



HAL
open science

Étude de la prise en charge des troubles anxieux de l'adulte par les médecins généralistes du Saint-Quentinois

Éric Stern

► **To cite this version:**

Éric Stern. Étude de la prise en charge des troubles anxieux de l'adulte par les médecins généralistes du Saint-Quentinois. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01784125

HAL Id: dumas-01784125

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01784125v1>

Submitted on 3 May 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Université de Picardie Jules Verne
UFR de Médecine d'Amiens**

Année 2017

N°2017 - 47

**Etude la prise en charge des troubles anxieux de l'adulte
par les médecins généralistes du Saint-Quentinois**

Thèse présentée pour l'obtention du Diplôme d'Etat de

Docteur en Médecine

Spécialité Médecine Générale

Eric STERN

Soutenue publiquement à la Faculté de Médecine d'Amiens

le mardi 06 juin 2017

Président de Jury : Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Juges : Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU

Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS

Monsieur le Docteur Maxime GIGNON

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Joël DEVENDEVILLE

A mon Président de Jury,

Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier consultant

(Pharmacologie fondamentale clinique)

Ancien Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'AMIENS

Ancien Responsable du service de pharmacologie clinique

Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse,
Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Nutrition)

Chef du Service Endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition
Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"
(D.R.I.M.E)

Vous me faites l'honneur de juger mon travail,
Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Hématologie - Transfusion
Service d'hématologie clinique et thérapie cellulaire

Vous me faites l'honneur de juger mon travail,
Veuillez trouver ici le témoignage de mes sincères remerciements et de ma profonde
considération.

A mon juge,

Monsieur le Docteur Maxime GIGNON
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Vous me faites l'honneur de juger mon travail.
Veuillez croire en l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A mon Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Joël DEVENDEVILLE

Médecin Généraliste

Médecin Légiste

Expert judiciaire auprès du tribunal d'Amiens

Médecin généraliste attaché au service de psychiatrie du Centre Hospitalier de Saint-Quentin

Tu me fais l'honneur de diriger ma thèse,
Merci pour ce temps que tu m'as consacré malgré ton emploi du temps surchargé.
Sois assuré de ma reconnaissance et de mon estime.

A ma femme Juliette, merci pour ton amour et ton soutien inconditionnel dans tous mes/nos projets, tu es l'amour de ma vie,

A nos trois adorables enfants : Aloïs, Léopold et Apolline, que j'aime plus que tout,

A mes parents pour leur présence et leur soutien,

A mes beaux-parents pour leur soutien dans nos projets et leurs conseils,

A mes frères et sœurs,

A « Mimi » pour sa présence à mes côtés au cours de la rédaction de ce manuscrit,

A tous mes amis, co-internes et collègues rencontrés au cours mes années d'études.

Table des matières

Abréviations	19
1. Introduction	21
1.1. Les troubles anxieux	21
1.2. Les troubles anxieux : Classification et critères diagnostiques.....	21
1.2.1. Les troubles anxieux réactionnels	22
1.2.1.1. L'état de stress aigu.....	22
1.2.1.2. L'état de stress post-traumatique.....	23
1.2.2. Les troubles anxieux constitutionnels	23
1.2.2.1. Le trouble anxieux généralisé	23
1.2.2.2. Les attaques de panique.....	23
1.2.2.3. Le trouble panique.....	24
1.2.2.4. La phobie spécifique	24
1.2.2.5. L'anxiété sociale (phobie sociale).....	24
1.2.2.6. L'agoraphobie	25
1.2.2.7. Les troubles anxieux induits.....	25
1.2.3. Le syndrome anxio-dépressif	26
1.3. Les troubles anxieux : échelles d'évaluation	26
1.3.1. Echelle IES-R « <i>Impact Of Event Scale (Revised)</i> »	26
1.3.2. Echelle PDSS « <i>Panic Disorder Severity Scale</i> »	26
1.3.3. Questionnaire des peurs « <i>Fear Questionnaire</i> ».....	26
1.3.4. Echelle des phobies sociales de Liebowitz.....	27
1.3.5. Echelle CGI « <i>Clinical Global Impression Severity/Improvement Scale</i> »	27
1.3.6. Echelle d'anxiété de Hamilton	27
1.3.7. Echelle HAD « <i>the Hospital Anxiety and Depression Scale</i> ».....	27
1.3.8. Echelle de Covi	27
1.3.9. Echelle SDS « <i>Sheehan Disability Scale</i> ».....	27
1.4. Prise en charge des troubles anxieux : les recommandations de l'HAS	28
1.4.1. Prise en charge des troubles anxieux réactionnels	30

1.4.1.1.	L'état de stress aigu.....	30
1.4.1.2.	L'état de stress post-traumatique.....	31
1.4.2.	Prise en charge des troubles anxieux constitutionnels	31
1.4.2.1.	Prise en charge du trouble anxieux généralisé	31
1.4.2.2.	Attaques de panique et du trouble panique avec ou sans agoraphobie .	32
1.4.2.3.	La phobie spécifique	33
1.4.2.4.	L'anxiété sociale (phobie sociale).....	33
1.4.2.5.	L'agoraphobie	34
1.4.2.6.	Les troubles anxieux induits.....	34
1.4.3.	Prise en charge du syndrome anxio-dépressif	34
1.4.4.	Le bilan pré-thérapeutique et de suivi	35
2.	Matériel et Méthode	37
2.1.	But de l'étude	37
2.2.	Matériel et méthodes	37
2.3.	Analyse statistique	37
3.	Résultats	39
3.1.	Caractéristiques démographiques et professionnelles des médecins	39
3.2.	Nombre et durée des consultations	40
3.3.	Connaissance des troubles anxieux.....	41
3.3.1.	Formation initiale	41
3.3.2.	Sources de connaissance des troubles anxieux	41
3.3.3.	Aisance à prendre en charge les troubles anxieux.....	42
3.4.	Les troubles anxieux dans la pratique quotidienne	43
3.4.1.	Recherche des troubles anxieux	43
3.4.2.	Troubles anxieux le plus souvent rencontré	43
3.4.3.	Le trouble anxieux ressenti comme le plus difficile à prendre en charge	44
3.4.4.	Fréquence des troubles anxieux	44
3.4.5.	Durée moyenne des consultations pour trouble anxieux.....	45
3.4.6.	Fréquence des consultations de suivi	45

3.5.	Prise en charge des troubles anxieux	46
3.5.1.	Traitements les plus prescrits en pratique quotidienne	46
3.5.2.	Bilan pré-thérapeutique	47
3.5.3.	Traitement des troubles anxieux.....	47
3.5.3.1.	Les troubles anxieux réactionnels	47
3.5.3.2.	Les troubles anxieux constitutionnels	48
3.5.3.3.	Les troubles anxio-dépressifs	49
3.5.4.	Recours à un psychiatre ou un psychologue	50
3.5.5.	Propositions pour l'amélioration de la prise en charge	51
4.	Discussion	53
4.1.	Caractéristiques démographiques et professionnelles des médecins	54
4.2.	Nombre et durée des consultations	54
4.3.	Connaissance des troubles anxieux.....	54
4.4.	Aisance à prendre en charge des troubles anxieux.....	55
4.5.	Les troubles anxieux dans la pratique quotidienne	55
4.6.	Prise en charge des troubles anxieux	56
5.	Conclusion	59
6.	Références bibliographiques	61
7.	Annexes	64
	<u>Annexe 1: Questionnaire adressé aux médecins généralistes</u>	64
	<u>Annexe 2: Echelle IES-R « <i>Impact Of Event Scale - Revised</i> »</u>	69
	<u>Annexe 3: Echelle PDSS « <i>Panic Disorder Severity Scale</i> »</u>	70
	<u>Annexe 4: Questionnaire des peurs « <i>Fear Questionnaire</i> »</u>	73
	<u>Annexe 5 : Echelle des phobies sociales de Liebowitz</u>	75
	<u>Annexe 6 : Echelle CGI « <i>Clinical Global Impression Severity/Improvement Scale</i> »</u>	76
	<u>Annexe 7 : Echelle d'anxiété de Hamilton</u>	77
	<u>Annexe 8 : Echelle HAD « <i>the Hospital Anxiety and Depression Scale</i> »</u>	79
	<u>Annexe 9: Echelle de Covi</u>	80
	<u>Annexe 10: Echelle SDS « <i>Sheehan Disability Scale</i> »</u>	81

Abréviations

AMM :	Autorisation de Mise sur le Marché,
ATC :	Antidépresseur TriCyclique,
BZDs :	Benzodiazépines,
CIM-10 :	Classification Internationale des Maladies,
DSM-V :	manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux, 5 ^{ème} édition,
ECT :	ElectroConvulsivoThérapie,
EMDR :	<i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i> ,
ESPT :	Etat de Stress Post-Traumatique,
HAS :	Haute Autorité de Santé,
IRSNa :	Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline,
ISRS :	Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine,
MG :	Médecin Généraliste,
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé,
TA :	Trouble Anxieux,
TAG :	Trouble Anxieux Généralisé,
TCC :	Thérapie Cognitive et Comportementale.

1. Introduction

1.1. Les troubles anxieux

Les troubles anxieux (TA) comptent parmi les troubles mentaux les plus courants, leur prévalence au cours de la vie variant de 13 à 29 %.[1,2] Les TA provoquent une déficience importante et sont souvent associés à d'autres troubles mentaux et physiques, ce qui complique leur prise en charge. D'après la classification du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 5ème édition (DSM-V) publié en 2013, les TA regroupent : l'anxiété de séparation, le mutisme sélectif, les phobies spécifiques, l'anxiété sociale (phobie sociale), les troubles paniques et attaque de panique, l'agoraphobie, l'anxiété généralisée (induite ou non par une substance/un médicament, ou par une autre affection).[3]

Les TA ont comme caractéristiques communes la peur, l'anxiété et l'évitement. Ils diffèrent quant à l'objet ou la situation à l'origine de cette inquiétude.[3] Ils diffèrent également de la peur ou de l'anxiété normale en terme de durée (généralement plus de 6 mois). Le diagnostic de TA ne peut être établi que lorsque d'autres diagnostics médicaux ont été exclus ou lorsque les symptômes ne peuvent pas être mieux expliqués par un autre trouble mental.

La place du médecin généraliste (MG) dans la prise en charge initiale est primordiale, puisque plusieurs études européennes ont montré que seule la moitié des patients ayant un trouble psychiatrique est détectée par le MG.[4] Les traitements mis en place associent généralement les médicaments et les psychothérapies *via* le recours à un spécialiste.

L'objectif principal de ce travail était d'étudier la prise en charge des TA de l'adulte. Cette étude a été réalisée au moyen d'un questionnaire envoyé par email aux MGs de Saint-Quentin (Aisne) et des environs proches. L'objectif secondaire était de comparer la prise en charge proposée par les MG avec les recommandations émises par l'HAS.[5]

1.2. Les troubles anxieux : Classification et critères diagnostiques

La classification des TA, utilisée dans cette thèse, est basée sur celle du DSM-V publié en 2013 par l'Association Américaine de Psychiatrie,[3] et sur la 10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).[6] Les TA regroupent différentes maladies dont certaines, spécifiques aux enfants (anxiété de séparation, mutisme sélectif) ne seront pas développées dans ce travail.

Lors de la rédaction du DSM-V, plusieurs changements importants ont été apportés à la classification précédente (DSM-IV-TR) qui était la référence depuis 2000, notamment la disparition du chapitre consacré aux troubles obsessionnel-compulsifs (TOC), au stress aigu et à l'état de stress post-traumatique (ESPT). D'après la classification CIM-10,[6] l'ESPT et le stress aigu sont des états émotionnels très proches de l'attaque de panique, c'est pour cette raison que nous avons décidé de les conserver dans notre étude.

Dans un but de simplification, nous avons choisi de regrouper les TA, dans le questionnaire adressé aux MG, en trois catégories principales :

- **les TA réactionnels** regroupant les états de stress aigu et les états de stress post-traumatiques,
- **les TA constitutionnels** regroupant les troubles anxieux généralisés, les attaques de panique, les troubles paniques, les phobies spécifique et sociale, l'agoraphobie, les troubles anxieux induits,
- **les troubles anxio-dépressifs.**

1.2.1. Les troubles anxieux réactionnels

1.2.1.1. L'état de stress aigu

L'état de stress aigu est un ensemble de symptômes caractéristique qui peut se développer en réaction à l'exposition à un ou des événement(s) traumatique(s).[3] Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un ou des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou ont été menacés de mort ou de grave blessure. La réaction du sujet consiste en une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Moins de la moitié des personnes exposées à un événement traumatique répond par un état de stress aigu. Il apparaît généralement entre 3 jours et 1 mois après le traumatisme et se manifeste par des symptômes anxieux du type attaque de panique. Dans les cas graves, les sujets concernés présentent des symptômes dits dissociatifs à type déréalisation (altération de la perception ou de l'expérience du monde extérieur qui apparaît étrange, irréel, et extérieur) ou dépersonnalisation (sentiment d'irréalité ou d'étrangeté par rapport à soi-même, à son propre corps.). 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 : l'état de stress post-traumatique.

1.2.1.2. L'état de stress post-traumatique

L'état de stress post-traumatique (ESPT) fait suite à un ou plusieurs évènements traumatiques ou à un état de stress aigu.[3] 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, en Europe, est d'environ 0,5 à 1,0%. La prévalence est très variable, elle peut atteindre 30 à 50% des victimes d'enlèvements ou de combats militaires. Elle est également plus élevée chez les sujets fréquemment exposés (pompiers, policiers, personnels médicaux, militaires...). 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 TA.

1.2.2. Les troubles anxieux constitutionnels

1.2.2.1. Le trouble anxieux généralisé

Le trouble anxieux généralisé (TAG) est caractérisé par une anxiété mal définie et persistante accompagnée d'inquiétudes excessives durant au moins 6 mois.[3] Les soucis sont une attente avec appréhension et sont souvent proches des préoccupations de la vie quotidienne. Les plus fréquents sont la famille (79%), l'argent (50%) et le travail (43%). L'anxiété peut être associée à des manifestations somatiques, telles qu'une tension musculaire, des cervicalgies, des céphalées, des douleurs rachidiennes, des troubles du sommeil et des symptômes digestifs. La prévalence annuelle est de 0,4 à 3,6%, et la prévalence à vie est de 9%. Ce trouble est plus fréquent chez la femme (2/1). Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés : divorce, séparation, veuvage, chômage. Selon le DSM-V, l'anxiété et les « soucis » sont accompagnés d'au moins 3 symptômes sur les 6 suivants : agitation ou sensation d'être survolté, fatigabilité, difficultés de concentration ou trous de mémoire, irritabilité, tensions musculaires, perturbations du sommeil.[3]

1.2.2.2. Les attaques de panique

Les attaques de paniques sont définies, comme des périodes intenses et bien délimitées de crainte ou de malaise intenses, au cours desquelles au minimum 4 des 13 symptômes suivant

sont survenus de façon brutale, et ont atteint leur acmé en moins de 10 minutes : palpitations, sueurs, tremblements, nausées, paresthésies, frissons ou bouffées de chaleur, sensation d'étouffement, sensation d'étranglement, sensation de douleur ou de gêne thoracique, sensation de vertige, déréalisation ou dépersonnalisation, peur de perdre de contrôle ou de devenir fou, peur de mourir.[3] La prévalence annuelle est estimée aux USA à 11,2% alors que pour les pays européens elle ne serait que de 2,7 à 3,3%. Elle touche plus fréquemment les femmes mais le ratio est moindre que dans les troubles paniques.

1.2.2.3. Le trouble panique

Le trouble panique est caractérisé par sa chronicité et ses récurrences.[3] Il 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, au cours de l'évolution de ce trouble, d'une agoraphobie et d'une invalidité psychosociale. La prévalence est estimée entre 2 et 3% sur une année, avec une prédominance féminine d'environ 2:1. L'âge médian du début de trouble panique est compris entre 20 et 24 ans, et sa prévalence tend à diminuer avec l'âge (0,7 % pour les plus de 64 ans). Dans un tiers des cas environ, le trouble panique est associé à une agoraphobie (voir § 1.2.2.6). Il peut se compliquer de comorbidités psychiatriques à type d'abus d'alcool ou de drogues, de dépression, d'idées suicidaires voire de tentatives de suicide.

