas de traitement de 2^e intention. Dans 28%, les MG complètent ce traitement par une psychothérapie, dans 25% des cas ils adressent leur patient chez un spécialiste. 9% des MG prescrivent des anxiolytiques en 2^e intention, 5% des neuroleptiques. 3% conseillent une thérapie alternative. (Figure 20B)

Les patients vus initialement par un spécialiste psychiatre ou psychologue ne suivront pas d'autre traitement dans 70% des cas. 13% se voient prescrits un antidépresseur, 9% suivront une psychothérapie chez leur MG, 7% des MG prescrivent des neuroleptiques, 2% des anxiolytiques. (Figure 20C)

Treize absences de réponses.

5.8.6. Prise en charge de l'état de stress post-traumatique

Figure 21A : Traitement de 1^{ère} intention de l'état de stress post-traumatique

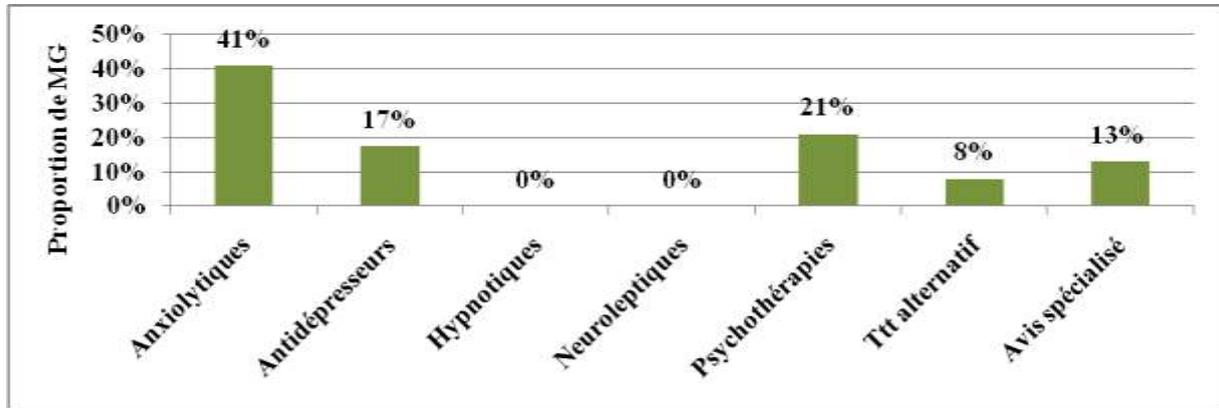


Figure 21B : Traitement de 2^e intention de l'état de stress post-traumatique chez les patients initialement traités par anxiolytiques

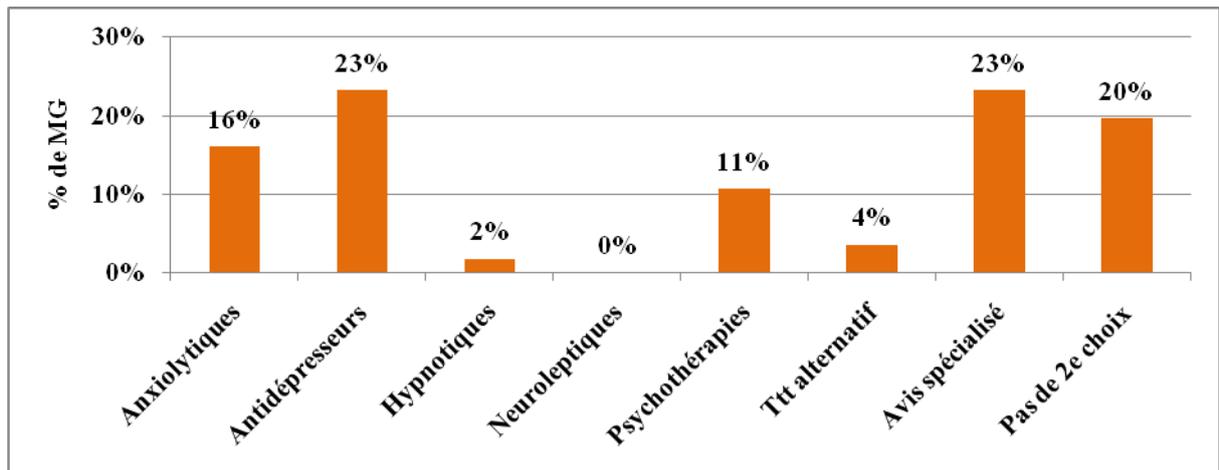
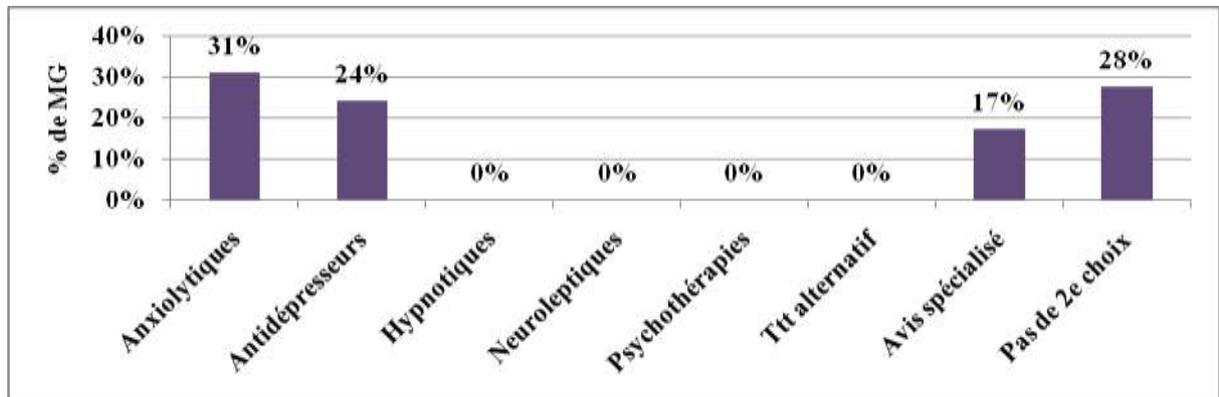


Figure 21C : Traitement de 2^e intention de l'état de stress post-traumatique chez les patients ayant initialement suivi une psychothérapie chez leur MG



- Traitement de 1^{ère} intention (Figure 21A)

41% des MG prescrivent en 1^{ère} intention un anxiolytique dans l'état de stress posttraumatique, 17% un antidépresseur.

21% conseillent une psychothérapie chez le MG. 13% adressent leurs patients chez un spécialiste.

Dans 8% des cas, un traitement alternatif est conseillé par le MG.

- Traitement de 2^e intention

Chez les patients initialement traités par anxiolytiques, ce traitement semble suffisant dans 20% des cas. 23% des MG prescrivent en plus un antidépresseur, 16% un autre anxiolytique, 2% un hypnotique. 11% des MG conseillent une psychothérapie, 4% une thérapie alternative. 23% adressent leurs patients à un psychiatre/psychologue pour avis spécialisé. (Figure 21B)

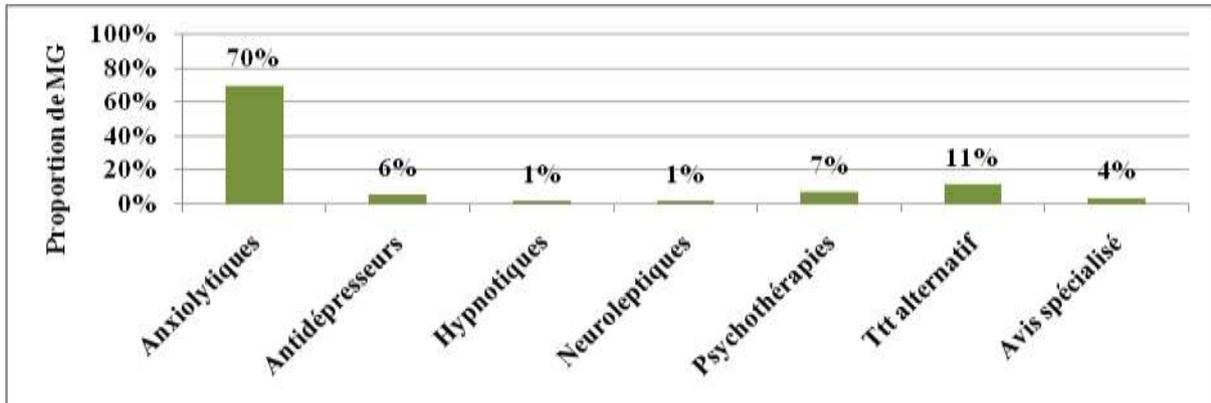
21% des MG ont recours à la psychothérapie en 1^{ère} intention pour soigner leurs patients atteints d'état de stress post-traumatique. En 2^e intention, 34% des MG prescrivent un anxiolytique, alors que 24% recommandent un antidépresseur. 17% de MG adressent leurs patients à un psychiatre/psychologue pour 2^e avis.

Dans 28% des cas, le traitement initial semble suffisant. (Figure 21C)

Seize MG n'ont pas répondu à cette question

5.8.7. Prise en charge d'un état de stress aigu

Figure 22A : Traitement de 1^{ère} intention de l'état de stress aigu



Traitement 22B : Traitement de 2^e intention de l'état de stress aigu chez les patients initialement traités par anxiolytiques

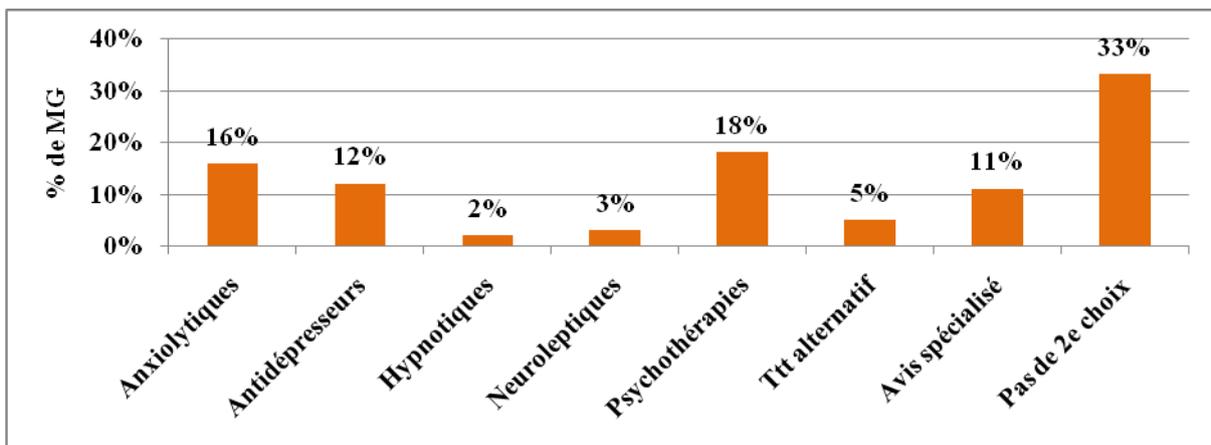
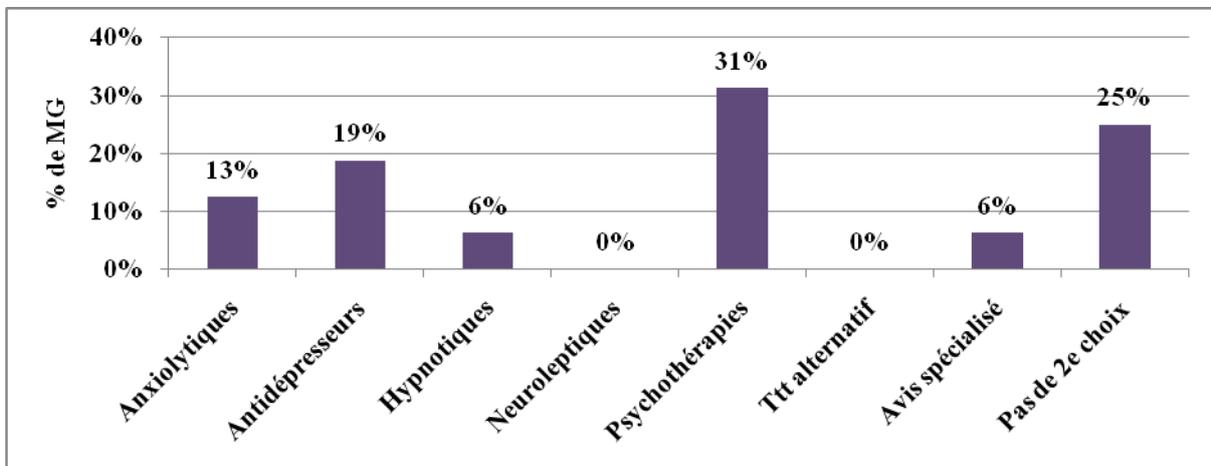


Figure 22C : Traitement de 2^e intention de l'état de stress aigu chez les patients initialement traités par une thérapie alternative



- Traitement de 1^{ère} intention (Figure 22A)

La grande majorité des MG (70%) traite l'état de stress aigu par un anxiolytique.
6% seulement prescrivent un antidépresseur, 1% un hypnotique ou un neuroleptique.
7% des MG font une psychothérapie avec leurs patients, 4% demandent un avis spécialisé.
11% des médecins conseillent une thérapie alternative.

- Traitement de 2^e intention

Les MG ayant prescrit un anxiolytique en 1^{ère} intention estiment dans un tiers des cas que ce traitement est suffisant.