1.2.2.4. La phobie spécifique

La phobie spécifique se manifeste par une anxiété irrationnelle, excessive et persistante face à certains objets ou certaines situations.[3] En réaction, des conduites d'évitement de l'objet ou de la situation phobogène peuvent se développer et entraver les activités normales. La plupart des sujets reconnaissent le caractère excessif de cette peur. La prévalence au cours d'une année est de 7 à 9% avec une prédominance chez les femmes (2:1). Les phobies débutent généralement dans l'enfance ou dans l'adolescence. Cinq types de phobies spécifiques sont décrits : animal, environnemental (orage), sang-injection-accident, situationnel (transports publics), et autres (vomir...).

1.2.2.5. L'anxiété sociale (phobie sociale)

La phobie sociale est un TA fréquent. Sa prévalence annuelle est évaluée à 7%. Le sexe ratio est estimé entre 1,5 à 2,2 femmes pour 1 homme.[3] Ce trouble est caractérisé par une angoisse excessive d'agir de façon embarrassante ou humiliante par rapport au regard

d'autrui. Il est souvent accompagné de symptômes cliniques d'anxiété : palpitations, sueurs, tremblements, érythrose faciale. Il conduit fréquemment à des manœuvres d'évitement, notamment pour les situations où le patient doit se trouver ou agir en public. Les interférences avec la vie quotidienne sont fréquentes.

1.2.2.6. L'agoraphobie

L'agoraphobie est caractérisée par une peur et une anxiété intenses déclenchées par l'exposition ou l'anticipation de l'exposition à, au moins, 2 des 5 situations suivantes : utilisation des transports publics, présence dans des lieux ouverts (ponts, places...) ou des lieux fermés (parkings, magasins, cinémas...), être seul hors de chez soi, être dans une file d'attente ou dans une foule.[3] La principale crainte des patients est de ne pouvoir se retirer rapidement en un lieu sûr, ou que personne ne viendra à leur aide. L'agoraphobie est considérée comme une complication d'un trouble panique, bien qu'il existe quelques cas sporadiques d'agoraphobie sans trouble panique associé. Elle engendre des conduites d'évitement telles qu'éviter les lieux phobogènes, la présence d'un tiers... Sa prévalence annuelle est de 1,7% et diminue avec l'âge (0,4% pour les individus de plus de 65 ans). Elle est à prédominance féminine avec un sex-ratio de 2/1.

1.2.2.7. Les troubles anxieux induits

L'anxiété et les attaques de panique sont au premier plan du tableau clinique des TA induits. Deux types de TA induits ont été décrits dans le DSM-V :

- Les TA induits par une substance active ou un médicament.[3] Ils sont considérés comme les conséquences directes d'une exposition à une substance active (médicament, substance toxique : alcool, caféine, cannabis...). La prévalence annuelle est estimée à 0,002%.
- Les TA induits par une affection médicale générale.[3] Ils sont considérés comme la conséquence physiologique directe d'une affection médicale. Les principales affections générales pouvant induire un TA sont : les affections endocriniennes, les affections cardio-vasculaires, les affections respiratoires, les affections métaboliques (déficit en vitamine B12, porphyrie), les affections neurologiques (tumeurs, dysfonction vestibulaire, encéphalite).

1.2.3. Le syndrome anxio-dépressif

Le syndrome anxio-dépressif est une des pathologies psychiatriques les plus fréquentes en France, sa prévalence est estimée à 6% sur une année et 21% sur une vie entière.[2] Il se caractérise par l'association de plusieurs signes cliniques : asthénie, tristesse de l'humeur, anhédonie, aboulie, clinophilie, trouble du sommeil, perte de l'élan vital, prise ou perte de poids... sur une durée d'au moins 2 semaines, et avec un changement par rapport au fonctionnement antérieur.[3] Il est classifié suivant la sévérité des troubles présentés : de léger, modéré à sévère. Tous ces symptômes peuvent être source d'angoisse et d'anxiété pour les patients. Il touche principalement les femmes avec un sex-ratio de 2/1. Le principal risque du syndrome anxio-dépressif est le suicide, puisqu'environ 15% des patients dépressifs décèderaient par suicide.

1.3. Les troubles anxieux : échelles d'évaluation

Différents instruments ont été développés afin d'évaluer la sévérité et l'évolutivité d'un TA au cours de la prise en charge. Il peut s'agir de questionnaire d'auto-évaluation (rempli par le patient lui-même) ou d'échelle d'hétéro-évaluation. Dans la pratique ils sont peu utilisés par les MG, mais plus fréquemment par les médecins psychiatres.

1.3.1. Echelle IES-R « *Impact Of Event Scale (Revised)* »

C'est un outil utilisé dans le cadre des états de stress post-traumatiques.[7] 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)). (Annexe 2)

1.3.2. Echelle PDSS « *Panic Disorder Severity Scale* »

Cette échelle d'hétéroévaluation est utilisée pour l'évaluation des patients atteints de trouble panique.[8] Elle comprend 7 items relatifs aux attaques de panique, à l'agoraphobie et aux symptômes d'angoisse, au retentissement sur le travail et la vie sociale. (Annexe 3)

1.3.3. Questionnaire des peurs « *Fear Questionnaire* »

Il s'agit d'un questionnaire utilisé essentiellement dans l'évaluation des patients présentant une phobie sociale, une agoraphobie ou une phobie simple.[9] Ce questionnaire paraît long à remplir pendant une simple consultation de médecine générale. En réalité, la plupart des

patients le remplissent facilement et rapidement, en 5 minutes d'après M. Bouvard et J. Cottraux.[10] (Annexe 4)

1.3.4. Echelle des phobies sociales de Liebowitz

Il s'agit d'une échelle d'hétéro ou d'auto-évaluation spécifique du retentissement de la phobie sociale dans la vie d'un patient.[11] (Annexe 5)

1.3.5. Echelle CGI « *Clinical Global Impression Severity/Improvement Scale* »

La *Clinical Global Impression Severity/Improvement Scale* (CGI) est utilisée par les médecins afin d'évaluer l'état de gravité global d'un patient atteint d'une maladie mentale (CGI de gravité), ainsi que son évolution dans le temps (CGI d'évolution).[12] (Annexe 6)

1.3.6. Echelle d'anxiété de Hamilton

L'échelle d'anxiété de Hamilton est une échelle d'hétéro-évaluation,[13] remplie par le médecin qui permet d'apprécier le degré d'anxiété et l'efficacité d'un traitement sur les symptômes anxieux. (Annexe 7)

1.3.7. Echelle HAD « *the Hospital Anxiety and Depression Scale* »

Il s'agit d'un questionnaire rempli par le patient lui-même et qui évalue le degré d'anxiété (non spécifique d'un TA particulier) et de dépression.[14] 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. (Annexe 8)

1.3.8. Echelle de Covi

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.[15] Sa sensibilité est satisfaisante. (Annexe 9)

1.3.9. Echelle SDS « *Sheehan Disability Scale* »

Cette échelle d'auto-évaluation permet d'évaluer le degré d'invalidité dans 3 domaines : travail/école, vie sociale, vie de famille.[16] (Annexe 10)

1.4. Prise en charge des troubles anxieux : les recommandations de l'HAS

Pour la Haute Autorité de Santé (HAS),[5,17] les objectifs généraux de la prise en charge des TA sont les suivants :

- faire le diagnostic du TA et en évaluer la gravité,
- identifier les comorbidités psychiatriques et les dépendances ou abus associés,
- identifier les comorbidités somatiques,
- évaluer le retentissement du TA,
- évaluer la nécessité d'une consultation psychiatrique,
- informer le patient sur la nature, l'évolution et le traitement du TA 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,
 - lors 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,
 - lorsqu'il existe des troubles de la personnalité,
- d'autres professionnels peuvent être impliqués, tels que les psychologues, les infirmières, les médecins du travail, les médecins scolaires, les urgentistes, les services sociaux, médicosociaux, éducatifs...

Le diagnostic repose sur :

- un interrogatoire complet qui recherche :
 - les antécédents,
 - le type de trouble, la date de début, la notion de traumatisme éventuel dans les mois qui précèdent,
 - les signes d'accompagnement et troubles associés éventuels,
 - l'intensité et la fréquence des symptômes,
 - la présence de comorbidités en particulier de symptômes dépressifs, de plusieurs TA associés, de trouble bipolaire ou de comorbidités somatiques,

- les traitements antérieurs (médicaments et psychothérapies), leur efficacité et tolérance,
 - le retentissement du TA : vie de famille, sociale, professionnelle, consommation de psychotrope, altération des fonctions cognitives, qualité de vie,
 - la demande du patient.
- l'examen clinique, complété si nécessaire par d'autres examens afin d'éliminer une pathologie organique.

La prise en charge générale des TA consiste à initier un traitement psychothérapeutique ou médicamenteux qui permettra de réduire les symptômes, la morbidité et d'améliorer le fonctionnement psychologique et social du patient atteint. Un bilan pré-thérapeutique permettra également d'éliminer les contre-indications spécifiques de classes médicamenteuses. Le patient doit avoir clairement été informé du diagnostic et de la prise en charge (psychothérapies, médicaments, mesures hygiéno-diététiques). Celle-ci 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 (psychanalyse), centrées sur l'individu et ses conflits psychiques,
- la thérapie « *self help* » ou gestion de l'anxiété par soi-même, met l'accent sur l'information du patient et les moyens de changer par lui-même. Cette thérapie, généralement basée sur un ouvrage pratique (bibliothérapie) propose des exercices à faire par le patient lui-même (relaxation, contrôle respiratoire, gestion émotionnelle...). La réussite de cette méthode repose essentiellement sur la formation initiale du patient et l'évaluation régulière par un thérapeute qui reste 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 TA, mais ils sont responsables de plus d'effets secondaires que les ISRS et les IRSNa. L'HAS ne recommande de les utiliser qu'en 2^{ème} intention, en cas de non-réponse ou de mauvaise tolérance aux traitements de 1^{ère} intention.
- les anxiolytiques :
 - Les benzodiazépines (BZDs) 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.
 - L'hydroxyzine est utilisée dans les manifestations mineures de l'anxiété. Elle possède des effets sédatifs, mais n'induit pas de dépendance. On observe parfois un syndrome de sevrage à l'arrêt du traitement.
 - La buspirone possède des propriétés anxiolytiques comparables à celles des BZDs mais avec un délai d'action de 1 à 3 semaines. Il n'a pas d'effet sédatif, pas d'effet myorelaxant, ni anticonvulsivant. Elle n'entraîne aucune dépendance, ni réaction de sevrage à l'arrêt du traitement. La durée maximale de traitement est de 12 semaines.

1.4.1. Prise en charge des troubles anxieux réactionnels

1.4.1.1. L'état de stress aigu

Il n'existe pas de recommandation de l'HAS concernant la prise en charge de l'état de stress aigu.[5,17] Le traitement de l'état de stress aigu a pour principal but la guérison définitive et donc d'empêcher le développement d'un ESPT. La prise en charge initiale repose sur l'instauration d'un espace d'écoute pour rassurer et aider la victime d'un évènement traumatisant à retrouver des repères et à remettre en ordre le chaos.[18] L'utilisation des anxiolytiques ne doit pas être systématique. Les BZDs sont à éviter car elles favorisent la mémorisation de l'évènement traumatisant. Il faut privilégier les antihistaminiques (hydroxyzine) et les bêta-bloquants (propranolol). Un débriefing collectif ou individuel doit être proposé le 2^{ème} ou 3^{ème} jour, et le traitement médicamenteux sera instauré en cas de manifestations anxieuses persistantes.

1.4.1.2. L'état de stress post-traumatique

La prise en charge de l'ESPT a pour but 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. [5,17]

Le soutien psychologique est essentiel pour la majorité des victimes de traumatismes graves. Il repose sur les TCC centrées sur le traumatisme ou l'EMDR (« *eye movement desensitization and reprocessing* »). Les techniques d'hypnose peuvent également être bénéfiques sur les symptômes tels que les douleurs, l'anxiété et les cauchemars. La thérapie doit être proposée quel que soit le délai passé depuis le traumatisme. Il s'agit d'une psychothérapie individuelle, au rythme de 1 à 2 séances par semaine, 15 à 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 de traitement, un avis psychiatrique est nécessaire pour l'introduction d'un traitement 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.

1.4.2. Prise en charge des troubles anxieux constitutionnels

1.4.2.1. Prise en charge du trouble anxieux généralisé

Dans les TAG, les TCC, la gestion de l'anxiété par soi-même et la bibliothérapie, ont montré un effet significatif se maintenant à 6 mois, et jusqu'à 2 ans de suivi.[5,17] Elles sont aussi efficaces que les traitements médicamenteux. La thérapie analytique, peut être indiquée après avis spécialisé, notamment en cas de trouble de la personnalité et/ou en fonction de la demande du patient.

Les traitements médicamenteux font appel à la paroxétine, l'escitalopram, la venlafaxine, la buspirone, la prégabaline (AMM dans l'indication TAG). Les BZDs ou l'hydroxyzine ne

doivent pas être prescrits dans le traitement de fond. Ils cependant peuvent être utilisés, sur de courtes périodes, en cas d'exacerbation anxieuse.

Le TAG évolue de façon chronique avec des phases aiguës et des rémissions, à laquelle le schéma thérapeutique doit être adapté :

- Pour le traitement de fond, les TCC doivent être privilégiées. Elles reposent généralement sur 12 à 25 séances de 45 minutes environ. En deuxième intention, les ISRS (paroxétine et escitalopram) ou IRSNa (venlafaxine) doivent être utilisés préférentiellement. En cas d'absence d'amélioration après 6 semaines de traitement, une augmentation de dose devra être proposée. En cas d'échec à 12 semaines, la clomipramine peut être proposée hors AMM. En cas d'échec ultérieur, un avis spécialisé doit être pris auprès d'un médecin psychiatre. L'association psychothérapie et traitement médicamenteux n'est pas recommandée systématiquement, néanmoins elle peut constituer une alternative en cas d'échec des traitements utilisés seuls. L'association de 2 médicaments en cas d'échec des monothérapies ne peut être proposée que sur avis spécialisé,
- Le traitement des manifestations aiguës fait appel aux traitements médicamenteux et aux thérapies. Le choix dépendra du tableau clinique et des préférences du patient. Le traitement médicamenteux repose sur les BZDs ou l'hydroxyzine sur des périodes courtes.

Une réévaluation est recommandée 1 à 2 semaines après la 1^{ère} consultation, puis toutes les 4 à 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.

1.4.2.2. Attaques de panique et du trouble panique avec ou sans agoraphobie

Le traitement du trouble panique doit être le plus précoce possible afin d'éviter l'agoraphobie secondaire et les autres conséquences (phobies multiples, dépression, etc.).[5,17] Il a pour objectif d'éviter la survenue de crises, de supprimer l'anxiété anticipatoire et de mettre fin aux conduites d'évitement. Trois types d'intervention sont recommandés, sans arguments pour prévoir lequel sera le plus efficace pour un patient donné :

- Les psychothérapies structurées recommandées sont les TCC, notamment la thérapie cognitive et la thérapie d'exposition. Leur durée optimale est de 12 à 25 séances de 45

minutes environ. Des programmes plus courts peuvent être proposés, couplés à 1 programme de gestion de l'anxiété par soi-même,

- Parmi les traitements médicamenteux, 2 familles se sont révélées efficaces : les ISRS utilisés en première intention (seuls la paroxétine, l'escitalopram et le citalopram ont l'AMM) et les antidépresseurs tricycliques (ATC) (seul la clomipramine a l'AMM). La prise en charge de l'attaque de panique fait appel aux BZDs en prise unique. La surveillance doit se faire à 2, 4, 6 et 12 semaines. Si le traitement est poursuivi au-delà de 12 semaines, la surveillance aura lieu toutes les 6 à 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, s'il est efficace, doit être poursuivi au moins 1 an après la dernière attaque de panique, voire plus longtemps dans les formes compliquées,
- D'autres méthodes de contrôle ventilatoire, de relaxation, de gestion par soi-même et d'activité physique sont recommandées.

En cas d'échec des traitements, au bout de 12 semaines, on peut associer thérapie cognitivo-comportementale et médicaments (non recommandé en 1^{ère} intention, mais peut être utile si formes sévères ou résistantes) ou d'ajouter la buspirone (si réponse partielle à un ISRS) ou associer une BZD.

1.4.2.3. La phobie spécifique

Selon les recommandations de l'HAS,[5] aucun médicament n'a apporté la preuve de son efficacité. Le traitement repose sur la TCC : thérapie d'exposition, au nombre de 12 à 25 séances de 45 minutes environ. Les BZDs peuvent être utilisées, de façon ponctuelle, chez les patients ayant des phobies invalidantes pour une durée limitée.

1.4.2.4. L'anxiété sociale (phobie sociale)

Selon l'HAS,[5] le traitement repose sur :

- les TCC : thérapie cognitive, thérapie d'exposition, affirmation de soi, thérapie individuelle ou collective. La TCC comporte généralement 12 à 25 séances de 45 minutes environ,
- les traitements médicamenteux :
 - en première intention les ISRS (paroxétine, escitalopram) ou ISRN (venlafaxine), qui doivent être réservés aux formes sévères avec retentissement important sur la vie professionnelle ou personnelle,

- les bêtabloquants (propranolol) peuvent être utilisés ponctuellement pour des situations d'anxiété de performance,
- en deuxième intention et après avis spécialisé, il existe d'autres traitements hors AMM : moclobémide, gabapentine, iproniazide,
- Les BZDs peuvent être utilisées en association au traitement de fond sur de courtes durées, en cas d'anxiété aiguë invalidante.

Les TCC et le traitement médicamenteux ayant démontré la même efficacité dans la phase aiguë, le choix dépend des préférences du patient et de la disponibilité d'un thérapeute. Le traitement médicamenteux doit durer 12 semaines avant que son efficacité soit évaluée et en cas de succès devra être poursuivi 6 à 12 mois. En cas d'échec, l'association de la TCC à un médicament peut être proposée.

1.4.2.5. L'agoraphobie

Il n'existe pas à ce jour de recommandations spécifiques de l'HAS pour la prise en charge de ce type de TA.

1.4.2.6. Les troubles anxieux induits

Il n'existe pas à ce jour de recommandations spécifiques de l'HAS pour la prise en charge des TA induits par des substances actives/médicaments ou une affection médicale générale.

1.4.3. Prise en charge du syndrome anxio-dépressif

Les objectifs de la prise en charge sont de diminuer la morbidité et la mortalité (prévention du suicide) des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé.[19]

Le traitement psychothérapeutique est particulièrement indiqué en cas de coexistence de troubles de la personnalité, de conflits psychologiques actuels ou anciens, de difficultés interpersonnelles ou lorsque le patient en fait la demande. Les psychothérapies doivent être menées par des professionnels spécialement formés et entraînés :

- les TCC ont pour principal objectif de traiter les symptômes psycho-comportementaux et émotionnels,
- les thérapies psychodynamiques sont plus orientées vers les conflits psychologiques récents et anciens,
- les thérapies systémiques sont centrées sur l'interaction du sujet avec la famille et les différents entourages du patient.

Les traitements pharmacologiques font appel :

- aux antidépresseurs: imipraminiques (clomipramine, amitriptyline...), ISRS (escitalopram, citalopram, fluoxétine...) et ISRN (venlafaxine...), qui constituent le traitement pharmacologique de référence des épisodes dépressifs caractérisés d'intensité modérée à sévère,
- au lithium, qui peut être prescrit, hors AMM, en prévention des récurrences d'épisode dépressif caractérisé, en association avec les antidépresseurs et/ou la psychothérapie,
- aux anxiolytiques qui peuvent être utilisés sur de courtes périodes, si nécessaire : BZDs, molécules apparentées aux BZDs ou antihistaminiques,
- aux molécules à visée hypnotique (BZDs, Zolpidem et Zopiclone).

L'hospitalisation en service de psychiatrie est recommandée en cas de crise suicidaire d'urgence élevée, y compris sans le consentement du patient. En dehors de la crise suicidaire, elle peut être proposée :

- pour évaluer une situation complexe,
- dans des situations où l'accueil en milieu spécialisé peut avoir un aspect curatif,
- pour une rupture nécessaire avec le milieu familial ou pour donner au patient et/ou à son entourage un moment de répit,
- en cas de difficultés de surveillance du patient en ambulatoire,
- en cas de modification de traitement.

Le recours à l'électroconvulsivothérapie (ECT) peut être nécessaire, mais relève d'un avis spécialisé.

La luminothérapie a montré son efficacité dans le traitement de la dépression saisonnière. Elle n'est réalisée que sous surveillance par des professionnels de santé formés à son utilisation.

1.4.4. Le bilan pré-thérapeutique et de suivi

L'HAS a émis plusieurs recommandations concernant le bilan pré-thérapeutique initial ainsi que pour le suivi des patients traités pour un TA.

Bilan initial :

- Bilan rénal,
- ElectroCardioGramme (ECG).

Bilan de suivi :

- Ionogramme avec natrémie et kaliémie,

- Bilan hépatique,
- Glycémie (en cas de prise de poids),
- Bilan lipidique (en cas de prise de poids),
- Bilan rénal.

La réalisation d'un ECG est recommandée avant de débiter un traitement par antihistaminique (hydroxyzine) et par antidépresseur ISRS ou IRSNa, et plus particulièrement par citalopram ou escitalopram, [20,21] puisqu'il a été montré qu'ils sont à l'origine d'un allongement du QT, avec risque de torsades de pointe.

2. Matériel et Méthode

2.1. But de l'étude

L'objectif principal était l'étude de la prise en charge des TA par les MG exerçant dans le Saint-Quentinois. L'objectif secondaire était de comparer la prise en charge avec les recommandations éditées par l'HAS.

2.2. Matériel et méthodes

L'étude a été réalisée auprès de MGs exerçant dans le Saint-Quentinois. Il s'agit d'une étude transversale descriptive, réalisée à l'aide d'un questionnaire.

Ce questionnaire a été envoyé par email, *via* un site de formulaire en ligne, à 114 MGs du Saint-Quentinois. Le questionnaire a été envoyé le 1^{er} mars 2017, avec une relance par email le 16 mars 2017.

Le questionnaire comprenait 22 questions, à choix simple ou multiple. Il rassemblait des informations démographiques concernant chaque MG, ainsi que des questions se rapportant à la fréquence des TA rencontrés chez leurs patients, leurs habitudes de suivi, leurs prises en charge médicamenteuse ou non des TA.

2.3. Analyse statistique

Les données ont été recueillies sous forme électronique puis transférées sous tableur Excel 2007 afin de réaliser l'analyse statistique. Les degrés de significativité ont été calculés grâce au site internet BiostaTGV en utilisant le test du Chi². La limite de significativité des tests statistiques a été fixée à 5% ($p < 0,05$).

3. Résultats

114 questionnaires ont été envoyés. Parmi les 114 adresses emails collectées, 5 étaient non valides, soit 109 adresses emails utilisables. Au total, 40 réponses ont été obtenues, soit un taux de réponse de 36,6%. Un seul MG a renvoyé un questionnaire partiellement rempli.

3.1. Caractéristiques démographiques et professionnelles des médecins

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques et professionnelles des médecins

	Total	< 40 ans	40 – 49 ans	50 – 59 ans	> 60 ans
Effectif	40 (100%)	14 (35%)	5 (12,5%)	10 (25%)	11 (27,5%)
Sexe					
Femme	4 (10%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)	0	2 (5%)
Homme	36 (90%)	13 (32,5%)	4 (10%)	8 (20%)	11 (27,5%)
Nb d'années d'exercice					
< 5 ans	7 (17,5%)	6 (15%)	0	1 (2,5%)	0
5 – 10 ans	7 (17,5%)	7 (17,5%)	0	0	0
10 – 15 ans	4 (10%)	1 (2,5%)	3 (7,5%)	0	0
15 – 20 ans	3 (7,5%)	-	1 (2,5%)	2 (5%)	0
20 – 25 ans	2 (5%)	-	1 (2,5%)	1 (2,5%)	0
> 25 ans	17 (42,5%)	-	-	6 (15%)	11 (27,5%)
Mode d'exercice					
Cabinet seul	11 (27,5%)	3 (7,5%)	1 (2,5%)	2 (5%)	5 (12,5%)
Cabinet de groupe	12 (30%)	0	3 (7,5%)	5 (12,5%)	4 (10%)
MSP	3 (7,5%)	0	0	1 (2,5%)	2 (5%)
SOS médecins	10 (25%)	7 (17,5%)	1 (2,5%)	2 (5%)	0
Remplaçant	4 (10%)	4 (10%)	0	0	0
Lieu d'exercice					
Rural	11 (27,5%)	1 (2,5%)	2 (5%)	3 (7,5%)	5 (12,5%)
Semi-urbain	4 (10%)	3 (7,5%)	0	1 (2,5%)	0
Urbain	25 (62,5%)	10 (25%)	3 (7,5%)	6 (15%)	6 (15%)

Dans notre étude, 36 hommes ont rempli le questionnaire, soit 90 % des MGs. Les femmes étaient au nombre de 4, soit 10% des MGs.

L'âge moyen des MGs ayant participé à l'étude était de 48,9 ans. Les hommes avaient en moyenne 49,2 ans, les femmes 46,5 ans. Le participant le plus jeune avait 25 ans, et le plus âgé 68 ans.(Tableau 1).

Les MGs exerçaient, pour près de la moitié (47,5%), depuis plus de 20 ans. Sept d'entre eux exerçaient depuis moins de 5 ans. (Tableau 1)

La majorité des MGs travaillaient seuls (27,5%) ou dans un cabinet de groupe (30%). (Tableau 1) Seulement 3 médecins (7,5%) étaient installés au sein d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP). Un quart exerçait chez SOS médecins et 4 (10%) étaient remplaçants.(Tableau 1)

3.2. Nombre et durée des consultations

Pour 57,5% des MGs, le nombre moyen de consultations par semaine, toutes pathologies confondues, était compris entre 150 et 250. Un seul MG déclarait effectuer plus de 350 consultations par semaine, et 2 MGs entre 250 et 350 consultations par semaine. Quatre MGs (10%) effectuaient moins de 50 consultations par semaine. (Figure 1)

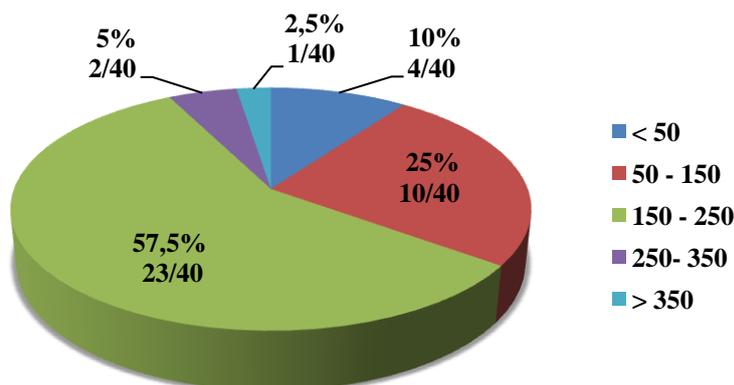


Figure 1 : Nombre moyen de consultation par semaine.

55% des médecins accordaient une durée moyenne de consultation de 10 minutes, 35% une durée moyenne de 15 minutes et 10% une durée moyenne de 20 minutes. Parmi les MGs interrogés, la durée moyenne n'excédait jamais 20 minutes. (Figure 2) A noter que le médecin qui déclarait un nombre de consultation supérieur à 350 CS/sem, déclarait une durée moyenne de consultation de 15 minutes. Alors que les 2 MGs qui effectuaient entre 250 et 350 CS/sem consacraient en moyenne 10 minutes aux consultations.

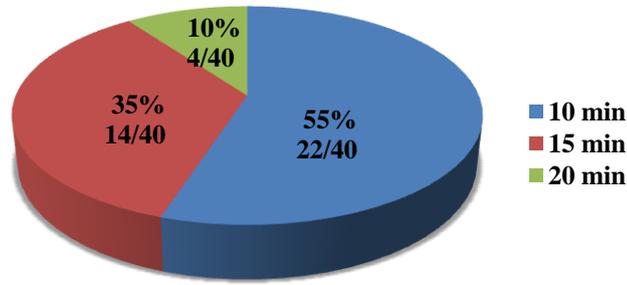


Figure 2 : Durée moyenne des consultations.

3.3. Connaissance des troubles anxieux

3.3.1. Formation initiale

Parmi les MGs interrogés, 62,5% ont déclaré avoir bénéficié d'un enseignement sur les TA au cours de leur 2^{ème} ou 3^{ème} cycles d'études médicales.(Figure 3)

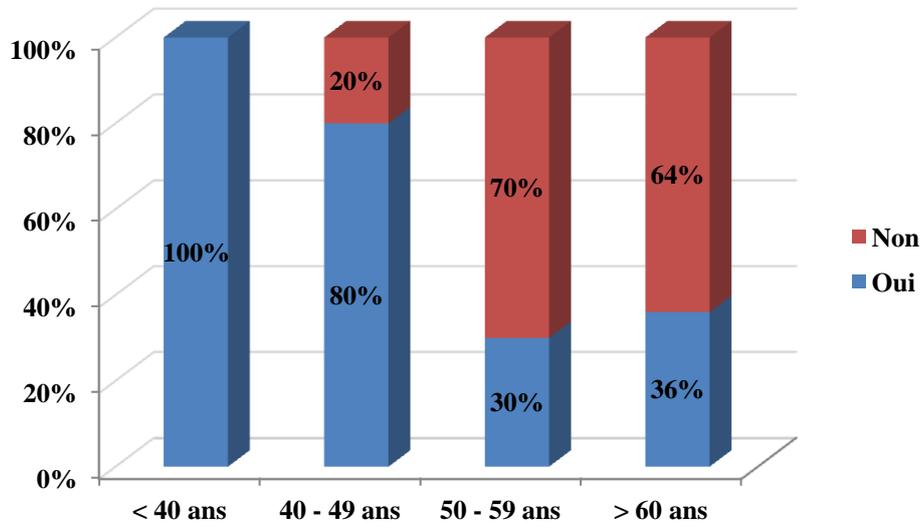


Figure 3 : Pourcentages des médecins ayant bénéficié d'une formation initiale sur les troubles anxieux

Nous observons des disparités en fonction de l'âge des MGs. En effet les moins de 50 ans étaient plus nombreux à avoir reçu une formation initiale (94,7%) sur les TA que les plus de 50 ans (33,3%). Ce résultat est statistiquement significatif ($p < 0,05$).

3.3.2. Sources de connaissance des troubles anxieux

Toutes réponses confondues (109 réponses cumulées), les quatre principales sources de connaissances des TA par les MGs étaient les formations continues (17,4%), l'expérience professionnelle (17,4%), les cours (formation initiale) (15,5%) et les revues médicales (16,5%).(Figure 4)

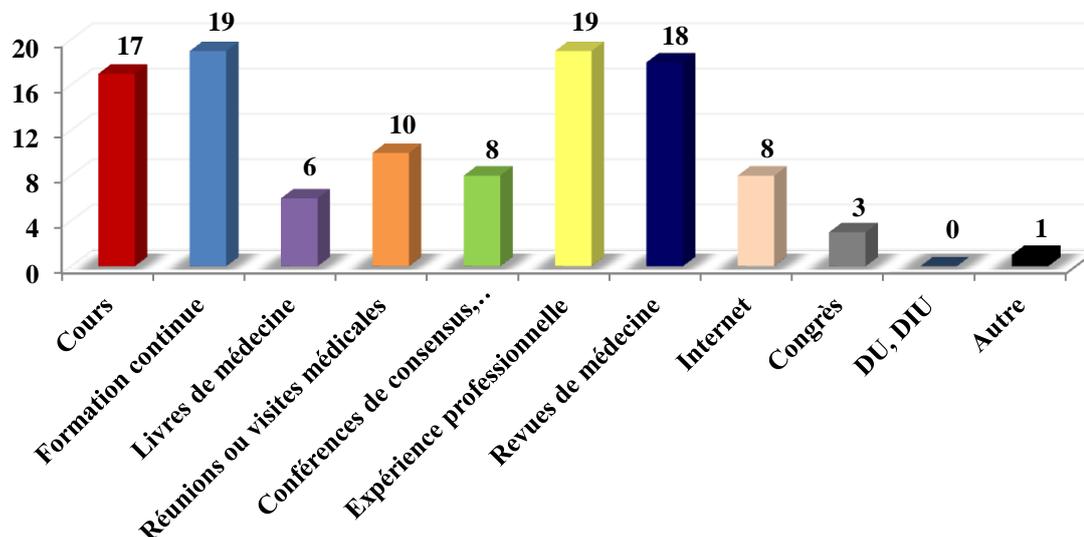


Figure 4 : Sources de connaissance des troubles anxieux.