18% conseillent une psychothérapie, 11% demandent un avis spécialisé.

16% des MG prescrivent un autre anxiolytique, 12% un antidépresseur, 2% un hypnotique, 3% un neuroleptique. 5% des médecins conseillent un traitement alternatif. (**Figure 22B**)

11% des MG ont recommandé un traitement alternatif tel le sport, l'homéopathie, l'acupuncture, la relaxation en 1^{ère} intention du traitement de l'état de stress aigu.

En cas d'échec, 31% des MG conseillent une psychothérapie.

19% prescrivent un antidépresseur, 13% un anxiolytique, 6% un hypnotique.

6% des médecins interrogés adressent leurs patients au psychiatre/psychologue.

Un MG sur 4 estime que le traitement de 1^{ère} intention est suffisant. (**Figure 22C**)

Douze MG n'ont pas répondu à cette question.

5.8.8. Prise en charge de l'agoraphobie

Figure 23A : Traitement de 1^{ère} intention de l'agoraphobie

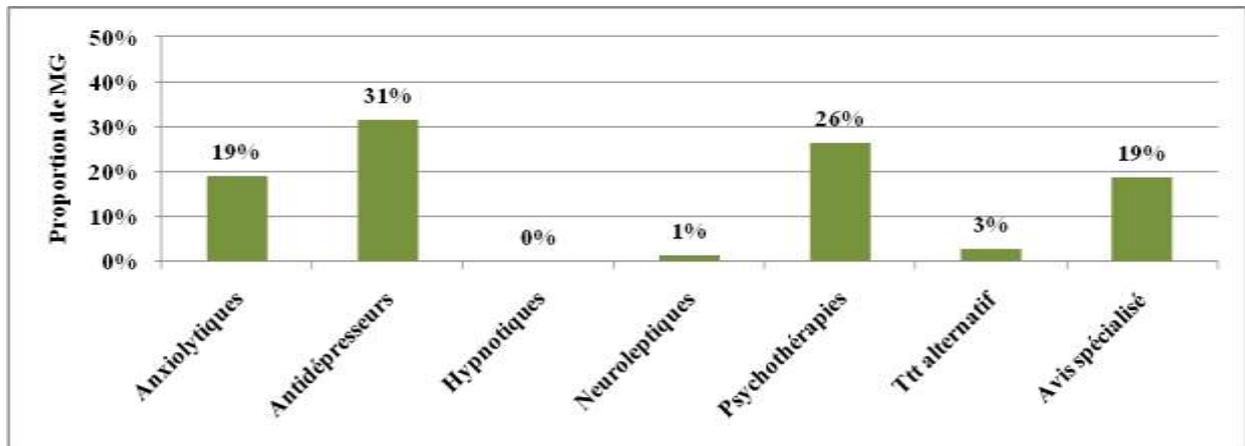


Figure 23B : Traitement prescrit en 2^e intention dans l'agoraphobie par les MG ayant choisi en 1^{ère} intention un antidépresseur

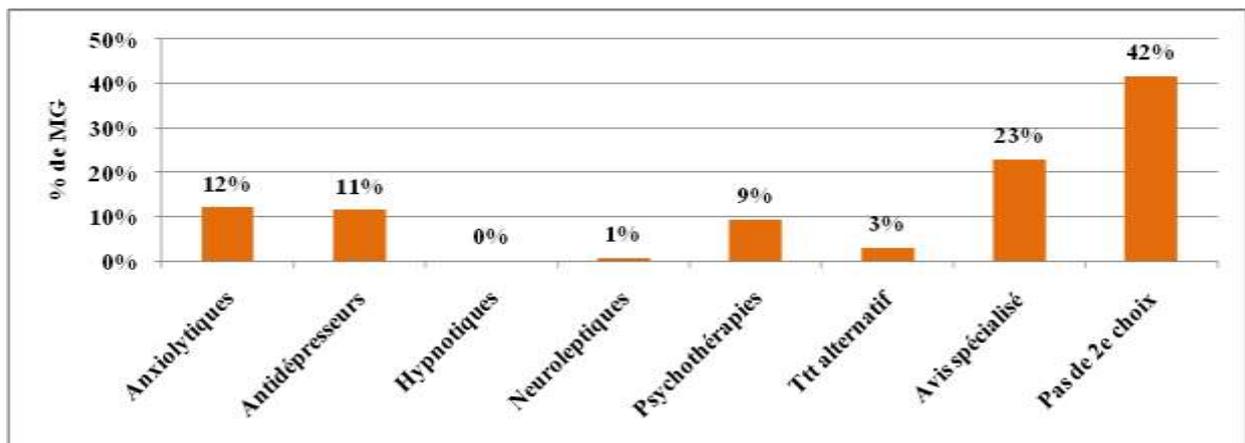
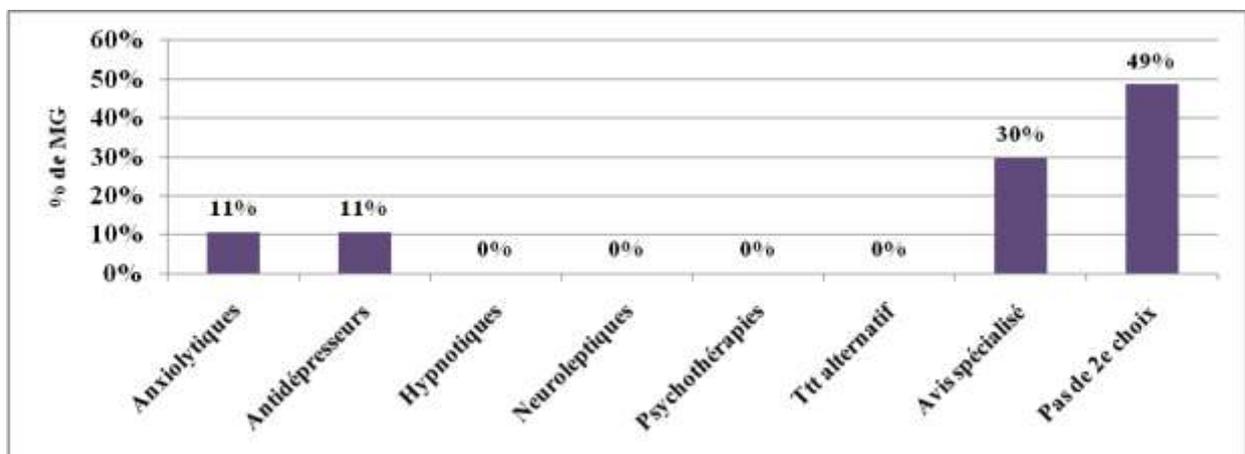


Figure 23C : Traitement de 2^e intention dans l'agoraphobie chez les patients ayant initialement bénéficié d'une psychothérapie



- Traitement de 1^{ère} intention (Figure 23A)

Un tiers des MG participant à l'étude prescrivent en 1^{ère} intention des antidépresseurs dans la prise en charge de l'agoraphobie. Un médecin sur 4 soigne le patient au moyen d'une psychothérapie. 19% des MG orientent le patient directement vers un spécialiste. Le même taux de médecins prescrit des anxiolytiques en 1^{ère} intention. Très peu de généralistes ont recours à des thérapies alternatives non médicales (3%) ou prescrivent des neuroleptiques (1%). Aucun des médecins interrogés n'a conseillé les hypnotiques.

- Traitement de 2^e intention

Parmi les médecins ayant prescrit des antidépresseurs en 1^{ère} intention, la majorité n'indique pas de traitement de 2^e intention. En cas d'échec ou de résultats insuffisants, 23% des MG adressent leur patient à un spécialiste. Environ 1 médecin sur 10 conseille en 2^e intention des anxiolytiques, des antidépresseurs ou une psychothérapie. (Figure 23B)

Environ la moitié des médecins ayant traité leur patient par psychothérapie en 1^{ère} intention n'indiquent pas de traitement de 2^e intention. 30% des MG orientent les patients vers une consultation spécialisée. Un médecin sur 10 environ prescrit un anxiolytique ou un antidépresseur. (Figure 23C)

Quatorze MG n'ont pas répondu à la question.

5.8.9. Prise en charge de l'anxiété de séparation

Figure 24A : Traitement de 1^{ère} intention de l'anxiété de séparation

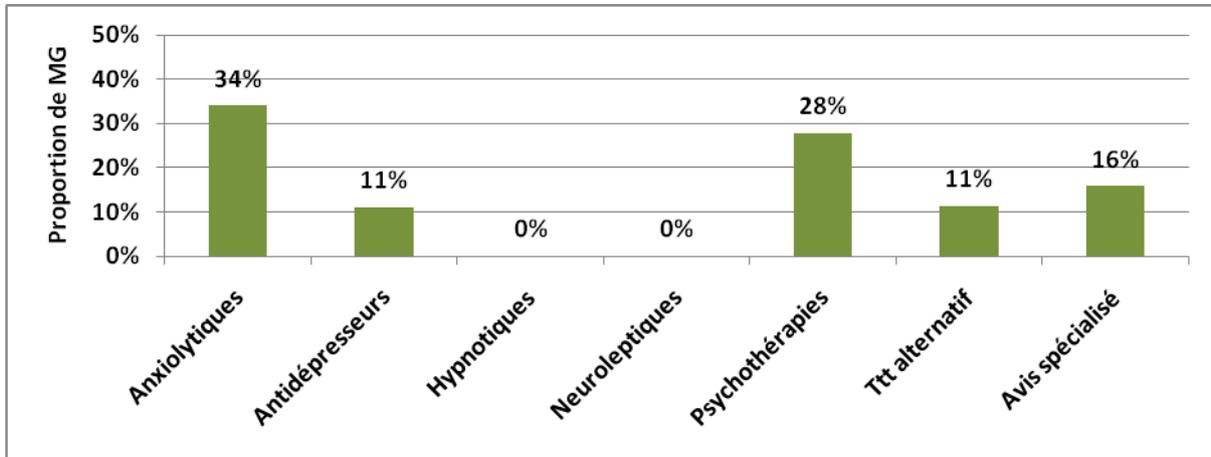


Figure 24B : Traitement de 2^e intention de l'anxiété de séparation chez les patients initialement traités par anxiolytiques

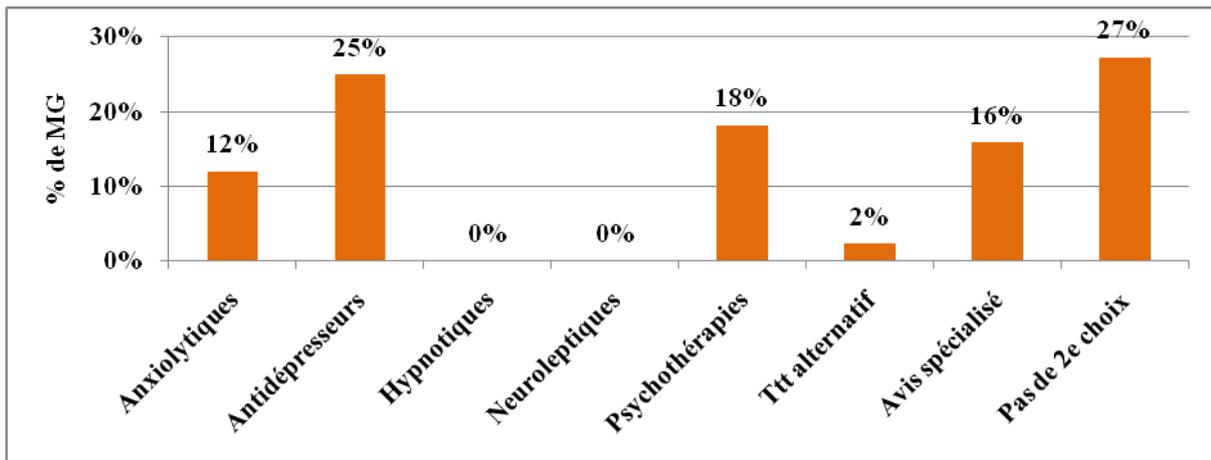
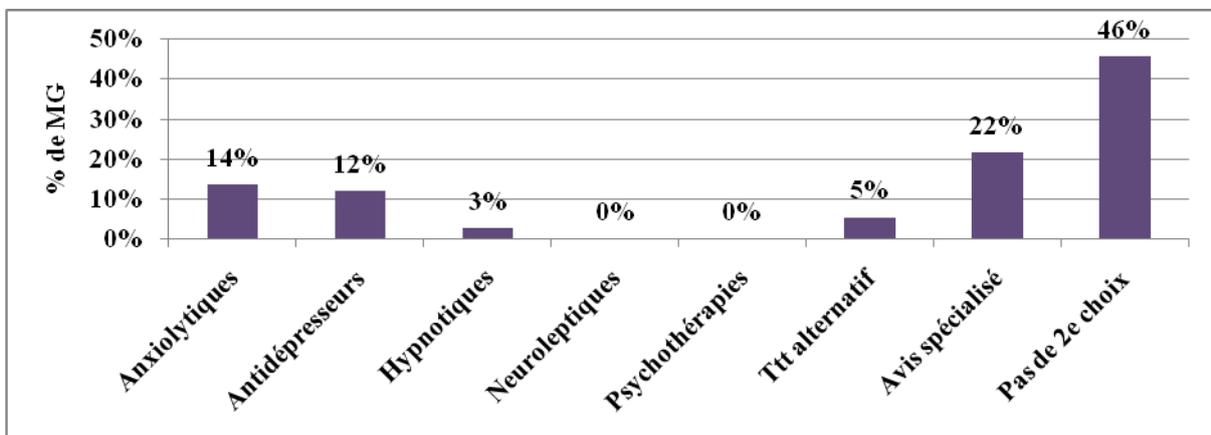


Figure 24C : Traitement de 2^e intention de l'anxiété de séparation chez les patients ayant initialement suivi une psychothérapie chez leur MG



- Traitement de 1^{ère} intention (Figure 24A)

Dans l'angoisse de séparation, un tiers (34%) des MG prescrit des anxiolytiques, 11% des antidépresseurs.

Dans 28% des cas, une psychothérapie chez le MG est le traitement de 1^{ère} intention.

16% des MG envoient le malade chez un spécialiste.

11% conseillent un traitement alternatif tel le sport ou l'homéopathie.

- Traitement de 2^e intention

Chez les patients initialement traités par anxiolytiques, ce traitement semble suffisant pour 27% des prescripteurs. Chez ces patients, un quart des médecins prescrit un antidépresseur en 2^e intention, 12% changent d'anxiolytique. 18% proposent une psychothérapie chez le MG, 16% demandent un avis spécialisé.

2% des MG conseillent un traitement alternatif à leur patient. (Figure 24B)

Chez les patients ayant bénéficié d'une psychothérapie chez leur MG en 1^{ère} intention, cette thérapie semble suffisante dans 46% des cas.

22% des MG demandent un avis spécialisé en 2^e intention, 14% prescrivent un anxiolytiques, 12% un antidépresseur, 2% un hypnotique. 5% conseillent sport, homéopathie... (Figure 24C)

Vingt-et-un MG n'ont pas donné de réponse.

5.9. Les raisons faisant adresser un patient présentant un trouble anxieux à un spécialiste

La majorité (70%) des MG interrogés adressent leurs patients à un spécialiste quand ils pensent qu'un avis spécialisé sera plus bénéfique.

56 MG réorientent leurs patients si le traitement a échoué ou est insuffisant.

Le manque de temps est une raison pour 46 MG d'adresser leurs patients à un psychiatre/psychologue.

29 MG orientent leurs patients vers un spécialistes parce qu'ils estiment qu'ils n'ont pas les connaissances nécessaires pour soigner les troubles anxieux.

D'autres raisons non précisées interviennent pour 20 MG. (**Figure 25**)

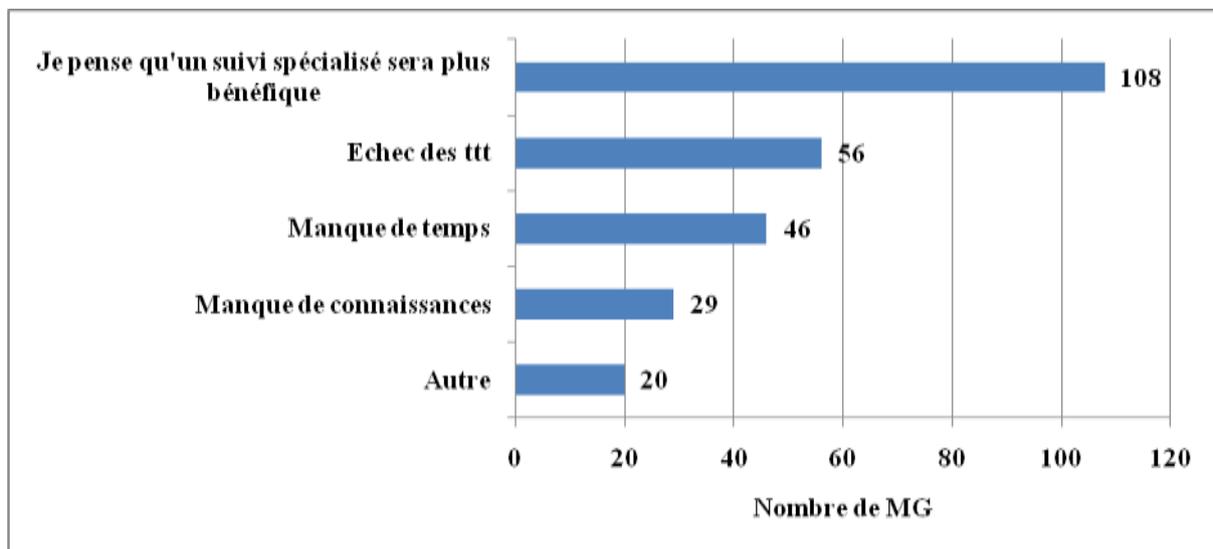


Figure 25 : Répartition des MG en fonction des raisons faisant adresser un patient à un spécialiste

Tous les MG ont répondu à cette question.

C. Discussion

Près de 42% des médecins généralistes ont rempli notre questionnaire, ce qui nous paraît constituer un taux de réponse tout à fait satisfaisant, et ceci d'autant plus que nous nous sommes adressés à des médecins souvent débordés de travail, et sans leur offrir la moindre compensation pour leur participation. Nous pensons que le taux élevé de réponses est en rapport en premier lieu avec le fait que le Luxembourg est un petit pays où tout le monde connaît tout le monde et le bouche à oreilles se fait facilement. La deuxième raison qui peut expliquer cette forte participation est l'intérêt porté par les médecins généralistes luxembourgeois aux troubles anxieux.

Il y a plus de généralistes hommes que de femmes parmi nos participants (3 hommes pour 2 femmes), ce qui correspond à la répartition d'ensemble des MG au Grand-Duché.⁴³

Nous observons que les hommes sont plus nombreux que les femmes dans toutes les catégories d'âge hormis celle des 30 à 39 ans, résultat qui semble confirmer la féminisation de la médecine des dernières années.⁴⁴

Dans ce qui suit, nous allons discuter des principaux points étudiés à l'aide de notre questionnaire.

1. Les connaissances : d'où les MG tiennent-ils leurs connaissances sur les troubles anxieux?

Le résultat le plus surprenant émergeant de nos données est le fait qu'à peine deux médecins sur cinq signalent les cours suivis pendant leurs études parmi les quatre premières sources d'information. Nous sommes de même étonnés de constater que le web ne semble pas jouer un rôle plus important dans la formation. 15% seulement des participants rapportent internet parmi leurs sources principales d'information.

L'une des principales sources d'information rapportées est la formation offerte par l'ILFMC (Institut Luxembourgeois pour la Formation Médicale Continue) et l'ALFORMEC (Association Luxembourgeoise pour la Formation Médicale Continue). Près de la moitié des participants rapportent s'être informés ou perfectionnés à travers les formations proposées par

ces associations. Ceci confirme leur dynamisme et le rôle majeur qu'elles jouent dans la formation continue des MG au Grand-Duché. Comme on pouvait s'y attendre, les autres sources importantes sont les revues de médecine et les livres spécialisés. En revanche, les conférences de consensus et les « guidelines » ne semblent pas jouer un rôle significatif dans la formation des MG, qu'elles soient américaines, françaises, ou allemandes.

2. Le ressenti personnel par rapport à la prise en charge du trouble anxieux

Près d'un tiers des participants (30%) se disent toujours à l'aise par rapport à la prise en charge d'un patient présentant un trouble anxieux. En revanche, la majorité des participants avouent ne pas toujours se sentir à l'aise dans cette prise en charge. Nous n'avions pas posé de questions concernant la cause de ce malaise. On peut toutefois supposer qu'il tient du fait que les MG ne sont pas toujours bien armés pour traiter certains troubles anxieux, tel par exemple le TOC ou encore l'anxiété généralisée, ce qui ressort d'ailleurs des réponses données par la suite à certaines autres questions du questionnaire.

3. Les moyens utilisés pour faire le diagnostic d'un trouble anxieux

Ce qui ressort de façon évidente de nos données, c'est que les MG ne posent pas systématiquement de questions pour détecter un trouble anxieux. Dans l'immense majorité des cas (122 participants sur 153 ou 80%), les MG ne posent de question à ce sujet que si leur patient montre des signes d'anxiété et 33 MG attendent même que leur patient leur parle de lui-même de ses peurs avant de poursuivre cette voie diagnostique. Ceci explique probablement pourquoi les MG ne détectent pas plus de troubles anxieux ou pourquoi ils n'en détectent pas davantage qu'ils le font déjà. Seul un interrogatoire approfondi comportant au moins quelques questions de sondage par rapport à chaque trouble anxieux permet en effet de ne pas passer à côté de ce type de pathologie.

On peut relever par ailleurs, qu'à quelques exceptions près, les MG ne se servent pas de questionnaires pour dépister les troubles anxieux. Or, ainsi que nous l'avons indiqué dans la partie III de notre travail, il existe des questionnaires très courts et très simples à remplir par les médecins ou les patients eux-mêmes, et qui permettent facilement de détecter chacun des troubles anxieux. 11 médecins demandent systématiquement à chaque patient s'il éprouve de

l'anxiété, même si ce n'est pas le motif initial de la consultation. 10 médecins se servent de questionnaires pour détecter un trouble anxieux.

4. Troubles anxieux rencontrés par les MG au cours de leur pratique quotidienne, leur fréquence globale et le trouble le plus fréquent

Nos résultats sont en accord avec les données épidémiologiques selon lesquelles les troubles anxieux sont parmi les troubles psychiques les plus fréquents⁴⁵. Etant donné que le MG est habituellement contacté en première instance pour ces troubles, la grande majorité des MG rapportent rencontrer régulièrement l'un ou l'autre trouble anxieux, avec près d'un tiers d'entre eux tous les jours.

40 % des MG rapportent avoir rencontré chacun des troubles anxieux. A quelques rares exceptions près, tous les MG signalent avoir soigné des patients présentant une anxiété généralisée ou un trouble panique. Par ailleurs, au moins 4 MG sur 5 rapportent avoir rencontré des patients présentant un état de stress aigu, une phobie sociale, un ESPT ou un TOC. Seuls les phobies spécifiques, l'agoraphobie et l'Angoisse de séparation sont cités par moins de 3 MG sur 4.

L'anxiété généralisée est souvent considérée comme le trouble anxieux par excellence du MG. Rien de surprenant donc qu'à un MG près, tous les autres signalent avoir déjà été confrontés à ce trouble. L'une des caractéristiques du trouble panique consiste à aller voir en urgence un médecin, que ce soit un MG ou un urgentiste à l'hôpital. Rien de surprenant de ce fait également qu'à deux exceptions près, tous les MG précisent avoir déjà été amenés à voir et à traiter ce type de trouble.

Pour ce qui est des troubles rencontrés moins fréquemment, nous proposons les explications suivantes. En ce qui concerne l'angoisse de séparation, il s'agit d'un trouble relativement rare, pour lequel de plus les parents contactent probablement souvent en première instance les enseignants, les psychologues scolaires ou le pédiatre. Pour ce qui est des phobies spécifiques, nous pensons que de nombreux patients hésitent à contacter leur MG soit parce qu'ils ont honte d'aller voir un médecin pour lui parler de certaines peurs qu'ils considèrent eux-mêmes comme ridicules telle une peur des araignées, des ascenseurs ou des orages, soit parce qu'ils sont

persuadés que de tout façon, le MG ne pourra pas les aider. Les mêmes arguments sont possiblement aussi en cause pour ce qui est de l'agoraphobie : peur de paraître ridicule en avouant avoir peur d'endroits en fait inoffensifs comme les supermarchés, les salles de spectacles ou les transports en commun et/ou conviction que le MG n'aura de toute façon pas de solution à leur offrir.

5. Le trouble anxieux le plus difficile à prendre en charge

Le TOC vient largement en tête des troubles anxieux les plus difficiles à prendre en charge. Plus d'un tiers des MG (35%) le placent en tête de leur liste. Ceci ne saurait surprendre, vu que le TOC est également considéré par la plupart des spécialistes comme un trouble particulièrement difficile à traiter^{15,34}. Vient ensuite l'anxiété généralisée, elle aussi considérée habituellement comme un trouble tenace, souvent chronique.¹⁴

Les phobies spécifiques, citées en troisième place, sont en fait souvent assez faciles à traiter¹⁷. Il peut suffire de quelques séances d'expositions prolongées progressives voire d'une seule séance⁴⁶ pour venir à bout de ces troubles, en particulier quand il s'agit de phobies isolées ou simples telles la phobie type animal (peur des araignées par exemple) ou certaines phobies situationnelles comme la phobie des ascenseurs. Il se peut que les MG ne soient pas toujours parfaitement au courant de l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale dans les troubles anxieux, en particulier dans les phobies spécifiques. De plus, la formation à la thérapie cognitivo-comportementale ne fait pas partie de l'apprentissage de base d'un médecin généraliste.

Ce qui paraît étonnant, c'est que les MG mettent à la fin de leur liste l'Angoisse de séparation. Ce trouble peut certes être traité⁴⁷, mais son traitement requiert néanmoins des compétences approfondies que n'ont certainement pas toujours les MG. Il en va de même de l'état de stress aigu et de l'état de stress post-traumatique, qui sont loin d'être toujours faciles à traiter¹⁹.