Les MGs de plus de 50 ans étaient les plus concernés par la formation continue 76,2% contre 15,7% des moins de 50 ans ($p < 0,05$). Les réunions ou visites médicales ont été citées comme source de connaissance par 5,2 % des moins de 50 ans, contre 42,8% des plus de 50 ans ($p < 0,05$). Les livres de médecine étaient plus utilisés dans le groupe des moins de 50 ans (26,3% vs 4,7%) sans différence statistiquement significative. ($p = 0,1$).

Tableau 2 : sources de connaissance des troubles anxieux en fonction de l'âge des médecins

	Total	< 40 ans	40 - 49 ans	50 - 59 ans	> 60 ans
Cours	17	12	1	4	0
Formation continue	19	0	3	8	8
Livres de médecine	6	3	2	0	1
Réunions ou visites médicales	10	0	1	5	4
Conférences de consensus, recommandations HAS	8	2	2	2	2
Expérience professionnelle	19	6	3	7	3
Revue de médecine	18	7	3	2	6
Internet	8	4	1	1	2
Congrès	3	1	0	1	1
DU, DIU	0	0	0	0	0
Autre	1	0	0	0	1

3.3.3. Aisance à prendre en charge les troubles anxieux

Parmi les MGs interrogés, 25% ont déclaré être toujours à l'aise pour prendre en charge un patient présentant un TA, alors que 75% ont dit ne pas toujours l'être. Aucun ne déclarait ne jamais être à l'aise. Il n'existe pas de différence significative entre l'âge ou le sexe du médecin et l'aisance de la prise en charge. (Tableau 3)

Tableau 3 : Aisance de la prise en charge les troubles anxieux en fonction de l'âge et du sexe

	Total	Toujours	Pas toujours	Jamais
Age				
< 40 ans	14	4	10	0
40 – 49 ans	5	1	4	0
50 – 59 ans	10	3	7	0
> 60 ans	11	2	9	0
Sexe				
Femme	4	1	3	0
Homme	36	9	27	0

3.4. Les troubles anxieux dans la pratique quotidienne

3.4.1. Recherche des troubles anxieux

Certains MGs ont donné plusieurs réponses.(Figure 5) La réponse plus fréquemment sélectionnées (37/49) était que les MGs demandaient au patient s'il était anxieux parce qu'ils avaient l'impression que c'était le cas. 10 MGs attendaient que le patient leur parle de lui-même de ses peurs. 1 seul médecin demandait systématiquement à tous les patients s'ils étaient anxieux et 1 autre déclarait demander en fonction des antécédents personnels du patient. Aucun médecin n'a répondu utiliser un questionnaire spécifique.

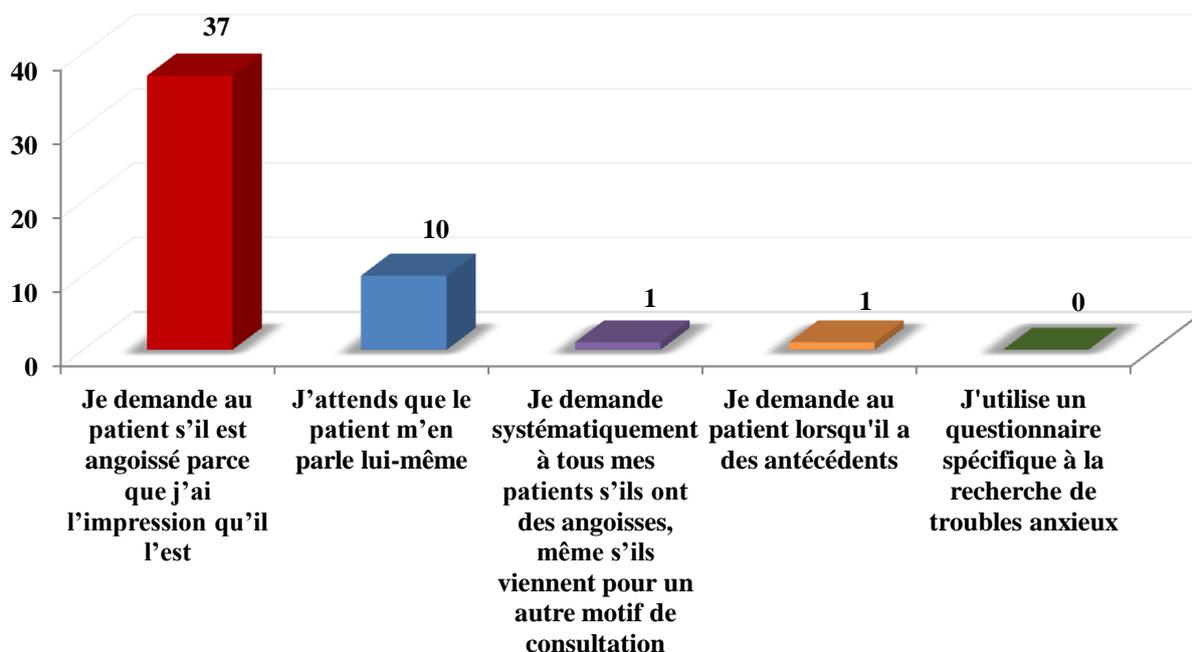


Figure 5 : Recherche des troubles anxieux

3.4.2. Troubles anxieux le plus souvent rencontré

Certains MGs ont donné plusieurs réponses. Toutes réponses confondues (49 réponses), les TA réactionnels (24/49) et les troubles anxiodépressifs sont les plus fréquemment rencontrés (22/49). En faisant abstraction des questionnaires comportant plusieurs réponses à cette

question, nous retrouvons des mêmes pourcentages respectifs de 50% et 46,8% pour les TA réactionnels et les troubles anxiodépressifs.(Figure 6).

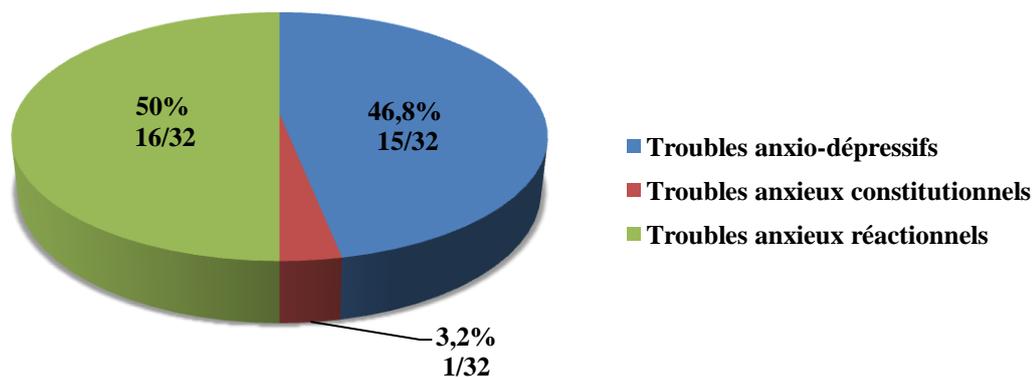


Figure 6 : Trouble anxieux le plus souvent rencontré

3.4.3. Le trouble anxieux ressenti comme le plus difficile à prendre en charge

A cette question un seul médecin a donné plusieurs réponses. Il apparait que les TA constitutionnels étaient ressentis comme les plus difficiles à prendre en charge à 79,5%, suivis des troubles anxio-dépressifs.(Figure 7)

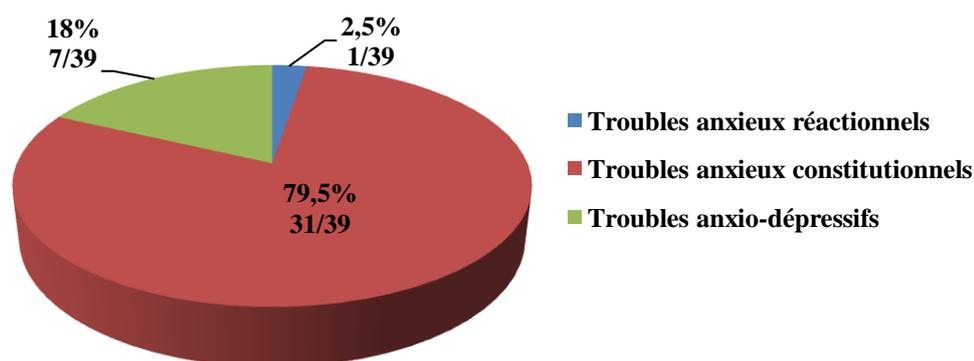


Figure 7 : Trouble anxieux ressenti comme le plus difficile à prendre en charge.

3.4.4. Fréquence des troubles anxieux

22,5% des MGs participant à l'étude voient moins de 5 patients présentant un TA par mois. 32,5% en voient 5-10/mois, 17,5% entre 10 et 20/mois, et 27,5% y sont confrontés tous les jours. (Figure 8)

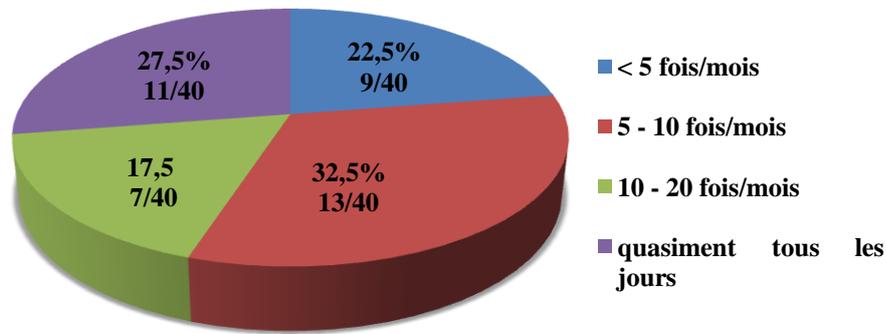


Figure 8 : Fréquence des troubles anxieux.

3.4.5. Durée moyenne des consultations pour trouble anxieux

Pour 62,5% des MGs interrogés, la durée moyenne de consultation pour un TA était comprise entre 15 et 30 minutes. 32,5% consacraient moins de 15 minutes par consultation. Un seul médecin a déclaré consacrer entre 30 et 45 minutes pour ce type de consultation. (Figure 9)

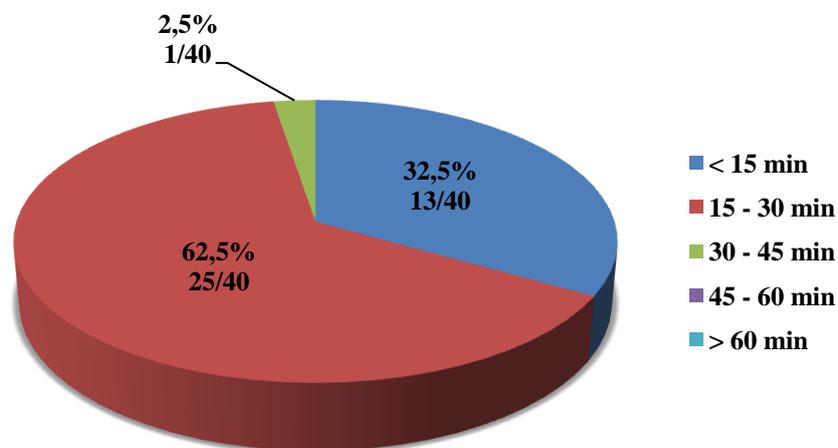


Figure 9 : Durée moyenne d'une consultation pour trouble anxieux.

Nous constatons que le temps de consultation pour un TA était supérieur au temps moyen des consultations toutes pathologies confondues ($p < 0,05$).

3.4.6. Fréquence des consultations de suivi

22,5% des MGs revoient les patients de façon hebdomadaire, 42,5% toutes les deux semaines et 10% mensuellement. 25% (10/40) des MGs avaient choisi la réponse autre : 8 déclarant ne pas faire de suivi de patient car appartenant à SOS médecins, 2 autres ont répondu adapter le rythme des consultations de suivi au besoin du patient. (Figure 10)

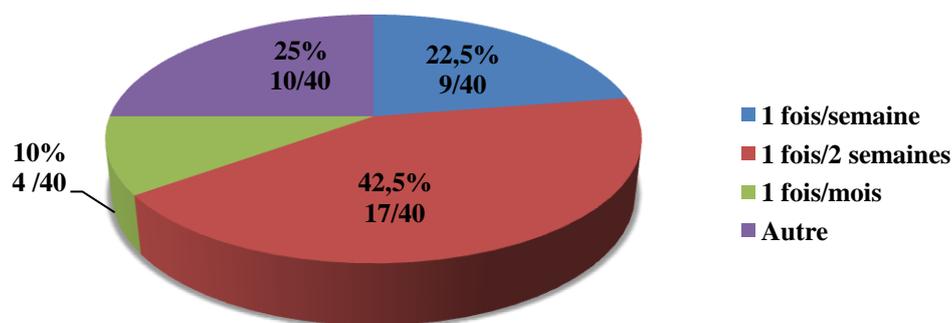


Figure 10 : Fréquence des consultations de suivi.

3.5. Prise en charge des troubles anxieux

3.5.1. Traitements les plus prescrits en pratique quotidienne

Dans le questionnaire, il avait été demandé quel était « le » traitement que les MGs prescrivaient le plus souvent dans les TA. 30 MG (75%) ont donné plus qu'une réponse à cette question. La question a été reformulée en « quels sont les traitements que vous prescrivez le plus ». Les BZDs représentaient 37,3% des médicaments prescrits, suivies par autres anxiolytiques (26,6%), les antidépresseurs ISRS ou IRSNa (22,6%) et l'homéopathie-phytothérapie-acupuncture (12%).(Figure 11)

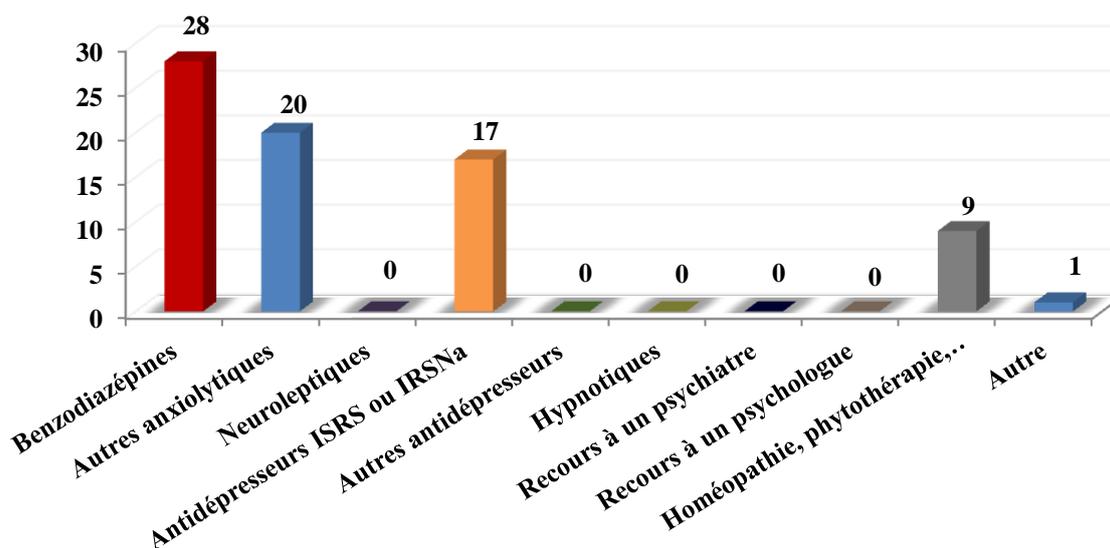


Figure 11 : Médicaments utilisés dans la prise en charge des troubles anxieux.