6. La durée d'une consultation pour trouble anxieux et le rythme des consultations pour trouble anxieux

La majorité des MG (59%) consacrent entre 15 et 30 minutes à une consultation pour trouble anxieux et revoient leurs patients à plusieurs reprises. Ceci devrait suffire pour faire un diagnostic, prescrire un médicament, donner quelques conseils pratiques et suivre l'évolution. Il est à noter qu'un tiers des MG consacre entre 30 et 45 minutes par consultation à des patients qui présentent un trouble anxieux, voire plus de 45 minutes pour 6% et même plus d'une heure pour 3% d'entre eux. De plus, la majorité des MG (105 sur 152 ou 69%) revoient leurs patients à plusieurs reprises pour leur trouble anxieux, au moins une fois tous les 15 jours. Ceci laisse sous-entendre que les MG portent un intérêt majeur aux troubles anxieux et qu'une proportion non négligeable fait probablement même de vraies psychothérapies.

7. Les raisons faisant adresser un patient présentant un trouble anxieux à un spécialiste

Dans l'ensemble, les MG adressent assez fréquemment certains troubles anxieux à un spécialiste alors qu'ils ne demandent que rarement un avis spécialisé pour d'autres troubles. En particulier, ils ne demandent que rarement un avis spécialisé pour l'état de stress aigu, l'anxiété généralisée et le trouble panique, alors qu'ils ont facilement recours à un spécialiste pour la phobie sociale, le TOC et la phobie spécifique.

Avis spécialisé	1 ^{ère} intention	2 ^e intention
1. Trouble panique	7%	16%
2. Agoraphobie	19%	23%
3. Phobie sociale	28%	19%
4. Phobie spécifique	40%	19%
5. TOC	33%	18%
6. ESPT	13%	17%
7. Angoisse de séparation	16%	14%
8. Anxiété généralisée	8%	13%
9. Etat de stress aigu	4%	10%

Nos données concernant les raisons qui décident les MG à adresser un trouble anxieux à un spécialiste montrent deux résultats particulièrement intéressants. En premier lieu, ces raisons ne concernent que rarement le fait que les MG se sentent peu ou pas compétents pour assurer eux-mêmes le traitement. 29 MG seulement sur 154 (19%) indiquent manquer de connaissances suffisantes pour assurer une prise en charge adéquate. Ceci témoigne d'une bonne assurance des MG à pouvoir prendre en charge les troubles anxieux. En deuxième lieu, le temps nécessaire à prendre en charge un trouble anxieux ne semble pas jouer un rôle prépondérant dans le choix d'un transfert. En effet, moins d'un tiers des MG (46 MG sur 154 ou 30%) signalent ne pas disposer du temps nécessaire pour assurer eux-mêmes la prise en charge. Les MG évoquent un transfert à un spécialiste avant tout quand ils considèrent que celui-ci pourra offrir une aide plus efficace (70%), ou quand leur propre traitement s'avère inefficace (36%).

8. Quel est le médicament que vous prescrivez le plus souvent dans le cadre des troubles anxieux ?

La discussion des données relatives à cette question nous oblige à faire deux commentaires préliminaires.

En premier lieu, la question demandait quel était le médicament le plus souvent prescrit en 1^{ère} intention. De nombreux MG (64 sur 153 ou 42%) ont en fait placé deux médicaments en 1^{ère} position. Dans ces cas, nous avons tenu compte des deux réponses.

En deuxième lieu, nous avons fait une distinction dans notre questionnaire entre « benzodiazépines » et « anxiolytiques ». En fait, nous aurions dû préciser « benzodiazépines » et « autres anxiolytiques ». De nombreux MG nous ont d'ailleurs rendus attentifs sur ce point, en nous signalant qu'ils ne faisaient pas de différences entre les deux. Nous avons de ce fait décidé d'additionner les réponses « anxiolytiques » et « benzodiazépines », en considérant que les réponses à cette question concernaient systématiquement des benzodiazépines. Dans les cas où les deux réponses avaient été cochées, nous n'avons tenu compte que d'une réponse. Ceci nous a semblé justifié pour deux raisons. En premier lieu, il nous a semblé nécessaire de tenir

compte des remarques signalées par les MG concernant le fait qu'ils ne faisaient pas de différences entre tranquillisants et benzodiazépines. En deuxième lieu, les tranquillisants non benzodiazépiniques (hydroxazine et buspirone) ne sont pratiquement pas prescrits au Grand-Duché.⁴⁸

La grande majorité des MG interrogés (90 sur 153 ou 59%) prescrivent en première intention soit des antidépresseurs soit des anxiolytiques, c'est-à-dire, ainsi que nous venons de l'indiquer, en fait des benzodiazépines (102 sur 153 ou 67%). A quelques exceptions près, les MG ne prescrivent pas de neuroleptiques (3/153) ou d'hypnotiques (2/153) comme traitement de choix d'un trouble anxieux. A noter également que 17 MG sur 153 (ou 11%) donnent leur préférence à des traitements dits alternatifs, tels que l'homéopathie ou la phytothérapie et que 10 médecins sur 153 (ou 7%) préfèrent ne prescrire aucun médicament dans la prise en charge d'un trouble anxieux.

Les résultats indiquent que les MG suivent d'assez près les recommandations générales préconisées par les conférences de consensus décrites dans la partie IV de notre travail, à savoir : donner préférences à la prescription d'antidépresseurs et prudence dans la prescription de benzodiazépines. En effet, ils ne recourent pas, pour la majorité d'entre eux, systématiquement à une benzodiazépine pour traiter un trouble anxieux et ils n'hésitent pas à prescrire un antidépresseur. Ceci peut être en rapport avec une campagne récente menée par le Ministère de la Santé pour sensibiliser les médecins luxembourgeois, MG et spécialistes, au dangers potentiels des prescriptions intempestives de benzodiazépines et au risque de dépendance à laquelle peuvent conduire les prises prolongées de ces substances.

En 2006, une étude du psychiatre luxembourgeois Jean-Marc Cloos⁴⁸ avait fait beaucoup parler d'elle et suscité un intérêt général auprès des responsables politiques, des médecins et des patients. D'après cette étude, le Luxembourg comptait avec la France et la Belgique parmi les plus gros consommateurs de benzodiazépines en Europe. Alors que l'achat d'alcool et de tabac au Luxembourg peut être attribué en partie au fait que les personnes habitant de l'autre côté de nos frontières viennent s'approvisionner au Luxembourg, la consommation de benzodiazépines ne pouvait pas être rejetée sur les frontaliers venant des pays voisins. En effet, ces médicaments ne sont délivrés que sur prescription par un médecin accrédité au Luxembourg. D'après les données de cette étude, plus d'un tiers des habitants du Luxembourg avait pris des

benzodiazépines entre 1995 et 2004, et ceci pendant une durée supérieure à 2 mois dans 42% des cas. 46318 patients s'étaient présentés en pharmacie avec une prescription de benzodiazépines pendant plus d'un an, ce qui correspond à 15,4% de la population totale. Le Dr Cloos estime à 5 % le pourcentage de la population qui pourrait être dépendante à une faible dose de benzodiazépines, alors que 0,4% serait dépendante à des doses fortes.

Les MG semblent avoir tenu compte des recommandations du Ministère de la Santé.

9. La prise en charge des différents troubles anxieux

Nous avons choisi de comparer la prise en charge des médecins généralistes avec les recommandations émises dans certains pays : la France et l'Allemagne, ces deux pays étant voisins au Luxembourg ; le Canada pour avoir l'avis de spécialistes hors Europe (voir chapitre IV). Pourquoi avoir choisi des recommandations plutôt que des livres ou des revues ? Les recommandations type conférence de consensus résultent du travail de plusieurs spécialistes du domaine concerné. Elles permettent aux personnes n'ayant pas de connaissances approfondies d'un sujet d'être guidées dans la prise en charge qu'elles proposent à leurs patients. Il semble plus logique pour un médecin généraliste de se référer à une conférence de consensus qu'à un livre (lequel ?) ou une revue spécialisés, compliqués, et pas toujours d'accès facile.

Nous avons estimé que demander un avis spécialisé en première intention ne devait surtout pas être considéré comme une erreur de traitement ; en effet, les médecins généralistes ayant agi comme ceci (par manque de temps, de connaissances spécialisées, ou autre), se sont bien occupés de leurs patients dans ce sens qu'ils assurent la continuité des soins. Le patient n'est pas laissé seul avec sa maladie. Nous considérons que c'est une prise en charge toute à fait appropriée.

Il ressort du **tableau 2** que plus de la moitié des médecins généralistes (pour le trouble panique, l'état de stress post-traumatique, l'anxiété généralisée et la phobie spécifique) voire plus des trois quarts parmi eux (pour la phobie sociale et le TOC) traitent les troubles anxieux conformément aux recommandations décrites dans le chapitre IV, et ceci dès le traitement de 1^{ère} intention. Nous avons constaté que ce taux s'améliore davantage quand on prend en compte les traitements de 2^e intention.

Nous avons défini le traitement de 2^e intention comme suit :

- traitement prescrit en cas d'échec du traitement initial
- traitement prescrit en cas d'effet insuffisant
- traitement prescrit parallèlement au traitement de 1^{ère} intention (bithérapie)

Nous avons défini le *traitement alternatif* comme suit :

- Homéopathie, phytothérapie, acupuncture, sport, relaxation et autres

A noter que sous le terme de médicament, nous entendons « classes de médicaments » (pas un médicament en particulier). Ex : antidépresseur (et non paroxétine ou sertraline)

Dans le tableau 2, les cases en vert correspondent aux traitements de 1^{ère} intention préconisés par les recommandations françaises, belges et canadiennes (qui sont identiques sur les grandes lignes). Pour l'état de stress aigu, l'anxiété de séparation et l'agoraphobie, on demande de se référer aux sous-chapitres correspondants.

Les chiffres représentent le pourcentage de médecins généralistes ayant prescrit en 1^{ère} intention chacun des médicaments indiqués dans le tableau.

La dernière ligne du tableau représente le pourcentage total de médecins qui traitent les troubles anxieux en 1^{ère} intention conformément aux recommandations étudiées. Entre parenthèses se trouve ce même pourcentage auquel nous avons rajouté la proportion de médecins soignant selon ces recommandations dès la prescription d'un 2^e traitement.

Exemple : 39% des médecins ont prescrit en 1^{ère} intention un anxiolytique dans le trouble panique

	Tb panique	Agoraphobie	Phobie sociale	Phobie spécifique	TOC	ESPT	Angoisse de séparation	Anxiété généralisée	ESA
Anxiolytique	39	19	14	11	3	41	34	39	70
Antidépresseur	32	31	25	12	46	17	11	35	6
Hypnotique	1	0	0	0	1	0	0	1	1
Neuroleptique	2	1	0	2	4	0	0	1	1
Psychothérapie	13	26	28	31	12	21	28	11	7
Ttt alternatif	6	3	6	5	1	8	11	6	11
Avis spécialisé	7	19	28	40	33	13	16	8	4
Total (Traitement conforme aux recommandations)	52 (85)		81 (92)	71 (85)	91 (98)	51 (79)		54 (83)	

Tableau 2 : Taux de traitements conformes aux recommandations

a. Le trouble panique

De notre étude, il ressort qu'environ un tiers des MG prescrit, comme conseillé dans les recommandations détaillées dans le chapitre IV, un antidépresseur comme traitement de première intention, majoré d'une benzodiazépine dans un cas sur deux ou associé à une psychothérapie dans environ 20% des cas si l'effet initial est jugé insuffisant.

Nous avons remarqué également que plus d'un tiers des médecins généralistes traite le trouble panique d'abord par un anxiolytique, puis en cas d'échec ou de résultat insuffisant, par un antidépresseur ou une psychothérapie dans leur cabinet. Un MG sur cinq demande un avis spécialisé après l'échec de l'anxiolytique. Il est important de ne pas confondre la prise en charge d'une attaque de panique isolée avec celle du trouble panique. L'attaque de panique isolée peut souvent être soignée par un simple entretien avec le patient, sinon une prescription de benzodiazépine peut être judicieuse en cas de crise prolongée ou soutenue, mais cette prescription doit être de courte durée pour éviter une dépendance à ce médicament. Deux explications peuvent donc être données pour ce résultat (anxiolytique en 1^{ère} intention) de notre étude: 1. Il y a eu confusion entre les termes trouble panique et attaque de panique. 2. Les MG prescrivant l'anxiolytique en 1^{ère} intention le font dans l'optique de rassurer rapidement le patient pour ensuite passer au traitement de fond du trouble panique.

b. L'anxiété généralisée

Dans notre étude, nous remarquons qu'environ autant de MG prescrivent des anxiolytiques (39%) que des antidépresseurs (35%) en première intention du traitement de l'anxiété généralisée. En cas d'échec ou d'effet insuffisant, ces mêmes MG conseillent un antidépresseur pour les premiers, et un anxiolytique pour les deuxièmes. Au bout du 2^e traitement, les patients de ces MG devraient alors aboutir à la même prise en charge si ce n'est dans un ordre inverse. Les MG ayant prescrit un antidépresseur suivi d'un anxiolytique agissent comme recommandé dans les conférences de consensus analysées. Dans 28% des cas, le traitement par antidépresseur seul est efficace, les MG ne prescrivant pas de 2^e traitement. Dans un tiers des cas, un traitement par anxiolytiques est nécessaire, possiblement pour soigner des accès d'anxiété.

Parmi les MG ayant traité leurs patients par anxiolytique au départ, 14% seulement prescrivent ce traitement seul. Un tiers environ complète la prise en charge par l'adjonction d'un antidépresseur. Ce résultat fait penser que, conforme aux recommandations, les antidépresseurs en 1^{ère} intention sont plus efficaces que les anxiolytiques dans la prise en charge de l'anxiété généralisée.

c. La phobie sociale

Notre étude montre qu'environ la moitié des MG soigne leurs patients conformément aux recommandations étudiées, et ceci pour le traitement de première intention. Un quart prescrit un antidépresseur et un quart soigne le patient par psychothérapie. A ceci s'ajoute les 28% de MG qui adressent leurs patients à un spécialiste.

d. La phobie spécifique

Notre enquête révèle que 40% des MG ne se sentent pas à l'aise avec la prise en charge d'une phobie spécifique ; ils envoient leurs patients directement chez le spécialiste. Ceci peut s'expliquer par le fait que la prise en charge psychothérapeutique, envisagée par les trois recommandations, est particulière et spécifique aux formations des psychologues et des psychiatres. Elle n'est pas apprise aux MG pendant les études médicales de 1^{er}, 2^e ou 3^e cycles, mais peut faire partie de formations supplémentaires tels des DIU ou DU (p.ex. DIU de thérapie cognitivo-comportementale des Universités de Lyon ou de St Etienne)^{49,50}. Il semble que certains MG aient suivi une telle formation : il ressort effectivement de notre étude qu'un tiers des participants soigne ces patients par une psychothérapie au sein de leur cabinet de MG. Ce taux semble étonnant, et on peut se poser la question s'il n'y a pas eu une mauvaise compréhension du terme « psychothérapie » figurant dans le questionnaire. On peut penser que certains des MG aient pensé à une psychothérapie chez le spécialiste en cochant le terme « psychothérapie » et non pas au sein de leur cabinet. Néanmoins, des commentaires libres écrits sur les questionnaires nous encouragent à penser que plusieurs des MG interrogés s'intéressent particulièrement à cette prise en charge et ont suivi des formations.

e. Le TOC

Le trouble obsessionnel-compulsif est plus difficile à traiter que les autres troubles anxieux¹⁸.

De notre étude, il ressort qu'environ un tiers des MG préfère demander un avis spécialisé en première intention, ce qui peut se comprendre devant la complexité de la pathologie ainsi que les difficultés et la durée de la prise en charge. Néanmoins et conformément aux recommandations du chapitre IV, presque la moitié des MG (46%) tente d'abord un traitement par antidépresseur, qu'ils jugent suffisant dans 31% des cas (pas de 2^e traitement entrepris), qu'ils complètent ou changent par une psychothérapie dans 28% des cas, ou pour lequel ils demandent finalement un avis spécialisé dans un cas sur quatre. Environ 1 MG sur 10 essaie une psychothérapie.

A noter que seulement 3% des MG prescrivent un anxiolytique en première intention dans le traitement du TOC.

f. L'état de stress post-traumatique

Les résultats de notre étude peuvent paraître étonnants. En effet, 41% des MG prescrivent un anxiolytique en première intention dans l'état de stress post-traumatique. 28% soignent le patient par psychothérapie, 17% seulement prescrivent un antidépresseur, et 13% des MG adressent le patient immédiatement à un spécialiste. La forte prescription d'anxiolytiques peut possiblement s'expliquer par le fait que le patient présentant un ESPT revit constamment l'événement traumatique dont il a été victime. Il est inquiet, angoissé, terrifié. Pour calmer ces symptômes, le MG est donc probablement tenté de prescrire un médicament qui apporte un soulagement immédiat, alors même qu'il ne saurait guérir le patient.

L'état de stress aigu, l'agoraphobie et l'angoisse de séparation sont des chapitres qui ne sont pas traités dans les recommandations analysées. Nous nous sommes permis d'utiliser d'autres références pour ces trois pathologies.

g. L'état de stress aigu

La prise en charge de l'état de stress aigu est complexe. Laisser le patient gérer seul son anxiété dans un premier temps, « defusing », « debriefing » à 48 heures, compléter par une psychothérapie cognitivo-comportementale, prescrire un traitement antidépresseur ou anxiolytique... il n'existe pas de consensus ni de règle stricte sur la prise en charge parfaite après un événement traumatisant. Une étude récente réalisée par Bryant et al. montre que la psychothérapie d'exposition est plus efficace que la restructuration cognitive dans la prévention de l'apparition ultérieure d'un état de stress post-traumatique⁵¹. Les antidépresseurs ne sont pas recommandés en 1^{ère} intention par l'Association Américaine de Psychiatrie⁵². Les spécialistes semblent d'accord pour dire que les meilleurs résultats sont obtenus chez les victimes demandeuses de soins, et ceci à distance de l'événement traumatique⁵², adaptant une sorte d'attitude « attentiste ». En effet, la remémoration immédiate forcée du traumatisme peut avoir une action de fixation sur l'événement alors que le résultat souhaité est le contraire. L'intérêt du « debriefing » sur la prévention de l'état de stress post-traumatique est controversé, surtout s'il consiste en une séance unique non suivi d'un projet de soin ultérieur¹⁹. En cas d'angoisse majeure ou d'agitation, un anxiolytique peut être prescrit pour une courte durée. L'immense majorité des médecins interrogés (70%) prescrit un anxiolytique comme traitement de 1^{ère} intention dans l'état de stress aigu. 11% recommandent un traitement alternatif, 7% une psychothérapie. 6% prescrivent un antidépresseur. Seulement 4% adressent le patient à un spécialiste. De la même façon que dans l'état de stress post-traumatique, la prescription d'anxiolytiques peut être interprétée comme une volonté de soulager rapidement l'état d'angoisse ou d'agitation extrême dans lequel se trouve la victime.

h. L'agoraphobie⁵³

Nous avons décidé de traiter l'agoraphobie à part du trouble panique, ces deux troubles anxieux pouvant exister indépendamment l'un de l'autre. A noter que le traitement est néanmoins similaire pour une agoraphobie avec ou sans trouble panique.

Dans notre étude, environ un tiers (31%) des médecins généralistes conseille un antidépresseur en première intention du traitement de l'agoraphobie. Cette démarche semble efficace ; en effet, 42% des médecins généralistes indiquent qu'ils n'ont pas recours à une autre

thérapeutique par la suite (pas de 2^e choix). Un médecin sur quatre adresse son patient chez le spécialiste après traitement par antidépresseur.

A noter que 26% des médecins généralistes estiment que la psychothérapie est le meilleur traitement en 1^{ère} intention de l'agoraphobie. Dans la moitié des cas (49%), cette thérapeutique est suffisante. 30% des interrogés par contre demandent un avis spécialisé après avoir eux-mêmes utilisé une approche psychothérapeutique.

Finalement, dans un cas sur 5, les médecins généralistes adressent leur patient directement au spécialiste.

Pour conclure, il ressort de notre étude qu'environ les trois quarts des médecins généralistes prennent en charge l'agoraphobie tel que c'est communément conseillé.

i. L'anxiété de séparation²⁰

Le traitement de l'anxiété de séparation repose avant tout sur la psychothérapie cognitivo-comportementale de type familiale. La thérapie par exposition est complétée par un travail sur les cognitions qui accompagnent cette pathologie ainsi que par des exercices de relaxation et d'autosuggestion. L'efficacité des antidépresseurs et des tranquillisants est fortement controversée.

Notre étude révèle que 38% des médecins généralistes interrogés soignent l'anxiété de séparation au moyen d'une psychothérapie. Dans environ la moitié de ces cas, ce traitement seul est suffisant ; un médecin sur cinq préfère demander un avis spécialisé au décours de la psychothérapie.

16% des médecins généralistes adressent leur patient à un spécialiste après le diagnostic d'anxiété de séparation.

11% seulement prescrivent un traitement par antidépresseur.

La forte prescription d'anxiolytiques (34% des cas) peut paraître étonnante d'autant plus que l'anxiété de séparation est avant tout une pathologie de l'enfant. Il est peu probable que les médecins généralistes prescrivent fréquemment des benzodiazépines à des enfants.

Nous pensons que l'anxiété de séparation est le trouble anxieux le moins bien connu des médecins généralistes. En effet, un tiers des participants indique ne jamais avoir rencontré ne serait-ce qu'un seul patient présentant ce trouble. Ceci peut être expliqué par le fait que la patientèle des médecins généralistes comprend, sauf exception et orientation spécialisée, avant tout une population adulte et adolescente, les enfants étant amenés habituellement chez leur

pédiatre en cas de maladie ou, pour ce qui est en particulier de l'anxiété de séparation, chez le psychologue scolaire ou un pédopsychiatre. A ceci s'ajoute le fait que la prise en charge de l'anxiété de séparation nécessite des compétences spécialisées que n'ont probablement pas la majorité des médecins généralistes.

10. Limites et points forts de l'étude

Notre étude présente plusieurs limites :

- **Le choix des troubles anxieux:** nous avons décidé d'analyser neuf troubles anxieux. Habituellement, l'agoraphobie n'est pas dissociée du trouble panique. De même, l'état de stress aigu est souvent analysé dans un même chapitre que l'état de stress post-traumatique. Finalement, du fait qu'elle touche avant tout les enfants, l'anxiété de séparation est fréquemment traitée à part.
- **Le questionnaire :** à posteriori, nous réalisons qu'il a été difficile de répondre à certaines questions, et notamment au tableau de la question 17. Cette question comporte le taux le plus élevé de non réponses (entre 5% et 14%). De même, il y a eu en général une mauvaise compréhension de la différence entre les termes benzodiazépines et anxiolytique, synonymes pour la plupart des participants. Nous avons finalement exclu une question (16) qui n'était pas en rapport direct avec les troubles anxieux.
- **La subjectivité des réponses :** un auto-questionnaire anonyme n'est probablement pas la meilleure façon d'évaluer de façon objective les pratiques des médecins généralistes. Une enquête réalisée auprès de patients atteints de troubles anxieux aurait été plus objective, mais très difficile à réaliser.
- **Les résultats :** les résultats ne donnent qu'une appréciation globale de la prise en charge des troubles anxieux par les médecins généralistes du Luxembourg. Ils ne nous permettent pas de savoir si tous les troubles anxieux sont correctement diagnostiqués. Bien que les résultats de la thèse, fondés sur les déclarations des médecins, montrent que la prise en charge est correcte, nous ne pouvons pas conclure qu'en pratique, ceci est le cas, ce versant n'ayant pas été étudié. Nous n'avons aucune notion des médicaments (nom commercial ou DCI) utilisés dans chaque trouble, ni de la durée de prescription ni de la dose du médicament prescrit.

L'étude comporte également des points positifs :

- **Le taux de participation** : il était de 42,2%, dont 41,4% de questionnaires exploitables. Ce taux paraît élevé, d'autant plus que le sujet n'était pas facile et concernait l'évaluation des pratiques de médecins généralistes qui auraient pu se sentir « testés » par cette étude. Le questionnaire en deux langues (français et allemand), son anonymat, et l'enveloppe préimprimée fournie aux participants ont possiblement contribué à l'obtention d'un taux de participation élevé.
- **Les questionnaires bien remplis** : en faisant abstraction de la question 17, le taux de non réponse sur l'ensemble des questionnaires était de 2%.
- **L'intérêt pour les troubles anxieux** : le fort taux de participation ainsi que le bon remplissage des questionnaires peuvent témoigner de l'intérêt que les médecins généralistes portent à ce sujet. Plusieurs remarques encourageantes figuraient sur les questionnaires ; un médecin généraliste a même pris contact par téléphone pour exprimer son intérêt et son souhait de connaître les résultats de l'étude.
- **Le sujet** : à ce jour, aucune étude sur la prise en charge des troubles anxieux par les médecins généralistes n'a été réalisée au Luxembourg.
- **La conclusion** : globalement, la prise en charge des troubles anxieux semble bien connue des médecins généralistes.

VII. CONCLUSION

Le but de notre étude était de déterminer si les médecins généralistes du Luxembourg prennent en charge les troubles anxieux conformément à ce qui est validé par diverses recommandations. Pourquoi le Luxembourg ? Premièrement, c'est le pays dont je suis originaire et dans lequel je souhaite exercer dans l'avenir. Deuxièmement, les médecins généralistes du Luxembourg n'ont pas de conférences de consensus luxembourgeoises. Ils doivent partir à l'étranger pour faire leurs études de médecine, et la Formation Médicale Continue n'est pas obligatoire à ce jour. Ils peuvent de ce fait paraître désavantagés par rapport à leurs confrères des pays voisins. Pourquoi les troubles anxieux ? Il s'agit de pathologies extrêmement fréquentes, souvent méconnues, non diagnostiquées et sous voire non traitées.

De notre étude, il ressort que les médecins généralistes ont un réel intérêt pour ces troubles, ce dont témoignent le fort taux de participation, les remarques positives figurant sur les questionnaires renvoyés et bien sûr, les réponses aux questions. Les résultats indiquent qu'ils connaissent bien la prise en charge des troubles anxieux. Plus de la moitié parmi eux traite ces pathologies conformément à ce que recommandent les conférences de consensus d'autres pays, et ce taux s'élève à plus de 75% dès lors qu'un traitement de 2^e intention est prescrit. Les benzodiazépines sont prescrites moins souvent qu'on ne le suspectait.

Pourtant, seulement un médecin généraliste sur deux a bénéficié de cours sur les troubles anxieux pendant ses études de médecine et sa spécialisation. De même, nous avons été étonnés de découvrir que les conférences de consensus étrangères sont utilisées par moins de 8% des médecins.