Nous n'avons pas mis en évidence de lien statistiquement significatif entre la prescription des médicaments et le sexe, l'âge, le lieu ou le mode d'exercice des MGs.

3.5.2. Bilan pré-thérapeutique

Sur les 40 MGs interrogés, 18 (45%) ne réalisent pas de bilan pré-thérapeutique. Parmi les 22 MGs qui en réalisent un, le bilan hépatique, le ionogramme, la NFS et le bilan rénal sont les plus demandés.(Figure 12)

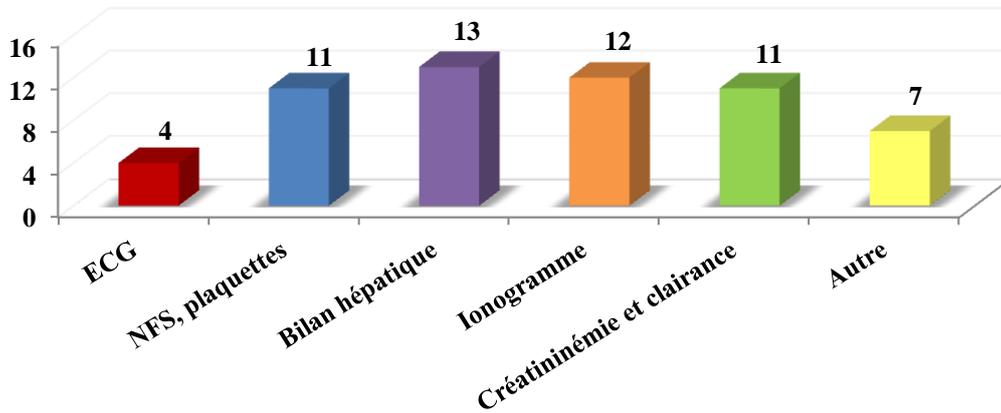


Figure 12 : Bilan pré-thérapeutique.

3.5.3. Traitement des troubles anxieux

Pour chaque TA analysé, une première figure montrera le traitement que les généralistes prescrivent en 1ère intention, puis en 2^{ème} intention.

3.5.3.1. Les troubles anxieux réactionnels

Traitement de première intention :

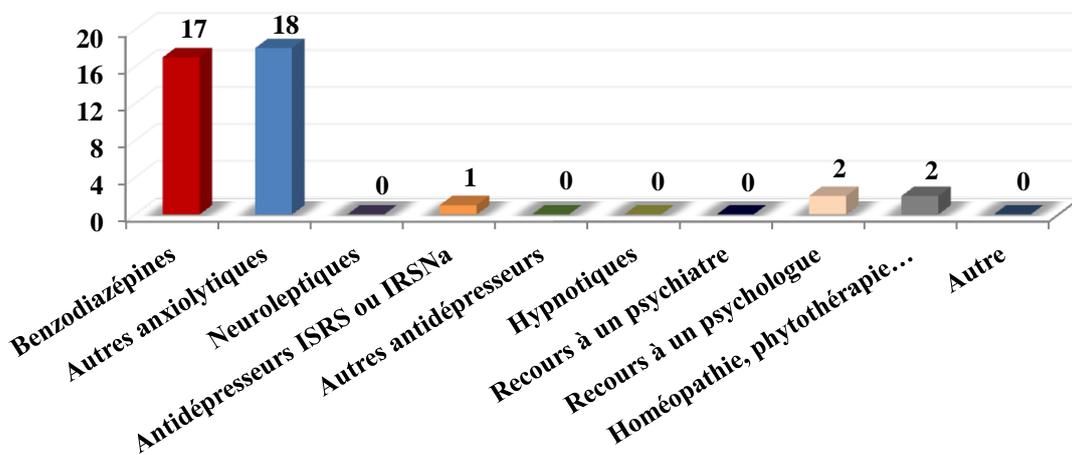


Figure 13 : Traitements de première intention des troubles anxieux réactionnels.

Traitement de deuxième intention :

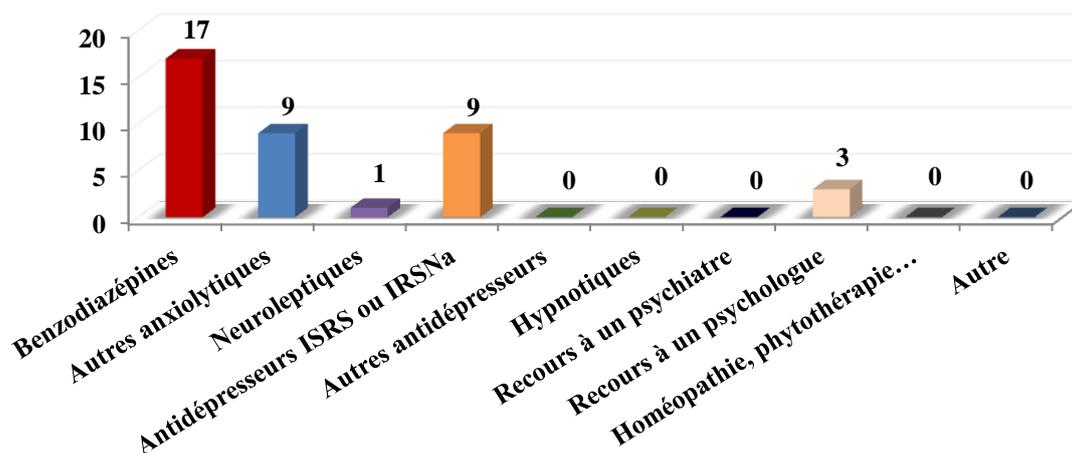


Figure 14 : Traitements de deuxième intention des troubles anxieux réactionnels.

Un médecin n'a pas indiqué de traitement de 2^{ème} intention.

Dans la prise en charge des TA réactionnels, les MGs prescrivait quasiment dans les mêmes proportions des BZDs (42,5%) et des anxiolytiques (45%).(Figure 13) Le traitement de 2^{ème} intention faisait appel aux BZDs (43,6%), aux autres anxiolytiques (23,0%) et aux antidépresseurs ISRS ou IRSNa (23,0%).(Figure 14) La différence de prescription des ISRS ou IRSNa est statistiquement significative ($p < 0,05$). Nous n'avons pas mis en évidence de différences significatives dans la prescription des traitements en fonction du sexe, de l'âge, du mode (y compris SOS médecins qui intervient essentiellement au stade aigu et précoce des TA) ou du lieu d'exercice des MGs.

3.5.3.2. Les troubles anxieux constitutionnels

Traitement de première intention :

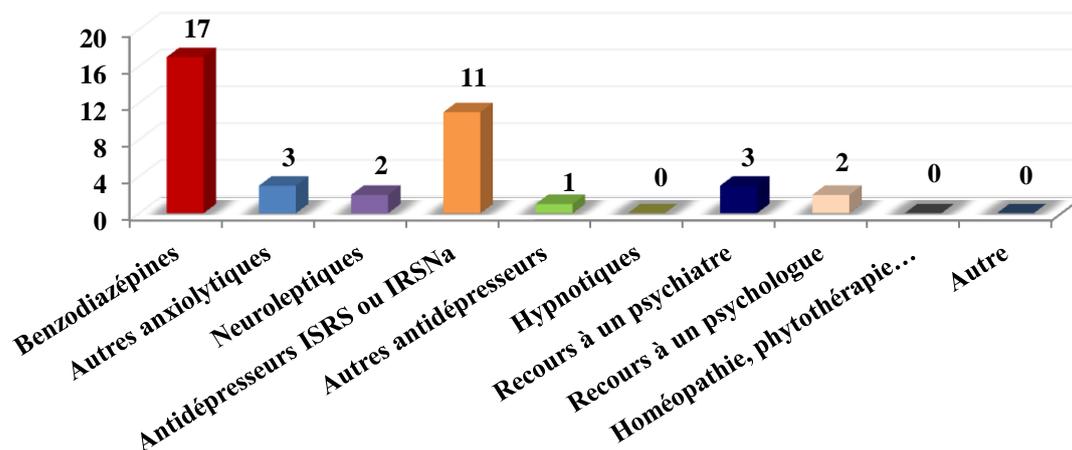


Figure 15 : Traitements de première intention des troubles anxieux constitutionnels.

Traitement de deuxième intention :

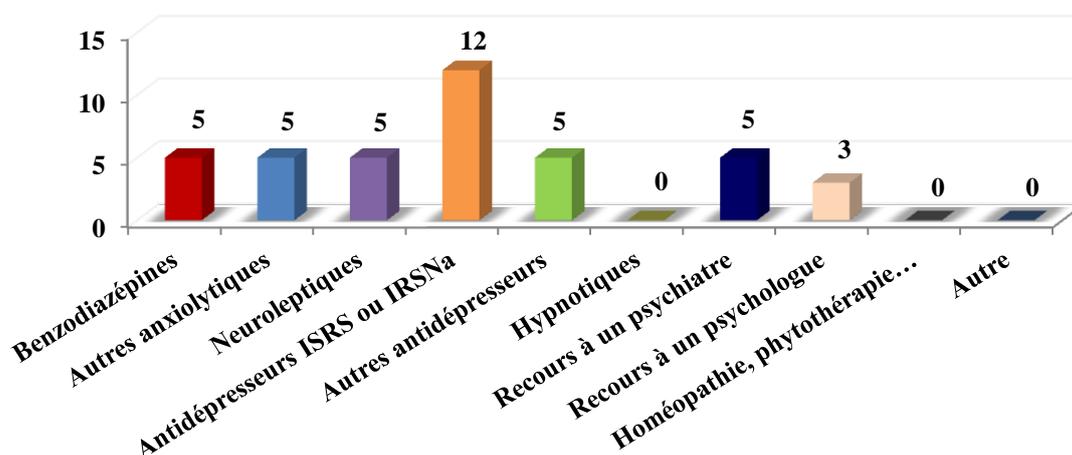


Figure 16 : Traitements de deuxième intention des troubles anxieux réactionnels.

Un médecin n'a pas indiqué de traitement de 1^{ère} intention.

Dans la prise en charge des TA constitutionnels, les MGs prescrivait majoritairement, en 1^{ère} intention, des BZDs (43,5%) et des antidépresseurs ISRS ou IRSNa (28,2%).(Figure 15)

Le traitement de 2^{ème} intention fait appel principalement aux antidépresseurs ISRS ou IRSNa (30%), puis à parts égales (12,5%) aux BZDs, anxiolytiques, neuroleptiques, antidépresseurs, avis auprès d'un psychiatre.(Figure 16) La différence de prescription des BZDs était statistiquement significative ($p < 0,05$). Nous n'avons pas mis en évidence de différences significatives dans la prescription des traitements en fonction du sexe, de l'âge, du mode ou du lieu d'exercice des MGs.

3.5.3.3. Les troubles anxio-dépressifs

Traitement de première intention :

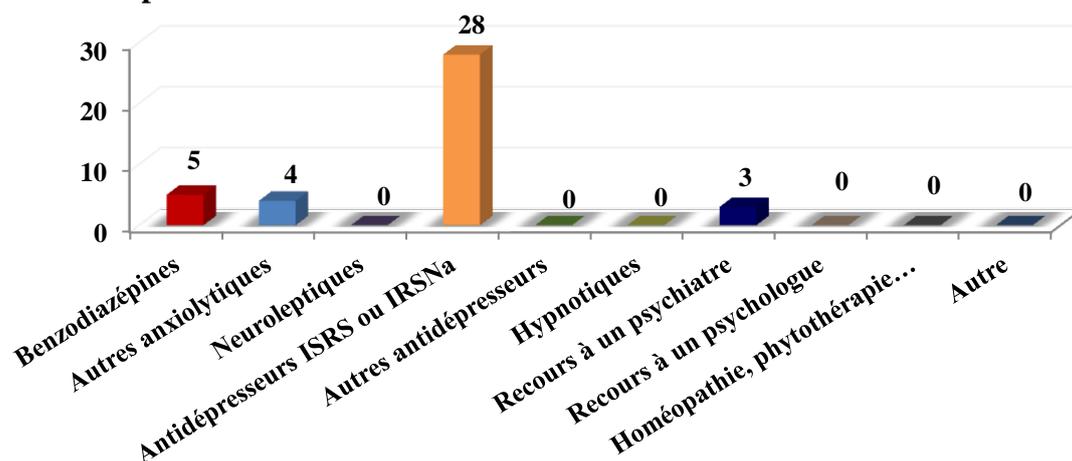


Figure 17 : Traitements de première intention des troubles anxio-dépressifs.

Traitement de deuxième intention :

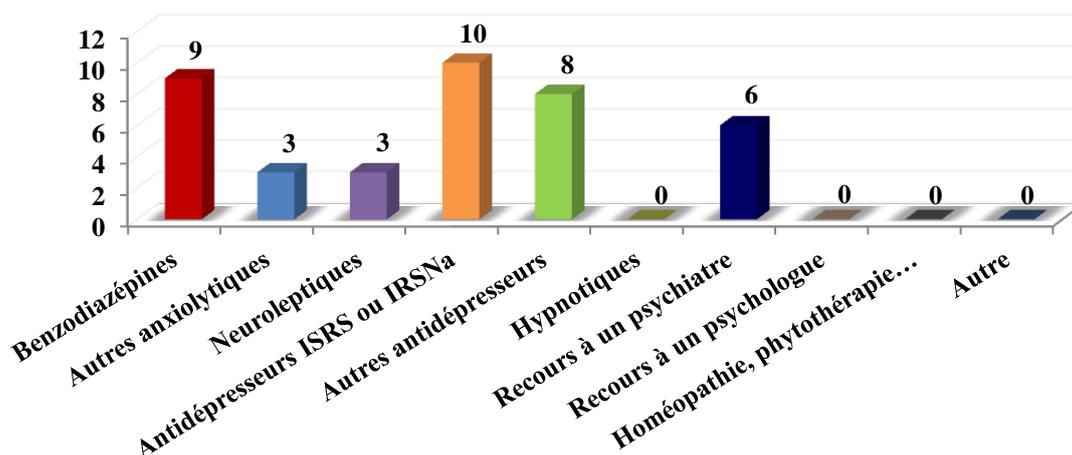


Figure 18 : Traitements de deuxième intention des troubles anxio-dépressifs.

La prise en charge des troubles anxio-dépressifs est basée essentiellement sur l'utilisation des antidépresseurs ISRS ou IRSNa (70%) en 1^{ère} intention.(Figure 17) Dans un 2^{ème} temps, le recours aux antidépresseurs ISRS ou IRSNa, aux BZDs et aux autres antidépresseurs est respectivement de 25%, 22,5% et 20 %, suivi du recours à un psychiatre 15%.(Figure 18) Les prescriptions des ISRS ou IRSNa, et des autres antidépresseurs étaient statistiquement différentes entre les traitements de 1^{ère} et de 2^{ème} intention ($p < 0,05$).

Nous n'avons pas mis en évidence de différences significatives dans la prescription des traitements en fonction du sexe, de l'âge, du mode ou du lieu d'exercice des MGs. Cependant, nous observons que les MGs de moins de 50 ans adressent plus de patients au psychiatre que leurs collègues plus âgés, en première intention ($p = 0,08$) et en deuxième intention ($p = 0,11$).

3.5.4. Recours à un psychiatre ou un psychologue

Toutes réponses cumulées (61), les 2 principales raisons de recourir à un psychiatre ou un psychologue sont :

- Le sentiment qu'un suivi serait bénéfique pour le patient (50,8%, 31/61),
- L'échec de tous les traitements mis en place (29,5%, 18/61).