Une étude faite par le psychiatre luxembourgeois Jean-Marc Cloos en 2006 avait mis le doigt sur la surprescription de benzodiazépines au Luxembourg, réveillant l'intérêt des responsables politiques, médecins et patients. Tous les Luxembourgeois ont entendu parler de cette étude, dont les résultats ont été communiqués à la radio, à la télévision, dans les journaux, sur internet. Ils ont même été publiés dans le Corps Médical du Luxembourg, revue destinée à tous les médecins du Luxembourg. Une étude comme celle-là n'aurait-elle pas beaucoup plus d'impact sur la prescription des médecins que des conférences de consensus ?

BIBLIOGRAPHIE

¹ Association Américaine de Psychiatrie. Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 4^e Edition, révision de texte, DSM-IV-TR (2004). Traduction de l'anglais coordonnée par JD Guelfi. Masson, Paris, 2004

² ROBINS L., REGIER DA. Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. 1990. The Free Press.

³ KESSLER R.C., CHIU W.T., et al. Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005. 62(6):617-27

⁴ ALONSO J, ANGERMEYER M.C., et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2004. 420: 21-7

⁵ PULL C., PULL M.C. Préface. J'ai peur. Editions Saint Paul, Luxembourg. 2008, p.10-11.

⁶ BOARDMAN J., HENSHAW C., WILLMOTT S. Needs for mental health treatment among general practice attenders. Br J Psychiatry, 2004 Oct; 185:318-27.

⁷ WEISBERG RB, DYCK I., CULPEPPER L., KELLER MB. Psychiatric treatment in primary care patients with anxiety disorders: a comparison of care received from primary care provider and psychiatrists. Am J Psychiatry. 2007 Feb; 164(2):276-82.

⁸ REGIER D.A., RAE D.S., et al. Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. Br J Psychiatry Suppl. 1998. ; 34: 24-28

⁹ Collège Médical du Luxembourg, 90, bld de la Pétrusse, L-2320 Luxembourg

¹⁰ ANSSEAU M., NICKELS J., MAGERUS S., PULL Ch. Epidémiologie des troubles psychiatriques dans la Province de Luxembourg. Brochure éditée par la Plate-Forme de concertation Psychiatrique de la Province de Luxembourg. 1999

¹¹ Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement. Descriptions Cliniques et Directives pour le Diagnostic (1993) et Critères Diagnostiques pour la Recherche (1994). Traduction de l'anglais coordonnée par CB Pull. Masson, Paris, 1993 et 1994.

¹² GUELFY J.D. and ROUILLON F. (eds). Manuel de psychiatrie. Masson. Paris. 2007.

¹³ BOULANGER JP. Troubles anxieux. De la névrose aux troubles anxieux. In : Guelfi JD and F. Rouillon (eds). Manuel de psychiatrie. Masson. Paris. 2007 ; 177-180.

¹⁴ SERVANT D., GOUDEMAMND M. Anxiété généralisée. In: Guelfi JD and F. Rouillon (eds). Manuel de psychiatrie. Masson. Paris. 2007 ; 193-197.

¹⁵ COHIDON C. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalité ». Collection « Santé travail ». InVS. 2007 Aug.

¹⁶ BOULANGER J.-P., CAPDEVIELLE D. Trouble panique et Agoraphobie. In : Guelfi JD and F. Rouillon (eds). Manuel de psychiatrie. Masson. Paris. 2007 ; 180-185.

¹⁷ ANDRE C. Phobies spécifiques et phobies sociales. In: Guelfi JD and F. Rouillon (eds). Manuel de psychiatrie. Masson. Paris. 2007 ; 185-192.

¹⁸ MILLET B., BOURGUIGNON A. Trouble obsessionnel-compulsif et spectre obsessionnel compulsif. In : Guelfi JD and F. Rouillon (eds). Manuel de psychiatrie. Masson. Paris. 2007 ; 209-216.

¹⁹ FERRERI F., PERETTI C.S., FERRERI M. Pathologie psychotraumatique, pathologies secondaires à des traumatismes majeurs, stress aigu et état de stress post-traumatique. In : Guelfi JD and F. Rouillon (eds). Manuel de psychiatrie. Masson. Paris. 2007 ; 202-208

-
- ²⁰ PULL Ch., PULL M.C. Ne t'en va pas...ne me laisse pas seul! J'ai peur. Editions Saint Paul, Luxembourg. 2008 ; p. 118-127
- ²¹ GUY W. Clinical Global Impression Scale. ECDEU Assessment Manuel for Psychopharmacology -Revised. DHEW Pub. 1976.
- ²² HAMILTON M. The Assessment of Anxiety States by Rating. British Journal of Medical Psychology. 1959. 32; 50-55.
- ²³ LIEBOWITZ M.R. Social phobia. Modern problems in pharmacopsychiatry. 1987 ; 22 :141-173.
- ²⁴ SHEAR M.K., BRAUN T.A., BARLOW D.H. et al. Multicenter collaborative panic disorder severity scale. American Journal of Psychiatry. 1997. 154:1571-75.
- ²⁵ ZIGMOND A.S., SNAITH R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983. 67 ; 361-370.
- ²⁶ LIPMAN R.S. Differentiating anxiety and depression in anxiety disorders: use of rating scales. Psychopharmacology Bulletin. 1982; 18:69-77.
- ²⁷ MARKS I.M., MATTHEWS A.M. Brief Standard Selfrating for Phobic Patients. Behavior Research and Therapy. 1979;17:263-67.
- ²⁸ BOUVARD M, COTTRAUX J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. Masson, 3^e édition. 2002 ; 63-5.
- ²⁹ GOODMAN W.K., PRICE L.H. , RASMUSSEN S.A. et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale I: Development, Use, and Reliability. Archives of General Psychiatry. 1989 ; 46; 1006-11.
- ³⁰ WEISS D.S., MARMAR C.R. The impact of event scale revised. In: Assessing Psychological Trauma and PTSD. A Practitioner's Handbook. Wilson JP et Keane TM (Eds). 1966 ; 399-411

³¹ LEON A.C., OLFSON M., PORTERA L. et al. Assessing Psychiatric Impairment in Primary Care with the Sheehan Disability Scale. *International Journal of Psychiatry Medicine*. 1977; 27:93-105.

³² Haute Autorité de Santé. Troubles anxieux graves. Guide Affection de Longue Durée : Affections psychiatriques de longue durée. Juin 2007.

³³ Association des Psychiatres du Canada. Guide de Pratique Clinique : Traitement des troubles anxieux. *Can J Psychiatry*. Vol 51, Suppl 2, July 2006.

³⁴ Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. Angst- und Zwangsstörungen. *Arzneiverordnung in der Praxis*. 2003. 30:4-22.

³⁵ Vorlesungsverzeichnisse der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. Disponible sur : www.uni-heidelberg.de/studium/imstudium/vorlesungen/

³⁶ Emploi du temps D4, 2008-2009, Université Henri Poincaré Nancy. Disponible sur : www.medecine.uhp-nancy.fr/pages/2e_cycle/calendrier/EDT_D4_08_09.pdf

³⁷ Programme des cours 2008-2009, Université de Liège. Disponible sur : <http://progcourses.ulg.ac.be/cocoon/fac/facM>

³⁸ Internat de Médecine Générale. Répartition des enseignements 2008-2009, Université Henri Poincaré Nancy. Disponible sur : http://www.medecine.uhp-nancy.fr/pages/3e_cycle/pdf_3e_cycle/enseignement/calendrier_0809.pdf

³⁹ DELCOURT C. Dix ans de formation continue au sein de l'ALFORMEC. *Louvain Med*. 1998, **117**: S457-S464.

⁴⁰ Institut Luxembourgeois pour la Formation Médicale Continue. Disponible sur : <http://www.institutfmc.lu>

⁴¹ Ministère de l'Éducation nationale et de la formation professionnelle. Grand-Duché du Luxembourg. Formation des adultes / tout au long de la vie. 2009

⁴² Association Luxembourgeoise pour la Formation Médicale Continue. Disponible sur : www.alformec.lu

⁴³ Association Luxembourgeoise des Etudiants en Médecine. Démographie médicale du Luxembourg. Edition 2005 ; p26. Disponible sur : www.alem.lu

⁴⁴ KAHN-BENSAUDE. La féminisation : Une chance à saisir. Ordre National des Médecins. France, 2005.

⁴⁵ NIMH. The Numbers count: Mental disorders in America. 2008. Disponible sur: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/the-numbers-count-mental-disorders-in-america/index.shtml>

⁴⁶ Zlomke K, Davis TE 3rd. One-session treatment of specific phobias: a detailed description and review of treatment efficacy. Behav Ther. 2008 Sep; 39(3):207-23. Epub 2008 Feb 4. Review.

⁴⁷ JURBERGS N., LEDLEY DR. Separation anxiety disorder. Pediatr Ann. 2005 Feb;34(2):108-15. Review.

⁴⁸ CLOOS JM, RIES T, KOCH P. Les benzodiazépines au Grand-Duché de Luxembourg. Association des Médecins et Médecins-Dentistes du Grand-Duché de Luxembourg (AMMD): Le Corps Médical (n° 3/2007: 1^{ère} partie, pp. 4-39, n° 4/2007: 2^e partie, pp. 3-29).

⁴⁹ Université Claude Bernard Lyon 1. Service Central de la Formation Continue. DIU Thérapie comportementale et cognitive. Disponible sur : http://focalserv.univ-lyon1.fr/fiche_formation.php?REF=145

⁵⁰ Université Jean Monnet St Etienne. D.I.U. thérapie cognitivo comportementale. Disponible sur :<http://portail.univ-st-etienne.fr/bienvenue/formations/d-i-u-therapie-cognitivo-comportementale-36884.kjsp?RH=INSCFAC>

⁵¹ BRYANT R., MASTRODOMENICO J., et al. Treatment of Acute Stress Disorder: A Randomized Controlled Trial. Arch Gen Psychiatry. 2008. 65(6): 659-67.

⁵² American Psychiatry Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. Disponible sur : www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_11.aspx

⁵³ PULL Ch., PULL M.C. Seul en rase campagne...la mort aux trousses. J'ai peur. Editions Saint Paul, Luxembourg. 2008 ; p.66-73

ANNEXES

ANNEXE 1

LES TROUBLES ANXIEUX : CRITERES DIAGNOSTIQUES DU DSM - IV - TR

Anxiété généralisée

- A.** Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tel le travail ou les performances scolaires)
- B.** La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation
- C.** L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois). NB. Un seul item est requis chez l'enfant
 - 1. agitation ou sensation d'être survolté ou à bout
 - 2. fatigabilité
 - 3. difficultés de concentration ou trous de mémoire
 - 4. irritabilité
 - 5. tension musculaire
 - 6. perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfait)
- D.** L'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité aux manifestations d'un trouble de l'axe I, p.ex. l'anxiété ou la préoccupation n'est pas celle d'avoir une attaque de panique (comme dans le trouble panique), d'être gêné en public (comme dans la phobie sociale), d'être contaminé (comme dans le trouble obsessionnel-compulsif), d'être loin de son domicile ou de ses proches (comme dans le trouble anxiété de séparation), de prendre du poids (comme dans l'anorexie mentale), d'avoir de multiples plaintes somatiques (comme dans le trouble somatisation) ou d'avoir une maladie grave (comme dans l'hypochondrie), et l'anxiété et les préoccupations ne surviennent pas exclusivement au cours d'un état de stress post-traumatique

-
- E.** L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- F.** La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p.ex. hyperthyroïdie) et ne survient pas exclusivement au cours d'un trouble de l'humeur, d'un trouble psychotique ou d'un trouble envahissant du développement.

Trouble panique sans agoraphobie :

A. A la fois (1) et (2) :

(1) Attaques de panique récurrentes et inattendues

(2) Au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou de plus) des symptômes suivants :

- a Crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique
- b Préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences (par ex. perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »)
- c Changement de comportement important en relation avec les attaques

B. Absence d'agoraphobie

C. Les attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p.ex. hyperthyroïdie)

D. Les attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental, tel une phobie sociale (p.ex. survenant lors de l'exposition aux situations sociales redoutées), une phobie spécifique (p.ex. lors de l'exposition à une situation phobogène spécifique), un trouble obsessionnel-compulsif (p.ex. lors de l'exposition à la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un état de stress post-traumatique (p.ex. en réponse à des stimulus associés à un facteur de stress sévère) ou un trouble anxieux de séparation (p.ex. en réponse au fait d'être éloigné du domicile ou de ses proches)

Trouble panique avec agoraphobie :

A. A la fois (1) et (2) :

(1) Attaques de panique récurrentes et inattendues

(2) Au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou de plus) des symptômes suivants :

- a Crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique
- b Préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences (par ex. perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »)
- c Changement de comportement important en relation avec les attaques

B. Présence d'agoraphobie

C. Les attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p.ex. hyperthyroïdie)

D. Les attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental, tel une phobie sociale (p.ex. survenant lors de l'exposition aux situations sociales redoutées), une phobie spécifique (p.ex. lors de l'exposition à une situation phobogène spécifique), un trouble obsessionnel-compulsif (p.ex. lors de l'exposition à la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un état de stress post-traumatique (p.ex. en réponse à des stimulus associés à un facteur de stress sévère) ou un trouble anxiété de séparation (p.ex. en réponse au fait d'être éloigné du domicile ou de ses proches)

Phobie sociale

A. Une peur persistante et intense d'une ou de plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance durant 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. NB. Chez les enfants, on doit retrouver des éléments montrant la capacité d'avoir des relations sociales avec des gens familiers en rapport avec l'âge et l'anxiété doit survenir en présence d'autres enfants et pas uniquement dans les relations avec les adultes.