Il n'existe pas de différences significatives en termes de sexe, âge, lieu et mode d'exercice pour les motifs de recours aux psychiatres ou psychologues.(Figure 19)

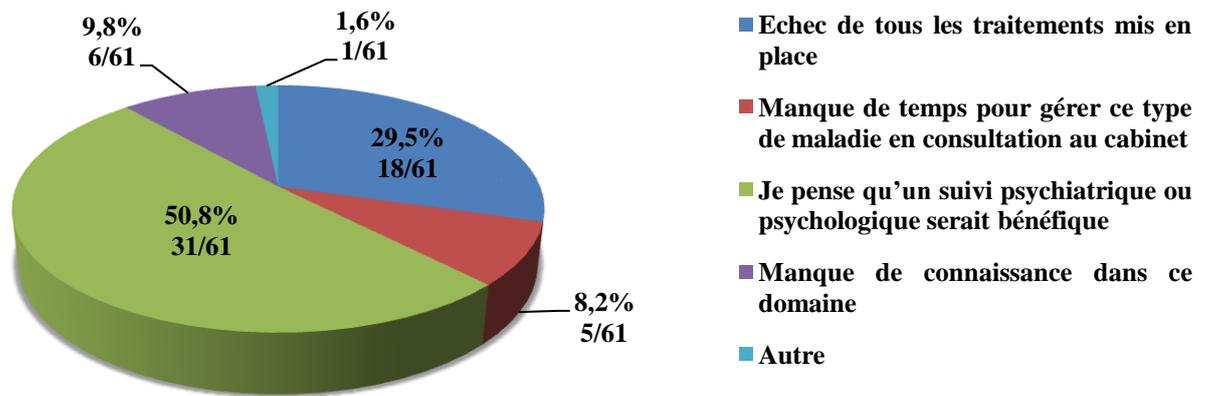


Figure 19 : Raisons d'un recours à un psychiatre ou un psychologue.

3.5.5. Propositions pour l'amélioration de la prise en charge

Parmi les propositions visant à améliorer la prise en charge des patients, toutes réponses cumulées (48), les 2 réponses les plus fréquemment données sont le contact avec les équipes de secteur de psychiatrie (26/48) et la permanence téléphonique d'un médecin psychiatre référent (16/48), devant la fiche d'information et « autre réponse » (2/48). (Figure 20)

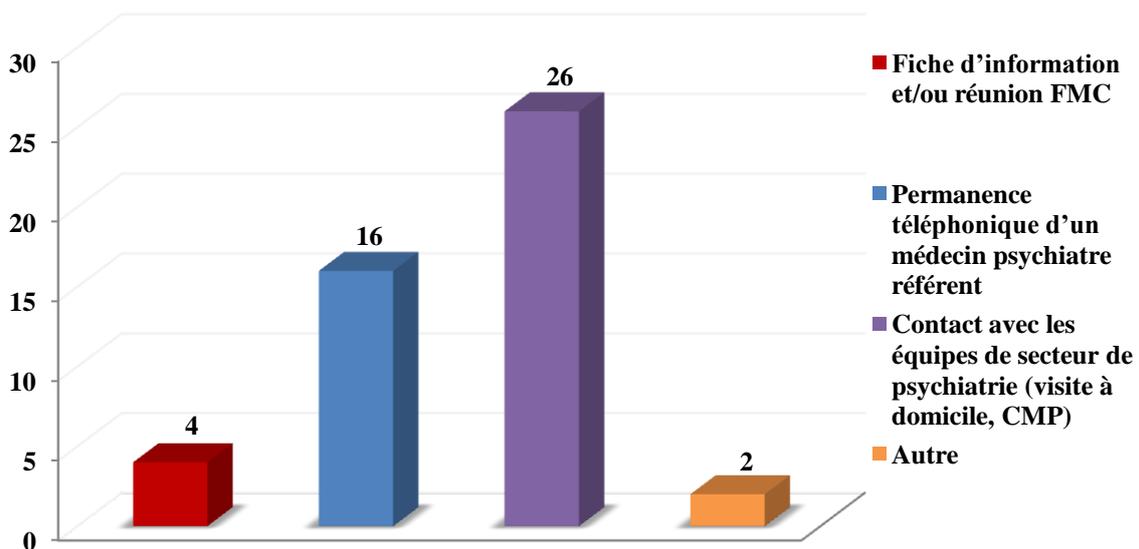


Figure 20 : Propositions pour l'amélioration de la prise en charge des patients.

Nous n'avons pas retrouvé de différences significatives suivant les différents critères d'âge, de sexe, de lieu, de mode ou d'année d'exercice.

4. Discussion

Notre étude a plusieurs faiblesses :

- **La taille de l'échantillon** : l'effectif de l'échantillon reste faible, même si une relance a permis d'augmenter le nombre de réponses au questionnaire (36,6%).
- **Le questionnaire** : a posteriori, nous réalisons qu'il été difficile de répondre à certaines questions et notamment aux questions 19 ou 20, ou généralement plusieurs traitements peuvent être prescrits simultanément,
- **Biais de sélection** : Comme dans toutes les études, les MGs ayant répondu au questionnaire doivent avoir un intérêt pour le sujet plus grand que ceux qui n'y ont pas répondu. La forte proportion de MGs exerçant chez SOS médecins biaise les résultats dans la mesure où ils interviennent essentiellement à un stade aigu et précoce des TA.
- **Les résultats** : les résultats ne donnent qu'une appréciation globale de la prise en charge des TA par les MGs du Saint-Quentinois. Ils ne nous permettent pas de savoir si tous les TA sont correctement diagnostiqués. 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.

Notre étude comporte également des forces :

- **Le taux de participation** : il était de 36,6% après une relance envoyée à 2 semaines de l'envoi initial du questionnaire. Ce taux paraît élevé, d'autant plus que le sujet n'était pas facile et concernait l'évaluation des pratiques de MG qui auraient pu se sentir « testés » par cette étude. La forte implication du Dr DEVENDEVILLE (Directeur de Thèse) dans le paysage médical et médicolegal du Saint-Quentinois a aussi contribué à l'obtention d'un taux de participation élevé,
- **Les questionnaires bien remplis** : en faisant abstraction des questions 19 et 20 (un médecin n'a pas indiqué de traitement de deuxième intention pour les TA constitutionnels), tous les questionnaires étaient complètement remplis,
- **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 MGs portent à ce sujet,
- **Le sujet** : à ce jour, aucune étude sur la prise en charge des TA par les MGs n'a été réalisée dans le Saint-Quentinois. Des travaux similaires ont été publiés sur la place des TCC dans la prise en charge des TA,[22] et sur la place des iTCC, ou thérapies par internet, dans la prise en charge des TA,[23] ainsi que l'étude de la prise en charge des troubles anxieux au Luxembourg.[24]

4.1. Caractéristiques démographiques et professionnelles des médecins

Dans notre échantillon les femmes ne représentaient que 14,6% des adresses emails rassemblées et 10% des MG ayant répondu (10%). Alors que dans les données de l'ARS pour l'Aisne en 2015, la proportion de MGs femmes était de 34%. [25]

L'âge moyen des MGs, tous sexes confondus était de 48,9 ans. Pour les femmes la moyenne d'âge était de 46,5 ans, pour les hommes 49,2 ans (significativement différent, $p < 0,05$). Les moins de 40 ans représentaient 35% de nos effectifs, et les plus de 60 ans 27,5%. D'après les données de l'ARS, en 2015, [25] l'âge moyen des MGs exerçant une activité régulière en Picardie, était de 53 ans, (55 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes), et 55,1 ans dans l'Aisne. Tous sexes confondus, 9,5% des praticiens avaient moins de 40 ans, et 32,5% plus de 60 ans. [25]

Près de la moitié des MGs était installée depuis plus de 20 ans, (47,5%), alors que la part des MGs installés depuis moins de 5 ans était de 17,5%. Concernant le mode d'exercice, nous constatons que les MGs étaient majoritairement installés en cabinet de groupe en milieu urbain.

4.2. Nombre et durée des consultations

La durée moyenne de consultations était pour 55% des MGs de 10 minutes, avec un nombre moyen de consultations par semaine compris entre 150 et 250 actes par semaines pour 57,5 % des MGs. Ce nombre important et cette durée courte de consultations sont probablement justifiés par :

- la faible densité médicale dans notre région, la plus faible de France toutes spécialités confondues: 230,9 médecins pour 100 000 habitants, en 2015, avec une moyenne nationale à 281,4 ; et pour les MGs dans l'Aisne 107,3 pour 100 000 habitants avec une estimation à 96,4 pour 2020. [25]
- La forte part de MGs exerçant chez SOS médecins (25% de notre effectif) et dont les consultations sont officiellement de 10 minutes.

4.3. Connaissance des troubles anxieux

La principale source de connaissance retrouvée, pour les MGs de moins de 50 ans, était la formation initiale. Alors que les MGs plus âgés étaient plus concernés par les formations continues et les informations reçues au cours des réunions et/ou visites médicales. Concernant

les autres sources de connaissance, il n'a pas été mis en évidence de différences significatives entre les groupes et sous-groupes étudiés. Cette différence significative entre les deux groupes pourrait s'expliquer par les différentes réformes successives des études médicales : modification des enseignements avec intégration des pathologies psychiatriques, création d'un internat de médecine générale en 2004 et donc allongement de la formation initiale ; mais aussi par la plus forte participation aux séances de formation continue des médecins plus âgés.

4.4. Aisance à prendre en charge des troubles anxieux

Parmi les MGs interrogés, 25% répondaient être toujours à l'aise pour prendre en charge un patient présentant un TA, alors que 75% déclaraient ne pas toujours l'être. Aucun n'a déclaré ne jamais être à l'aise. On peut supposer que ce malaise tient au fait que les MGs ne sont pas assez et/ou bien formés à la prise en charge des TA et notamment les troubles constitutionnels, eux même décrits comme les plus difficiles à prendre en charge. De plus, les patients consultant généralement pour une plainte physique, il n'est pas toujours facile pour le MG de leur faire prendre conscience qu'il peut s'agir de la manifestation physique d'une anxiété.

4.5. Les troubles anxieux dans la pratique quotidienne

Dans notre étude, un seul médecin déclarait questionner systématiquement ses patients sur l'existence d'angoisse. Dans leur grande majorité, des MGs ne questionnaient leur patient que s'ils avaient l'impression qu'il était anxieux, voir même attendaient que le patient en parle de lui-même. Cette absence de recherche systématique explique que parmi les 10% de patients des cabinets de médecine générale souffrant de TA, moins de 50% des cas ne sont pas diagnostiqués et seulement une minorité est traitée.[26]

Aucun médecin n'utilise de questionnaire spécifique de dépistage d'un TA alors que, comme indiqué dans l'introduction, il existe plusieurs questionnaires, dont certains sont courts et simples à remplir par le médecin ou le patient lui-même.

Concernant la fréquence des TA, les résultats de notre étude sont en accord avec les données de la littérature où la prévalence des troubles anxieux (tous troubles confondus) est de d'environ 13% de la population générale française,[1,2]. 27,5% des MGs disaient être confrontés quotidiennement à la prise en charge d'un patient présentant un TA, et 17,5% recevaient ce type de patient entre 10 et 20 fois par mois.

Dans notre étude, les TA réactionnels et les troubles anxio-dépressifs étaient les plus fréquemment rencontrés, conformément aux données de la littérature.[1,2] On peut noter que les TA constitutionnels (regroupant : anxiété généralisée, troubles paniques et attaque de panique, phobie spécifique ou sociale, agoraphobie) ne représentaient que 3,2% des TA en terme de fréquence, mais ont été qualifiés par 79,5% des MGs comme le type de trouble le plus difficile à prendre en charge.

Dans la majorité des cas, nous constatons que les MGs déclaraient consacrer plus de temps à une consultation pour la prise en charge d'un TA : 15 à 30 minutes, contre 10-15 minutes pour une consultation tout venant ($p < 0,05$).

Pour 65% des MGs, le suivi des patients présentant un TA comprenait en moyenne 2 consultations par mois ou plus.

4.6. Prise en charge des troubles anxieux

Dans leur pratique quotidienne, 45% des MGs ne réalisaient pas de bilan pré-thérapeutique. La majorité des bilans demandés comprenait une NFS, un ionogramme, un bilan hépatique et rénal. Seuls 4 MGs réalisaient un ECG avant l'instauration d'un traitement, comme recommandé par l'HAS,[5] alors que plusieurs molécules, dont certains ISRS ou IRSNa, présentent comme effet secondaire l'allongement du QT avec un risque de torsades de pointe. Parmi ces 4 MGs, 2 déclaraient utiliser fréquemment les ISRS et IRSNa pour les TA.

Tous TA confondus, les anxiolytiques (benzodiazépiniques ou non) représentaient la très grande majorité des traitements les plus prescrits.

Concernant les troubles réactionnels, nos résultats montrent que le traitement mis en place à la phase initiale était principalement basé sur l'utilisation des anxiolytiques. L'utilisation des BZDs était équivalente à celle des autres anxiolytiques, alors qu'elles favoriseraient les effets de mémorisation d'évènement traumatique.[19] Le traitement était réévalué, dans un deuxième temps, avec une utilisation plus importante des antidépresseurs ISRS ou IRSNa (augmentation statistiquement significative) une fois que le médecin avait constaté une chronicisation du TA. On note toutefois une persistance d'une forte proportion d'anxiolytiques benzodiazépiniques. L'information des MGs sur l'utilisation des anxiolytiques autres que les BZDs devrait faire partie des séances de formation continue afin de diminuer la prescription des BZDs comme recommandé dans la littérature.[27]

Pour les TA constitutionnels, décrits comme les plus difficiles à prendre en charge, les résultats obtenus étaient plus hétérogènes, avec une utilisation importante en première

intention des BZDs et des ISRS ou IRSNa. L'adaptation secondaire du traitement était plus difficile et faisait appel à une plus grande variété de traitements (anxiolytiques non benzodiazépiniques, neuroleptiques, autres antidépresseurs et recours à un psychiatre ou un psychologue). La baisse d'utilisation des BZDs était statistiquement significative ($p < 0,05$). Nous observons que le recours à un psychiatre restait faible, malgré les difficultés de prises en charges exprimées par les MGs.

Concernant les troubles anxio-dépressifs, les antidépresseurs ISRS ou IRSNa étaient majoritairement utilisés en première intention, comme préconisé dans les recommandations de l'HAS. [20] En 2^{ème} intention, nous constatons une augmentation statistiquement significative de l'utilisation d'autres antidépresseurs ($p < 0,05$) et des BZDs (non statistiquement significative). Le recours à un psychiatre restait là aussi faible (7,5% en première intention vs 15% en 2^{ème} intention).

Nos données concernant les raisons qui décident les MGs à adresser un patient souffrant d'un TA à un spécialiste psychiatre ou à un psychologue, montraient plusieurs résultats intéressants :

- Seuls 9,8% des raisons données correspondaient à un manque de connaissance pour justifier le transfert à un spécialiste pour une prise en charge, ce qui témoigne d'une bonne assurance des MGs pour assurer le suivi des patients présentant un trouble anxieux,
- Le temps de consultation ne semblait pas être un facteur limitant puisque seuls 8,2% des réponses correspondent à un manque de temps pour gérer ces pathologies,
- Les MGs évoquaient un transfert à un spécialiste, avant tout, quand ils considéraient que celui-ci pourrait offrir une aide plus efficace (50,8%), ou quand leur propre traitement s'avérait inefficace (29,5%).
- Parmi les propositions visant à l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de TA il apparaît clairement que les MGs souhaiteraient des contacts plus fréquents avec les équipes de psychiatrie de secteur, ainsi que la possibilité de joindre un psychiatre référent. 2 MGs ont souligné le manque de psychologues et de psychiatres libéraux, ainsi que le frein que représente la non-prise en charge par l'assurance maladie des entretiens psychologiques.

Globalement nous constatons que les MGs connaissent et suivent les recommandations dans le cadre des troubles anxio-dépressifs. Pour les TA réactionnels et les TA constitutionnels, les

recommandations sont moins bien suivies, notamment avec un recours important aux BZDs. Ces résultats sont comparables avec ceux relevés dans la littérature.[27] Cette prescription importante d'anxiolytiques (BDZs ou non) pouvant être expliquée par le fait que les patients sont généralement vus à un stade précoce de la symptomatologie et que le traitement initial vise à obtenir rapidement une anxiolyse rapide et efficace. Le traitement est secondairement adapté avec l'utilisation de traitements de fond, tels que les antidépresseurs. Nous ne disposons malheureusement pas de données sur la durée des traitements par anxiolytiques (qui devrait être limité à 12 semaines, sevrage inclus d'après les recommandations de l'HAS).[5]

Les résultats de notre étude ont montré que les prescriptions réalisées par les MGs exerçant chez SOS médecins ne sont pas différentes de celles effectuées par leurs confrères installés en cabinet. La question du suivi des patients atteints de TA se pose pour ceux qui n'ont pas ou plus de médecin traitant. Puisqu'en dépit des services rendus par les MGs de SOS médecins, ceux-ci n'ont pas pour vocation d'effectuer du suivi de patient.

Afin d'améliorer la prise en charge des patients souffrant de TA, il semble intéressant d'associer :

- Une adaptation de la formation initiale afin de sensibiliser les jeunes médecins, et futurs-médecins, à l'existence d'alternative aux BZDs ainsi qu'à l'importance du traitement de fond par antidépresseur ISRS ou IRSNa,
- Une formation continue axée sur les recommandations de l'HAS concernant la prise en charge des TA constitutionnels et réactionnels, puisque les troubles anxio-dépressifs semblent être bien gérés par les MGs,
- Adresser d'avantage les patients aux médecins spécialistes afin de garantir un suivi, même en cas de nomadisme médical.

5. Conclusion

Le but principal de notre travail était d'étudier la prise en charge des troubles anxieux de l'adulte par les médecins généralistes du Saint-Quentinois. De notre étude il ressort que les médecins généralistes ont un réel intérêt pour ces troubles, qui constituent un motif fréquent de consultation.

Il apparaît que les recommandations émises par l'HAS concernant les troubles anxio-dépressifs sont bien mises en œuvre ; alors que dans le cas des troubles anxieux réactionnels et constitutionnels elles ne le sont que partiellement.

La place des antidépresseurs de type ISRS ou IRSNa, dans la prise en charge des troubles anxieux réactionnels et constitutionnels reste faible contrairement aux recommandations de l'HAS. Pour les troubles anxio-dépressifs, le recours aux ISRS ou IRSNa est très important.

Concernant les troubles anxieux constitutionnels et réactionnels, l'utilisation des benzodiazépines est encore majoritaire comparée à la prescription des autres classes d'anxiolytiques.

Quel que soit le type de trouble anxieux, le recours aux psychiatres est faible.

L'amélioration de la prise en charge des troubles anxieux pourrait passer par une formation initiale, pour les jeunes médecins, et une formation continue, pour les médecins déjà exerçant, plus axées sur l'utilisation des anxiolytiques non benzodiazépiniques et des antidépresseurs ISRS et IRSNa. Elle pourrait également passer par une amélioration des relations entre les médecins généralistes et les médecins psychiatres.

6. Références bibliographiques

1. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *L'Encéphale*. avr 2005;31(2):182-94.
2. Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger J-P, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le questionnaire health questionnaire: adéquation avec la description par le médecin et le traitement prescrit. *L'Encéphale*. déc 2009;35(6):560-9.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition. American Psychiatric Publishing. 2013.
4. 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 Providers and Psychiatrists. *Am J Psychiatry* [Internet]. févr 2007 [cité 29 janv 2016];164(2). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3831273/>
5. HAS. Affections psychiatriques de longue durée. Troubles anxieux graves [Internet]. 2016 nov [cité 1 déc 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liste_ald_troubles_anxieux.pdf.
6. 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.
7. WEISS DS, MARMAR CR. The impact of event scale revised. In: Assessing Psychological Trauma and PTSD. In: A Practitioner's Handbook. Wilson JP et Kean TM (Eds); 1966. p. 399-411.
8. Shear MK, Brown TA, Barlow DH, Money R, Sholomskas DE, Woods SW, et al. Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1997 [cité 8 févr 2016]; Disponible sur: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ajp.154.11.1571>.

9. Marks IM, Mathews AM. Brief standard self-rating for phobic patients. *Behav Res Ther.* 1979;17(3):263-7.
10. Bouvard M, Cottraux J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie: POD. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010. 368 p.
11. Liebowitz MR. Social phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry.* 1987;22:141-73.
12. Busner J, Targum SD. The Clinical Global Impressions Scale. *Psychiatry Edgmont.* juill 2007;4(7):28-37.
13. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959;32(1):50-5.
14. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1 juin 1983;67(6):361-70.
15. Lipman RS. Differentiating anxiety and depression in anxiety disorders: use of rating scales. *Psychopharmacol Bull.* oct 1982;18(4):69-77.
16. Leon AC, Olfson M, Portera L, Farber L, Sheehan DV. Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *Int J Psychiatry Med.* 1997;27(2):93-105.
17. HAS. Affections psychiatriques de longue durée. Troubles anxieux graves [Internet]. 2007 juin [cité 1 déc 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf.
18. Ferreri F. Prendre en charge des états de stress aigu et de stress post-traumatique. *Le généraliste.* 2015;29-31.
19. HAS. Affections psychiatriques de longue durée. Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte. [Internet]. 2009 février [cité 8 déc 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/gm_ald23_troubles_depressifs_webavril2009.pdf.
20. AFSSAPS, EMA. Citalopram (Seropam(R)) et génériques): allongement dose-dépendant de l'intervalle QT. 2011.

21. Lunbeck France, AFSSAPS, EMA. Escitalopram (Seroplex(R)) et allongement dose-dépendant de l'intervalle QT. 2011.
22. Regnier A. Evaluer la représentation et la connaissance des thérapies comportementales et cognitives par le généraliste dans la prise en charge des troubles anxieux. [Internet]. 2014 [cité 1 mai 2017]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2014_REGNIER_CARLIER_AUDE.pdf.
23. Haultcoeur L. La place des iTCC, ou thérapies par internet, dans la prise en charge des troubles anxieux. Revue de la littérature et étude de faisabilité du programme Serenactif. [Internet]. 2014 [cité 1 mai 2017]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/17def120-3d73-4eb1-89b2-6ef182dbf311>.
24. Pull L. Etude de la prise en charge des troubles anxieux par les médecins généralistes au Luxembourg [Thèse de médecine générale]. Université Pierre et Marie Curie; 2009.
25. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale 2015. 2015.
26. Angst- und Panikerkrankungen von Kasper, Siegfried und Hans-Jürgen Möller:: Elsevier, München, 9783334609767 Gebundene Ausgabe - getbooks GmbH [Internet]. [cité 1 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.zvab.com/Angst--Panikerkrankungen-Kasper-Siegfried-Hans-J%C3%BCrgen-M%C3%B6ller/16211862396/buch>.
27. Driot D, Bismuth M, Poutrain J-C, Birebent J, Berthès A, Oustric S, et al. Revue systématique de la primo-prescription de benzodiazépines en soins premiers pour les troubles anxieux et l'insomnie. *Exercer*. mars 2017;131:120-30.

7. Annexes

Annexe 1 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes

Etude de la prise en charge des troubles anxieux de l'adulte par les médecins généralistes du Saint-Quentinois.

Eric STERN

Interne de médecine générale - Faculté de médecine d'Amiens

1. **Quel est votre : âge ?** ans
2. **- sexe ?** Homme Femme
3. **Depuis combien d'années exercez-vous la médecine générale ?**
 < 5 ans, 15-20 ans,
 5-10 ans, 20-25 ans,
 10-15 ans, > 25 ans.
4. **Quel est votre mode d'exercice ?**
 Cabinet Seul, SOS médecins,
 Cabinet de groupe, Remplaçant,
 Maison de santé pluridisciplinaire, Autre : _____
5. **Où travaillez-vous :**
 Urbain (> 15 000 hab), Semi-urbain, Rural (< 2000 hab)
6. **Combien de patients voyez-vous au total par semaine (toutes pathologies confondues) ?**
 < 50, 250-350,
 50-150, > 350.
 150-250,
7. **Quelle est la durée moyenne d'une consultation ?**
 5 min, 20 min,
 10 min, 30 min,
 15 min, > 30 min.
8. **Avez-vous bénéficié durant votre 2ème ou 3ème cycle d'études médicales d'un enseignement sur les troubles anxieux ?**
 Oui, Non.

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

- Cours de 2^{ème} et 3^{ème} cycles des études médicales,
- Conférences de consensus, Recommandations HAS,
- Formation continues,
- DU, DIU...
- Réunions et visites médicales,
- Expérience professionnelle,
- Internet
- Livres de médecine (DSM V, CIM 10, médecine générale, psychiatrie...),
- Congrès,
- Revues de médecine,
- Autres : _____

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

- Toujours, Pas toujours, Jamais.

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

- J'attends que le patient m'en parle 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 un autre motif de consultation,
- J'utilise un questionnaire spécifique à la recherche de troubles anxieux,
Lequel ? _____
- Autre : _____

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

- Troubles anxieux réactionnels (état de stress aigu, état de stress post-traumatique),
- Troubles anxieux constitutionnels (anxiété généralisée, troubles paniques, phobie spécifique ou sociale, agoraphobie),
- Troubles anxio-dépressifs.

13. **Quel est le type de trouble anxieux que vous trouvez le plus difficile à prendre en charge ?**
- Trouble anxieux réactionnel (état de stress aigu, état de stress post-traumatique),
 - Trouble anxieux constitutionnel (anxiété généralisée, troubles paniques, phobie spécifique ou sociale, agoraphobie),
 - Troubles anxio-dépressifs.
14. **Combien de fois par mois, êtes vous confrontés à des troubles anxieux ?**
- < 5 fois/mois,
 - 5 - 10 fois/mois,
 - 10 - 20 fois/mois,
 - Quasiment tous les jours.
15. **Combien de temps dure en général une consultation pour trouble anxieux dans votre pratique ?**
- < 15 min,
 - 15 – 30 min,
 - 30 - 45 min,
 - 45 – 60 min,
 - > 60 min.
16. **A quel rythme revoyez-vous un patient qui présente des troubles anxieux ?**
- Plusieurs fois/semaine,
 - 1 fois/semaine,
 - 1 fois/2 semaines,
 - 1 fois/mois.
17. **Quel type de traitement prescrivez-vous le plus dans le cadre des troubles anxieux ?**
- Benzodiazépines,
 - Autres anxiolytiques,
 - Neuroleptiques,
 - Antidépresseurs ISRS ou IRSNa,
 - Autres antidépresseurs,
 - Hypnotiques,
 - Psychothérapie,
 - Homéopathie, phytothérapie,
 - Aucun,
 - Autres : _____
18. **Réalisez-vous un bilan avant la prescription d'un traitement ?**
- ECG,
 - NFS, Plaquettes,
 - Bilan hépatique,
 - Ionogramme,
 - Créatinine et clairance de la créatinine,
 - Autres : _____

19. Quel traitement envisageriez vous en 1^{ère} intention pour chaque type de trouble anxieux suivant ?

	Troubles anxieux réactionnels	Troubles anxieux constitutionnels	Troubles anxio-dépressifs
Benzodiazépines			
Autres anxiolytiques			
Neuroleptiques			
Antidépresseurs ISRS ou IRSNa			
Autres antidépresseurs			
Hypnotiques			
Recours à un psychiatre			
Recours à un psychologue			
Homéopathie, Phytothérapie			
Autres			

20. Quel traitement envisageriez vous en 2^{ème} intention pour chaque type de trouble anxieux suivant ?

	Troubles anxieux réactionnels	Troubles anxieux constitutionnels	Troubles anxio-dépressifs
Benzodiazépines			
Autres anxiolytiques			
Neuroleptiques			
Antidépresseurs ISRS ou IRSNa			
Autres antidépresseurs			
Hypnotiques			
Recours à un psychiatre			
Recours à un psychologue			
Homéopathie, Phytothérapie			
Autres			

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

- Manque de temps pour gérer ce type de maladie en consultation au cabinet,
- Manque de connaissance dans ce domaine,
- Echec de tous les traitements essayés,
- Je pense qu'un suivi psychiatrique ou psychologique serait bénéfique,
- Autre : _____

22. Parmi les propositions suivantes, laquelle vous semble la plus intéressante pour vous aider dans votre prise en charge ?

- Permanence téléphonique d'un médecin psychiatre référent,
- Contact avec les équipes de secteur de psychiatrie (visite à domicile, CMP),
- Fiche d'information et/ou réunion FMC,
- Autre : _____

Annexe 2 : Echelle IES-R « *Impact Of Event Scale (Revised)* »

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque item et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces difficultés au cours des 7 derniers jours en ce qui concerne _____.

Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés ?

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Extrêmement
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement	0	1	2	3	4
2. Je me réveillais la nuit	0	1	2	3	4
3. Différentes choses m'y faisait penser	0	1	2	3	4
4. Je me sentais irritable et en colère	0	1	2	3	4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	0	1	2	3	4
6. Sans le vouloir, j'y repensais	0	1	2	3	4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	0	1	2	3	4
8. Je me suis tenu loin de ce qui me faisait penser	0	1	2	3	4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête	0	1	2	3	4
10. J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser	0	1	2	3	4
12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face	0	1	2	3	4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés	0	1	2	3	4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement	0	1	2	3	4
15. J'avais du mal à dormir	0	1	2	3	4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement	0	1	2	3	4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire	0	1	2	3	4
18. J'avais du mal à me concentrer	0	1	2	3	4
19. Ce qui me rappelle l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations	0	1	2	3	4
20. J'ai rêvé de l'événement	0	1	2	3	4
21. J'étais aux aguets et sur mes gardes	0	1	2	3	4
22. J'ai essayé de ne pas en parler	0	1	2	3	4

Annexe 3: Echelle PDSS « Panic Disorder Severity Scale »

Several of the following questions refer to panic attacks and limited symptom attacks. For this questionnaire we define a panic attack as a sudden rush of fear or discomfort accompanied by at least 4 of the symptoms listed below. In order to qualify as a sudden rush, the symptoms must peak within 10 minutes. Episodes like panic attacks but having fewer than 4 of the listed symptoms are called limited symptom attacks. Here are the symptoms to count :

- Rapid or pounding heartbeat
- Sweating
- Trembling or shaking
- Breathlessness
- Feeling of choking
- Chest pain or discomfort
- Nausea
- Dizziness or faintness
- Feelings of unreality
- Chills or hot flushes
- Fear of losing control or going crazy
- Fear of dying
- Numbness or tingling

1. How many panic and limited symptom attacks did you have during the week?
 - 0 = No panic or limited symptom episodes,
 - 1 = Mild: no full panic attacks and no more than 1 limited symptom attack/day,
 - 2 = Moderate: 1 or 2 full panic attacks and/or multiple limited symptom attacks/day,
 - 3 = Severe: more than 2 full attacks but not more than 1/day on average,
 - 4 = Extreme: full panic attacks occurred more than once a day, more days than not.

2. If you had any panic attacks during the past week, how distressing (uncomfortable, frightening) were they while they were happening? (If you had more than one, give an average rating. If you didn't have any panic attacks but did have limited symptom attacks, answer for the limited symptom attacks.)
 - 0 = Not at all distressing, or no panic or limited symptom attacks during the past week,
 - 1 = Mildly distressing (not too intense),
 - 2 = Moderately distressing (intense, but still manageable),
 - 3 = Severely distressing (very intense),
 - 4 = Extremely distressing (extreme distress during all attacks).

3. During the past week, how much have you worried or felt anxious about when your next panic attack would occur or about fears related to the attacks (for example, that they could mean you have physical or mental health problems or could cause you social embarrassment)?
 - 0 = Not at all,
 - 1 = Occasionally or only mildly,
 - 2 = Frequently or moderately,
 - 3 = Very often or to a very disturbing degree,
 - 4 = Nearly constantly and to a disabling extent.