B. L'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou bien facilitée par la situation. NB. Chez les enfants, l'anxiété peut s'exprimer par des pleurs,

des accès de colère, des réactions de figement ou de retrait dans les situations sociales impliquant des gens non familiers.

- C. Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de la peur. NB. Chez l'enfant, ce caractère peut être absent.
- D. Les situations sociales ou de performance sont évitées ou vécues avec une angoisse et une détresse intenses.
- E. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la (les) situation(s) redoutée(s) sociale(s) ou de performance perturbent, de façon importante, les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles (scolaires), ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.
- F. Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins 6 mois.
- G. La peur ou le comportement d'évitement n'est pas lié aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ni à une affection médicale générale et ne sont pas mieux expliqués par une autre trouble mental (p.ex. trouble panique avec ou sans agoraphobie, trouble anxiété de séparation, peur d'une dysmorphie corporelle, trouble envahissant du développement ou personnalité schizoïde).
- H. Si une affection médicale générale ou un autre trouble mental est présent, la peur décrite en A est indépendante de ces troubles ; par exemple, le sujet ne redoute pas de bégayer, de trembler dans le cas d'une maladie de Parkinson ou de révéler un comportement alimentaire anormal dans l'anorexie mentale ou la boulimie.

La phobie sociale peut être de type généralisée si les peurs concernent la plupart des situations sociales (p.ex. démarrer ou soutenir des conversations, participer à de petits groupes, avoir des rendez-vous, parler à des figures d'autorité, se rendre à des soirées). NB. Envisager également un diagnostic additionnel de personnalité évitante.

Phobies spécifiques

- A. Peur persistante et intense à caractère irraisonné ou bien excessive, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique (p.ex. prendre l'avion, les hauteurs, les animaux, avoir une injection, voir du sang).

-
- B.** L'exposition au stimulus phobogène provoque de façon quasi systématique une réaction anxieuse immédiate qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou facilitée par la situation. NB. Chez les enfants, l'anxiété peut s'exprimer par des pleurs, des accès de colère, des réactions de figement ou d'agrippement.
- C.** Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irrationnel de la peur. NB. Chez l'enfant, ce caractère peut être absent.
- D.** La (les) situation(s) phobogène(s) est (sont) évitée(s) ou vécue(s) avec une anxiété ou une détresse intense.
- E.** L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la (les) situation(s) redoutée(s) perturbent, de façon importante les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles (ou scolaires) ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.
- F.** Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins 6 mois.
- G.** L'anxiété, les attaques de panique ou l'évitement phobique associé à l'objet ou à la situation spécifique ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental tel un trouble obsessionnel-compulsif (p.ex. lors de l'exposition à la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un état de stress post-traumatique (p.ex. en réponse à des stimulus associés à un facteur de stress sévère), un trouble anxiété de séparation (p.ex. évitement scolaire), une phobie sociale (p.ex. évitement des situations sociales par peur d'être embarrassé), un trouble panique avec agoraphobie ou une agoraphobie sans antécédents de trouble panique.

Il existe différents types de phobie spécifique :

- Type animal : ce sous-type doit être spécifié si la peur est induite par les animaux ou les insectes. Ce sous-type a généralement un début dans l'enfance.
- Type environnement naturel : ce sous-type doit être spécifié si la peur est induite par des éléments de l'environnement naturel tels les orages, les hauteurs ou l'eau. Ce sous-type a généralement un début dans l'enfance.
- Type sang-injection-accident : ce sous-type doit être spécifié si la peur est induite par le fait de voir du sang ou un accident ou d'avoir une injection ou toute autre procédure médicale

invasive. Ce sous-type est hautement familial et est souvent caractérisé par une réponse vaso-vagale intense.

- Type situationnel : ce sous-type doit être spécifié si la peur est induite par une situation spécifique comme les transports publics, les tunnels, les ponts, les ascenseurs, les voyages aériens, le fait de conduire une voiture ou les endroits clos. Ce sous-type a une distribution bimodale d'âge de début avec un pic dans l'enfance et un autre pic entre 20 et 30 ans. Ce sous-type semble être identique au trouble panique avec agoraphobie en ce qui concerne sa répartition selon le sexe, ses modalités d'agrégation familiale et on âge de début, caractéristiques.

- Autre type : ce sous-type doit être spécifié si la peur est induite par d'autres stimulus. Ces stimulus peuvent comprendre la peur ou l'évitement de situations qui pourraient conduire à un étouffement, au fait de vomir ou de contracter une maladie ; la « phobie de l'espace » (c.à.d. le sujet craint de tomber s'il est loin de murs ou d'autres moyens de support physique) et les peurs qu'ont les enfants concernant les bruits forts ou les personnages déguisés.

Trouble obsessionnel-compulsif

A. Existence soit d'obsessions soit de compulsions :

Obsessions définies par 1, 2, 3 et 4 :

1. Pensées, impulsions, ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante
2. Les pensées, impulsions ou représentations ne sont pas simplement des préoccupations excessives concernant les problèmes de la vie réelle
3. 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
4. Le sujet reconnaît que les pensées, impulsions ou représentations obsédantes proviennent de sa propre activité mentale (elles ne sont pas imposées de l'extérieur comme dans le cas des pensées imposées)

Compulsions définies par 1 et 2 :

1. Comportements répétitifs (p.ex. lavage des mains, ordonner, vérifier)) ou actes mentaux (p.ex. 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

2. Les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutés ; cependant, ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs
- B.** A un moment durant l'évolution du trouble, le sujet a reconnu que les obsessions ou les compulsions étaient excessives ou irraisonnées. NB. Ceci ne s'applique pas aux enfants.
- C.** Les obsessions ou compulsions sont à l'origine de sentiments marqués de détresse, d'une perte de temps considérable (prenant plus d'une heure par jour) ou interfèrent de façon significative avec les activités habituelles du sujet, son fonctionnement professionnel (ou scolaire) ou ses activités ou relations sociales habituelles.
- D.** Si un autre trouble de l'axe I est aussi présent, le thème des obsessions ou des compulsions n'est pas limité à ce dernier (p.ex. préoccupation liée à la nourriture quand il s'agit d'un trouble des conduites alimentaires ; au fait de s'arracher les cheveux en cas de trichotillomanie ; inquiétude concernant l'apparence en cas de peur d'une dysmorphie corporelle ; préoccupation à propos de drogues quand il s'agit d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance ; crainte d'avoir une maladie sévère en cas d'hypochondrie ; préoccupation à propos de besoins sexuels impulsif ou de fantasmes en cas de paraphilie ; ou ruminations de culpabilité quand il s'agit d'un trouble dépressif majeur)
- E.** La perturbation ne résulte pas des effets physiologiques directs d'une substance (p.ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ni d'une affection médicale générale

Spécifier si :

Avec peu de prise de conscience : si, la plupart du temps durant l'épisode actuel, le sujet ne reconnaît pas que les obsessions et les compulsions sont excessives ou irraisonnées.

Etat de stress aigu

- A.** Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les 2 éléments suivants étaient présents :
1. Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée
 2. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. NB. Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.
- B.** Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants :
1. un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle
 2. une réduction de la conscience de son environnement (p ex. « être dans le brouillard »)
 3. une impression de déréalisation
 4. de dépersonnalisation
 5. une amnésie dissociative (p.ex. incapacité de se souvenir d'un aspect important du traumatisme)
- C.** L'événement est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des manières suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents, ou sentiment de revivre l'expérience, ou souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement traumatique.
- D.** Evitement persistant des stimuli qui éveillent la mémoire du traumatisme (p.ex. pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, gens)
- E.** Présence de symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activité neurovégétative (p.ex. difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice)
- F.** La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance

nécessaire ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatique

- G.** La perturbation dure un minimum de 2 jours et un maximum de 4 semaines et survient dans les 4 semaines suivant l'événement traumatique
- H.** La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou à une affection médicale générale, n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref et n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'axe I ou de l'axe II

Etat de stress post-traumatique

- A.** Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les 2 éléments suivants étaient présents :
 1. Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée
 2. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. NB. Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

- B.** L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
 1. Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. NB. Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
 2. Rêves répétitifs d l'événement provoquant un sentiment de détresse. NB. Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
 3. Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui

surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication). NB. Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.

4. Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.
5. Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C. Evitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

1. Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme
2. Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme
3. Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme
4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités
5. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres
6. Restriction des affects (p.ex. incapacité à éprouver des sentiments tendres)
7. Sentiment d'avenir « bouché » (p.ex. pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie)

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

1. difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
2. irritabilité ou accès de colère
3. difficultés de concentration
4. hypervigilance
5. réaction de sursaut exagérée

E. La perturbation (symptômes des critères B, C, D) dure plus d'un mois

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

Spécifier si :

Aigu : si la durée des symptômes est de moins de 3mois

Chronique : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus

Spécifier si :

Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

- A.** Anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquelles on pourrait ne pas trouver de secours en cas d'attaque de panique soit inattendue soit facilitée par des situations spécifiques ou bien en cas de symptômes à type de panique. Les peurs agoraphobiques regroupent typiquement un ensemble de situations caractéristiques incluant de fait de se trouver seul en dehors de son domicile ; d'être dans une foule ou dans une file d'attente ; sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.
- B.** Les situations sont soit évitées (p.ex. restrictions des voyages) soit subies avec une souffrance intense ou bien avec la crainte d'avoir une attaque de panique ou des symptômes à type de panique ou bien nécessitent la présence d'un accompagnant.
- C.** L'anxiété ou l'évitement phobique n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental, tel une phobie sociale (p.ex. évitement limité aux situations sociales par peur d'être embarrassé), une phobie spécifique (p.ex. évitement limité à une situation unique comme les ascenseurs), un trouble obsessionnel-compulsif (p.ex. évitement de la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un état de stress post-traumatique (p.ex. évitement des stimulus associés à un facteur de stress sévère) ou un trouble anxiété de séparation (p.ex. évitement lié au départ ou à la séparation d'avec les membres de la famille)

Agoraphobie sans antécédent de trouble panique :

- A.** Présence d'agoraphobie (voir ci-dessus) liée à la peur de développer des symptômes de type panique (p.ex. vertiges ou diarrhée)
- B.** N'a jamais satisfait aux critères du trouble panique

-
- C. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p.ex. hyperthyroïdie)
- D. Si une affection médicale générale associée est présente, la peur décrite dans le critère A est manifestement excessive par rapport à celle habituellement associée à cette affection.

Angoisse de séparation

- A. Anxiété excessive et inappropriée au stade du développement concernant la séparation d'avec la maison ou les personnes auxquelles le sujet est attaché, comme en témoignent trois des manifestations suivantes (ou plus) :
1. Détresse excessive et récurrente dans les situations de séparation d'avec la maison ou les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations
 2. Crainte excessive et persistante concernant la disparition des principales figures d'attachement ou un malheur pouvant leur arriver
 3. Crainte excessive et persistante qu'un événement malheureux ne vienne séparer l'enfant de ses principales figures d'attachement (p.ex. se retrouver perdu ou être kidnappé)
 4. Réticence persistante ou refus d'aller à l'école, ou ailleurs, en raison de la peur de séparation
 5. Appréhension ou réticence excessive et persistante à rester à la maison seul ou sans l'une des principales figures d'attachement, ou bien dans d'autres environnements sans des adultes de confiance
 6. Réticence persistante ou refus d'aller dormir sans être à proximité de l'une des principales figures d'attachement, ou bien d'aller dormir en dehors de la maison
 7. Cauchemars répétés à thèmes de séparation
 8. Plaintes somatiques répétées (telles que maux de tête, douleurs abdominales, nausées, vomissements) lors des séparations d'avec les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations
- B. La durée totale du trouble est d'au moins quatre semaines
- C. Début avant l'âge de 18ans
- D. Le trouble entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, scolaire (professionnel), ou dans d'autres domaines importants

E. Le trouble ne survient pas exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et, chez les adolescents et les adultes, il n'est pas mieux expliqué par le diagnostic de trouble panique avec agoraphobie

Spécifier si début précoce : si début avant 6 ans

ANNEXE 2

LETTRE D'INFORMATION AUX MEDECINS GENERALISTES (version française)

Lauren Pull
5, rue des Pins 15, rue Larrey
2357 Senningerberg 75005 Paris

Tél: 691820614/

0033633616762

Email: laurenpull@yahoo.fr

Luxembourg, le 14 novembre 2008

Chère consoeur, cher confrère,

Dans votre pratique quotidienne, vous êtes sans doute souvent confronté à des patients présentant des troubles anxieux ; la prise en charge de ces patients n'est pas toujours évidente.

Actuellement interne en fin de cursus de médecine générale à la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie à Paris, je prépare ma thèse de médecine qui portera sur la prise en charge des troubles anxieux par les médecins généralistes de mon pays, le Luxembourg. Pour ce faire, j'ai préparé un questionnaire court que je me permets de vous adresser.

Au cours de ma courte vie d'interne, j'ai pu constater que dans aucune autre spécialité, on est confronté à autant de complexité et de diagnostics différents qu'en médecine générale. Le médecin généraliste est souvent la première personne que le patient approche quand il se sent mal, soit au niveau physique soit au niveau émotionnel.

Comment le médecin généraliste gère-t-il la prise en charge du patient anxieux ? Fait-il tout de suite le diagnostic d'un trouble anxieux ? Quel sera le traitement et sa durée ? Le médecin généraliste se sent-il à l'aise dans ce domaine ?

Comme je suis tout à fait consciente du peu de temps libre dont vous disposez à côté de votre travail, il faut moins de 5 minutes pour répondre à ce questionnaire anonyme. Je vous prie de bien vouloir me renvoyer le questionnaire dans l'enveloppe timbrée ci-jointe avant le 31 décembre 2008. Votre réponse sera contributive à la réalisation de mon étude, et je ne manquerai pas de vous tenir informé des résultats.

En vous remerciant de votre aide, veuillez croire, chère consoeur, cher confrère, à l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Lauren Pull, interne en médecine générale à la Faculté de Médecine UPMC (Paris VI)

LETTRE D'INFORMATION AUX MEDECINS GENERALISTES (version allemande)

Lauren Pull
5, rue des Pins
2357 Senningerberg

15, rue Larrey
75005 Paris
Tel: 691820614/
0033633616762

Email: laurenpull@yahoo.fr

Empfänger: Allgemeinmediziner in Luxemburg

Luxemburg, den 14. November 2008

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

In Ihrem Arbeitsalltag begegnen Ihnen bestimmt oft Patienten mit Angststörungen. Die Behandlung dieser Patienten erweist sich als nicht immer einfach.

Zurzeit bin ich Assistenzärztin im letzten Jahr des Studiums der Allgemeinmedizin (Universität Pierre et Marie Curie in Paris) und schreibe an meiner Promotionsarbeit. In dieser geht es um die Behandlung von Angststörungen durch die Allgemeinmediziner in meinem Heimatland Luxemburg. Hierzu habe ich einen kurzen Fragebogen aufgearbeitet, den ich Ihnen anbei zuschicke.

Im Laufe meiner kurzen Zeit als Assistenzärztin habe ich feststellen können dass man wohl in keiner Fachrichtung mit so viel Komplexität und so vielen verschiedenen Diagnosen zu tun hat als in der Allgemeinmedizin. Der Allgemeinmediziner ist oft der erste Ansprechpartner den ein Patient aufsucht, wenn er sich körperlich oder seelisch schlecht fühlt.

Wie geht der Allgemeinmediziner mit der Diagnose Angststörung um? Wie sieht die Behandlung aus und wie lange dauert sie? Wie sicher fühlt sich der Allgemeinmediziner bei der Diagnose Angststörung?

Da ich mir durchaus bewusst bin, wie wenig freie Zeit Sie neben Ihrer Arbeit haben, ist dieser anonyme Fragebogen in weniger als 5 Minuten zu beantworten. Ein frankierter Rückumschlag liegt bei. Ich würde Sie bitten, mir den Fragebogen bis spätestens den 31. Dezember 2008 zurückzusenden. Ihre Antworten leisten einen großen Beitrag zu meiner Arbeit und ich werde Sie selbstverständlich über die Resultate informieren.

Ich bedanke mich herzlich für Ihre Mühe.

Mit besten kollegialen Grüßen,, Lauren Pull

ANNEXE 3

QUESTIONNAIRE ENVOYE AUX MEDECINS GENERALISTES DU LUXEMBOURG (version française)

Questionnaire

1. Quel est votre : - âge? _____ - sexe ? Féminin Masculin

2. Dans quel(s) pays avez-vous étudié la médecine (2^e et 3^e cycles) ?

France Belgique Allemagne Autriche Royaume Uni Autres :

3. Depuis combien d'années exercez-vous au Luxembourg? _____année(s)

4. Travaillez-vous : seul en libéral en cabinet de groupe à l'hôpital : dans quel service ? _____ Autres : _____

5. Avez-vous bénéficié durant votre 2^e ou 3^e cycle d'études médicales d'un enseignement sur les troubles anxieux ? Oui Non

6. D'où tenez-vous principalement vos connaissances sur les troubles anxieux ? (maximum 4 réponses)

- Cours de 2^e/3^e cycle des études de médecine Internet Congrès
 Conférences de consensus françaises Guidelines américaines Revues de médecine
 Formations continues à l'étranger, DU, DIU.... Livres de médecine (médecine Guidelines allemandes
 Formations continues au Luxembourg générale, psychiatrie, DSM IV, CIM10...
 Je fais confiance à mon expérience professionnelle Autres : _____

7. Vous sentez-vous à l'aise face à la prise en charge d'un patient qui présente un trouble anxieux?

Toujours Pas toujours Jamais

8. Comment diagnostiquez-vous un trouble anxieux chez un patient ?

- J'attends que le patient m'en parle de lui-même.
- Je demande au patient s'il est angoissé parce que j'ai l'impression qu'il l'est.
- Je demande systématiquement à tous mes patients s'ils ont des angoisses, même s'ils viennent pour tout autre chose.
- J'utilise un questionnaire spécifique à la recherche de troubles anxieux.
Lequel ? _____
- Autres :

9. Quel(s) trouble(s) anxieux avez-vous déjà rencontrés au cours de votre carrière de médecin généraliste ?

- Phobie spécifique
- Trouble obsessionnel-compulsif
- Trouble panique
- Agoraphobie
- Anxiété généralisée
- Phobie sociale
- Angoisse de séparation
- Etat de stress post-traumatique
- Etat de stress aigu

10. Quel est le trouble anxieux que vous rencontrez le plus fréquemment dans votre pratique quotidienne ?

- Phobie spécifique
- Trouble obsessionnel-compulsif
- Trouble panique
- Agoraphobie
- Anxiété généralisée
- Phobie sociale
- Angoisse de séparation
- Etat de stress post-traumatique
- Etat de stress aigu

11. Quel est le trouble anxieux que vous trouvez le plus difficile à prendre en charge ?

- Phobie spécifique
- Trouble obsessionnel-compulsif
- Trouble panique
- Agoraphobie
- Anxiété généralisée
- Phobie sociale
- Angoisse de séparation
- Etat de stress post-traumatique
- Etat de stress aigu

12. Combien de fois par mois êtes-vous confrontés à des troubles anxieux ?

- <5 fois/mois
- 5-10fois/mois
- 10-20 fois/mois
- Quasiment tous les jours

13. Combien de temps dure en général une consultation pour trouble anxieux dans votre pratique ?

- <15min 15-30min 30-45min 45-60min >1h

14. A quel rythme revoyez-vous un patient présentant des troubles anxieux ?

- Plusieurs fois/semaine 1fois/semaine 1fois/2 semaines 1fois/mois

15. Quel est le médicament que vous prescrivez le plus dans le cadre des troubles anxieux ?

- Benzodiazépines Neuroleptiques Anxiolytiques Aucun
 Antidépresseurs Hypnotiques Autres :

16. Quelle(s) est/sont la/les raison(s) principale(s) pour laquelle/lesquelles vous prescrivez des benzodiazépines ? (0, 1 ou plusieurs choix possibles, au maximum 3)

- Nervosité Troubles anxieux Crise conjugale Troubles du sommeil Paranoïa
 Dépression Peur de performance Troubles alimentaires Hyperactivité Stress

17. Quel est le traitement que vous envisagez en 1^{ère} intention devant chacun des troubles anxieux suivants (mettre un « 1 » dans la case correspondante)? Et en 2^e intention, p.ex. en cas d'échec du 1^{er} traitement ou en cas de renforcement de celui-ci (mettre un « 2 » dans la case correspondante)?

	Benzo-diazépines	Anti-dépresseurs	Anxiolytiques	Hypno-tiques	Neuro-leptiques	Psychothérapies	Homéopathie Acupuncture Sport Relaxation	J'adresse mon patient chez un psychologue / psychiatre
Trouble panique								
Agoraphobie								
Phobie sociale								
Phobie spécifique								

Trouble obsessionnel-compulsif								
Etat de stress post-traumatique								
Angoisse de séparation								
Anxiété généralisée								
Etat de stress aigu								

18. Pour quelle(s) raison(s) adressez-vous un patient présentant un trouble anxieux chez un psychologue/psychiatre?

- Manque de temps pour gérer ce type de maladie en consultation de médecine générale
- Manque de connaissances dans ce domaine
- Echec de tous les traitements essayés
- Je pense qu'un suivi psychologique/psychiatrique sera plus bénéfique pour le patient
- Autres _____

19. Combien de patients voyez-vous au total par mois (toutes pathologies somatiques et psychologiques comprises) ? _____

QUESTIONNAIRE ENVOYE AUX MEDECINS GENERALISTES DU LUXEMBOURG (version allemande)

Fragebogen

1. Bitte nennen Sie Ihr: - Alter? _____ - **Geschlecht?** weiblich männlich

2. Wo haben Sie Medizin studiert?

Frankreich Belgien Deutschland Österreich Großbritannien Andere:

3. Seit wie vielen Jahren praktizieren Sie in Luxemburg? _____ Jahr(en)

4. Arbeiten Sie: einzeln, als Freiberufler in einer Praxisgemeinschaft in der Klinik, in

welcher Abteilung? _____

Andere _____

5. Hatten Sie während Ihres Medizinstudiums Kurse über Angststörungen? Ja Nein

6. Woher kommt Ihr Wissen zu Angststörungen hauptsächlich? (Max. 4)

Kurse des Medizinstudiums Internet Kongresse

Französische Richtlinien Amerikanische Richtlinien Medizinische Fachzeitschriften

Weiter/Fortbildungen im Ausland.... Medizinische Fachbücher Deutsche Richtlinien

Fortbildungen in Luxemburg (Allgemeinmedizin, Psychiatrie, DSM IV, ICD-10...)

Ich vertraue meiner Berufserfahrung

Andere _____

7. Wie sicher fühlen Sie sich bei der Behandlung eines Patienten mit Angststörung?

Immer sicher Nicht immer sicher Nie sicher

8. Anhand von welchen Kriterien stellen Sie die Diagnose Angststörung?

-
- Sie warten bis Ihnen der Patient davon berichtet.
 - Sie fragen ihn danach, wenn Sie den Verdacht haben, er könnte eine Angststörung haben
 - Sie fragen systematisch all Ihre Patienten nach Ängsten, auch wenn Sie mit einem anderen Anliegen kommen
 - Sie benutzen einen angstspezifischen Fragebogen, welchen? _____
 - Andere: _____
-

9. Welchen Angststörungen sind Sie im Laufe ihrer Laufbahn schon begegnet?

- Spezifische Phobie
- Zwangsstörung
- Panikstörung
- Agoraphobie
- Generalisierte Angst
- Soziale Phobie
- Trennungsangst
- Posttraumatisches Stresssyndrom
- Akute Belastungsreaktion

10. Welche Angststörung begegnen Sie am häufigsten in ihrem Arbeitsalltag?

- Spezifische Phobie
- Zwangsstörung
- Panikstörung
- Agoraphobie
- Generalisierte Angst
- Soziale Phobie
- Trennungsangst
- Posttraumatisches Stresssyndrom
- Akute Belastungsreaktion

11. Welche Angststörung scheint Ihnen am schwierigsten zu behandeln?

- Spezifische Phobie
- Zwangsstörung
- Panikstörung
- Agoraphobie
- Generalisierte Angst
- Soziale Phobie
- Trennungsangst
- Posttraumatisches Stresssyndrom
- Akute Belastungsreaktion

12. Wie oft im Monat begegnen Ihnen Patienten mit einer Angststörung?

- <5 mal/Monat
- 5-10 mal/Monat
- 10-20 mal/Monat
- fast jeden Tag

13. Wie lange dauert in der Regel der Kontakt mit einem Patienten mit Angststörung?

- <15Min 15-30Min 30-45Min 45-60Min >1h

14. Wie oft sehen Sie einen Patienten mit Angststörung?

- Mehrmals /Woche 1 mal/ Woche alle 14 Tage 1 mal/ Monat

15. Welches Medikament verschreiben Sie am häufigsten bei Angststörungen?

- Benzodiazepine Neuroleptika Anxiolytika Andere: _____
- Antidepressiva Hypnotika Ich verschreibe kein Medikament in dieser Situation

16. Was ist/sind Ihre Hauptursache(n) zum Verschreiben von Benzodiazepinen ? (0, 1 oder mehrere Antworten möglich)

- Nervosität Angststörungen Ehekrise Schlafstörungen Paranoïa
- Depression Leistungsangst Essstörung Hyperaktivität Stress

17. Was ist die Behandlung Ihrer Wahl bezüglich der hier angeführten Angststörungen (Bitte geben Sie 1. Wahl und 2. Wahl an. Z.B. Antidepressiva 1. Wahl, Sport 2. Wahl)

	Benzo- diazepi- ne	Anti- depressiva	Anxi- olytika	Hypnotika	Neuro- leptika	Psychotherapie	Homöopathie Akkupunktur Sport Entspannung	Ich verweise meinen Patienten an einen Psychologen/ Psychiater
Panikstörung								
Agoraphobie								
Soziale Phobie								
Spezifische Phobie								
Zwangsstörung								
Posttraumatisches Stresssyndrom								

trennungsangst								
Generalisierte Angst								
Akute Belastungs- reaktion								

18. Aus welchen Gründen verweisen Sie einen Patienten an einen Psychologen/Psychiater?

- Zeitmangel in Bezug auf die Diagnose Angststörung
- Ich weiß nicht genug zu diesem Thema
- Wenn alle anderen Behandlungen erfolglos blieben
- Wenn ich das Gefühl habe, eine psychologische oder psychiatrische Behandlung könnte dem Patienten mehr bringen
- Andere : _____

19. Wie viele Patienten behandeln Sie durchschnittlich jeden Monat (alle somatische und psychische Krankheiten eingeschlossen)? _____