4. During the past week were there any places or situations (e.g., public transportation, movie theaters, crowds, bridges, tunnels, shopping malls, being alone) you avoided, or felt afraid of (uncomfortable in, wanted to avoid or leave), because of fear of having a panic attack? Are there any other situations that you would have avoided or been afraid of

if they had come up during the week, for the same reason? If yes to either question, please rate your level of fear and avoidance this past week.

0 = None: no fear or avoidance,

1 = Mild: occasional fear and/or avoidance but I could usually confront or endure the situation. There was little or no modification of my lifestyle due to this,

2 = Moderate: noticeable fear and/or avoidance but still manageable. I avoided some situations, but I could confront them with a companion. There was some modification of my lifestyle because of this, but my overall functioning was not impaired,

3 = Severe: extensive avoidance. Substantial modification of my lifestyle was required to accommodate the avoidance making it difficult to manage usual activities,

4 = Extreme: pervasive disabling fear and/or avoidance. Extensive modification in my lifestyle was required such that important tasks were not performed.

5. During the past week, were there any activities (e.g., physical exertion, sexual relations, taking a hot shower or bath, drinking coffee, watching an exciting or scary movie) that you avoided, or felt afraid of (uncomfortable doing, wanted to avoid or stop), because they caused physical sensations like those you feel during panic attacks or that you were afraid might trigger a panic attack? Are there any other activities that you would have avoided or been afraid of if they had come up during the week for that reason? If yes to either question, please rate your level of fear and avoidance of those activities this past week.

0 = No fear or avoidance of situations or activities because of distressing physical sensations,

1 = Mild: occasional fear and/or avoidance, but usually I could confront or endure with little distress activities that cause physical sensations. There was little modification of my lifestyle due to this,

2 = Moderate: noticeable avoidance but still manageable. There was definite, but limited, modification of my lifestyle such that my overall functioning was not impaired,

3 = Severe: extensive avoidance. There was substantial modification of my lifestyle or interference in my functioning,

4 = Extreme: pervasive and disabling avoidance. There was extensive modification in my lifestyle due to this such that important tasks or activities were not performed.

6. During the past week, how much did the above symptoms altogether (panic and limited symptom attacks, worry about attacks, and fear of situations and activities because of attacks) interfere with your ability to work or carry out your responsibilities at home? (If your work or home responsibilities were less than usual this past week, answer how you think you would have done if the responsibilities had been usual.)

0 = No interference with work or home responsibilities,

1 = Slight interference with work or home responsibilities, but I could do nearly everything I could if I didn't have these problems,

2 = Significant interference with work or home responsibilities, but I still could manage to do the things I needed to do,

3 = Substantial impairment in work or home responsibilities; there were many important things I couldn't do because of these problems,
4 = Extreme, incapacitating impairment such that I was essentially unable to manage any work or home responsibilities.

7. During the past week, how much did panic and limited symptom attacks, worry about attacks and fear of situations and activities because of attacks interfere with your social life? (If you didn't have many opportunities to socialize this past week, answer how you think you would have done if you did have opportunities.)

0 = No interference,

1 = Slight interference with social activities, but I could do nearly everything I could if I didn't have these problems,

2 = Significant interference with social activities but I could manage to do most things if I made the effort,

3 = Substantial impairment in social activities; there are many social things I couldn't do because of these problems,

4 = Extreme, incapacitating impairment, such that there was hardly anything social I could do.

Annexe 4 : Questionnaire des peurs « Fear Questionnaire »

Il permet d'identifier les peurs présentes chez un sujet et de donner un score global de pathologie phobique. Les éléments de ce questionnaire se rapportent à des choses ou à des circonstances qui peuvent effrayer ou provoquer d'autres sensations désagréables.

Mettez une croix en face de chaque question dans la colonne qui décrit le mieux le degré d'inquiétude qu'elle éveille chez vous en ce moment.

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Enormément
1. Bruits d'aspirateurs					
2. Blessures ouvertes					
3. Etre seul					
4. Etre dans un endroit inconnu					
5. Voix fortes					
6. Morts					
7. Parler en public					
8. Traverser des rues					
9. Personnes qui ont l'air déséquilibré					
10. Tomber					
11. Automobiles					
12. Etre taquiné					
13. Dentistes					
14. Tonnerre					
15. Sirène d'alarme					
16. Echech					
17. Entrer dans une pièce où d'autres personnes sont déjà assises					
18. Endroits élevés sur le terre ferme					
19. Personnes présentant des malformations					
20. Vers					
21. Créatures imaginaires humaines					
22. Se faire faire une piqûre					
23. Inconnus					
24. Chauve-souris					
25. Voyages					
26. Se sentir en colère					
27. Personne exerçant une autorité					
28. Insectes volants					
29. Voir d'autres personnes se faire piquer					
30. Bruits soudains					
31. Temps gris					
32. Foules					
33. Vastes espaces découverts					

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Enormément
34. Chats					
35. Personne en maintenant une autre					
36. Les « gros durs »					
37. Oiseaux					
38. Vue de l'eau profonde					
39. Etre observé pendant son travail					
40. Animaux morts					
41. Armes					
42. Saleté					
43. Insectes rampants					
44. Assister à une bagarre					
45. Personnes laides					
46. Feu					
47. Maladies					
48. Chiens					
49. Etre critiqué					
50. Formes étranges					
51. Prendre l'ascenseur					
52. Assister à des interventions chirurgicales					
53. Personnes en colère					
54. Souris					
55. Sang humain ou animal					
56. Se séparer de ses amis					
57. Espaces clos					
58. Perspective d'une opération chirurgicale (a : en train, b : en autobus, c : en voiture)					
59. Se sentir rejeté par les autres					
60. Avion					
61. Odeurs des médicaments					
62. Se sentir désapprouvés					
63. Battements de cœur désordonnés (extrasystoles)					
64. Serpents inoffensifs					
65. Cimetières					
66. Etre ignorés					
67. Obscurité					
68. Hommes/femmes nus(es)					
69. Eclairs					
70. Docteurs					
71. Faire des erreurs					
72. Avoir l'air ridicule					

Annexe 5 : Echelle des phobies sociales de Liebowitz

L'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz est un questionnaire de 24 items permettant de mesurer simultanément l'anxiété et l'évitement d'une personne dans les situations d'interaction sociale et les situations de performance.

Pour chacune des situations suivantes, évaluez simultanément le degré d'anxiété ressenti ainsi que la fréquence à laquelle cette situation aurait pu être évitée. (S = interaction sociale, P = performance).

Résultats : Phobie modérée : 55-65 ; Phobie marquée : 65-80 ; Phobie sévère : 80-95 ; Phobie très sévère : > 95.

	Peur ou Anxiété 0 = Aucune 1 = Légère 2 = Moyenne 3 = Sévère	Evitement 0 = Jamais 1 = Occasionnel (0-33%) 2 = Fréquent (33-66%) 3 = Habituel (67-100%)
1. Téléphoner en public (P)		
2. Participer au sein d'un petit groupe (P)		
3. Manger dans un lieu public (P)		
4. Boire en compagnie dans un lieu public (P)		
5. Parler à des gens qui détiennent une autorité (S)		
6. Jouer, donner une représentation ou une conférence devant un public (P)		
7. Aller à une soirée (S)		
8. Travailler en étant observé (P)		
9. Ecrire en étant observé (P)		
10. Contacter par téléphone quelqu'un que vous ne connaissez pas très bien (S)		
11. Parler à des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
12. Rencontrer des inconnus (S)		
13. Uriner dans les toilettes publiques (P)		
14. Entrer dans une pièce alors que tout le monde est déjà assis (P)		
15. Etre le centre d'attention (S)		
16. Prendre la parole à une réunion (P)		
17. Passer un examen (P)		
18. Exprimer son désaccord ou sa désapprobation à des gens que vous ne connaissez par bien		
19. Regarder dans les yeux des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
20. Faire un compte rendu à un groupe (P)		
21. Essayer de draguer quelqu'un (P)		
22. Rapporter des marchandises dans un magasin (S)		
23. Donner une soirée (S)		
24. Résister aux pressions d'un vendeur insistant (S)		

Annexe 6 : Echelle CGI « Clinical Global Impression Severity/Improvement Scale »

L'échelle CGI de gravité « CGI Severity Scale » :

Avec cette échelle le médecin évalue avec une échelle de sept points la gravité de l'état clinique du patient.

En fonction de votre expérience clinique totale avec ce type de patient, quel est le niveau de gravité de l'état dépressif du patient ?

- 0 = Non évalué,
- 1 = Normal, pas du tout malade,
- 2 = A la limite,
- 3 = Légèrement malade,
- 4 = Modérément malade,
- 5 = Manifestement malade,
- 6 = Gravement malade,
- 7 = Parmi les patients les plus malades.

L'échelle CGI d'amélioration « CGI Improvement Scale » :

Avec cette échelle le médecin évalue sur une échelle de sept points l'amélioration de l'état clinique du patient consécutive à un traitement.

Évaluez l'amélioration totale du patient, qu'elle soit ou non, selon votre opinion, due entièrement au traitement médicamenteux.

Comparé à son état au début du traitement, de quelle façon le patient a-t-il changé ?

- 0 = Non évalué,
- 1 = Très fortement amélioré,
- 2 = Fortement amélioré,
- 3 = Légèrement amélioré,
- 4 = Pas de changement,
- 5 = Légèrement aggravé,
- 6 = Fortement aggravé,
- 7 = Très fortement aggravé.

Annexe 7 : Echelle d'anxiété de Hamilton

Le clinicien doit choisir, en fonction de son expérience, l'intensité qui lui paraît le mieux correspondre à l'état du patient, pour chaque symptôme. L'entretien est libre, mais la liste des symptômes proposés constitue un guide utile et un memento sémiologique. La cotation est déterminée par la symptomatologie actuelle, c'est-à-dire le comportement au cours de l'entretien ou des symptômes d'une durée maximale d'une semaine.

Cotation :

0 : absent – 1 : léger – 2 : moyen – 3 : fort – 4 : maximal

1. Humeur anxieuse :

Inquiétude – Attente du pire – Appréhension (anticipation de peur) – Irritabilité

2. Tension :

Sensations de tension – Fatigabilité – Impossibilité de se détendre – Réaction de sursaut – Pleurs faciles – Tremblements – Sensation d'être incapable de rester en place

3. Peurs :

Du noir – Des gens qu'on ne connaît pas – D'être abandonné seul – Des gros animaux – De la circulation – De la foule.

4. Insomnie :

Difficultés d'endormissement – Sommeil interrompu – Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil – Rêves pénibles – Cauchemars – Terreurs nocturnes

5. Fonctions intellectuelles (cognitives) :

Difficultés de concentration – Mauvaise mémoire

6. Humeur dépressive :

Perte des intérêts – Ne prend plus de plaisir à ses passe-temps – Dépression – Insomnie du matin – Variations de l'humeur dans la journée

7. Symptômes somatiques généraux (musculaires) :

Douleurs et courbatures dans les muscles – Raideurs musculaires – Sursauts musculaires – Secousses cloniques – Grincements des dents – Voix mal assurée

8. Symptômes somatiques généraux (sensoriels) :

Tintements des oreilles – Vision brouillée – Bouffées de chaleur ou de froid – Sensations de faiblesse – Sensations de picotements

9. Symptômes cardio-vasculaires :

Tachycardie – Palpitations – Douleur dans la poitrine – Battement des vaisseaux – Sensations syncopales – Extrasystoles

10. Symptômes respiratoires :

Poids sur la poitrine ou sensations de constriction – Soupirs – Sensations d'étouffement – Dyspnée.

11. Symptômes gastro-intestinaux :

Dyspepsie – Difficultés à avaler – Vents – « Coliques » abdominales – Borborygmes – Diarrhées – Perte de poids – Constipation

12. Symptômes génito-urinaires :

Mictions fréquentes – Urgence de la miction – Aménorrhée – Ménorragies – Apparition d'une frigidité – Ejaculation précoce – Absence d'érection – Impuissance

13. Symptômes du système nerveux autonome :

Bouche sèche – Accès de rougeur – Pâleur – Vertiges – Tendance à la sudation – Céphalée de tension – Horripilation

14. Comportement lors de l'entretien :

Général :

Tendu non à son aise – Agitation nerveuse : des mains, tripote ses doigts, serre les poings, tics, serre son mouchoir – Instabilité, va-et-vient – Tremblements des mains – Front plissé – faciès tendu – Augmentation du tonus musculaire – Respiration haletante – Pâleur faciale

Physiologique :

Avale sa salive – Eructation – Tachycardie au repos – Rythme respiratoire à plus de 20/min – Réflexes tendineux vifs – Tremblement – Dilatation pupillaire – Exophtalmie – Sudation – Battements des paupières

Cotation :

La note globale est la somme des notes obtenues à chacun des items. Il est possible d'avoir 2 notes partielles :

Une note d'anxiété psychique : Somme des items 1-2-3-4-5-6-14

Une note d'anxiété somatique : sommes des items 7 à 13

Total :

Anxiété psychique :

Anxiété somatique :

Normes d'après Bech et Coll. (1989) :

- De 0 à 5 = pas d'anxiété,
- De 6 à 14 = anxiété mineure,
- 15 et plus = anxiété majeure.

Annexe 8: Echelle HAD « the Hospital Anxiety and Depression Scale »

Lisez chaque série de questions et cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

	A1	Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :	D8		J'ai l'impression de fonctionner au ralenti
	3	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	3		<input type="checkbox"/> Presque toujours
	2	<input type="checkbox"/> Souvent	2		<input type="checkbox"/> Très souvent
	1	<input type="checkbox"/> De temps en temps	1		<input type="checkbox"/> Parfois
	0	<input type="checkbox"/> Jamais	0		<input type="checkbox"/> Jamais
D2		Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :	A9		J'éprouve des sensations de peur et l'ai l'estomac noué :
0		<input type="checkbox"/> Oui, tout autant	0		<input type="checkbox"/> Jamais
1		<input type="checkbox"/> Pas autant	1		<input type="checkbox"/> Parfois
2		<input type="checkbox"/> Un peu seulement	2		<input type="checkbox"/> Très souvent
3		<input type="checkbox"/> Presque plus du tout	3		<input type="checkbox"/> Presque toujours
	A3	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :	D10		Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
	3	<input type="checkbox"/> Oui, très nettement	3		<input type="checkbox"/> Plus du tout
	2	<input type="checkbox"/> Oui, mais ce n'est pas trop grave	2		<input type="checkbox"/> Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
	1	<input type="checkbox"/> Un peur, mais cela ne m'inquiète pas	1		<input type="checkbox"/> Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
	0	<input type="checkbox"/> Pas du tout	0		<input type="checkbox"/> J'y prête autant d'attention que dans le passé
D4		Je ris facilement et vois le bon côté des choses :	A11		J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :
0		<input type="checkbox"/> Autant que par le passé	3		<input type="checkbox"/> Oui, c'est tout à fait le cas
1		<input type="checkbox"/> Plus autant qu'avant	2		<input type="checkbox"/> Un peu
2		<input type="checkbox"/> Vraiment moins qu'avant	1		<input type="checkbox"/> Pas tellement
3		<input type="checkbox"/> Plus du tout	0		<input type="checkbox"/> Pas du tout
	A5	Je me fais du souci :	D12		Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses
	3	<input type="checkbox"/> Très souvent	0		<input type="checkbox"/> Autant qu'avant
	2	<input type="checkbox"/> Assez souvent	1		<input type="checkbox"/> Un peu moins qu'avant
	1	<input type="checkbox"/> Occasionnellement	2		<input type="checkbox"/> Bien moins qu'avant
	0	<input type="checkbox"/> Très occasionnellement	3		<input type="checkbox"/> Presque jamais
D6		Je suis de bonne humeur :	A13		J'éprouve des sensations soudaines de panique :
3		<input type="checkbox"/> Jamais	3		<input type="checkbox"/> Vraiment très souvent
2		<input type="checkbox"/> Rarement	2		<input type="checkbox"/> Assez souvent
1		<input type="checkbox"/> Assez souvent	1		<input type="checkbox"/> Pas très souvent
0		<input type="checkbox"/> La plupart du temps	0		<input type="checkbox"/> Jamais
	A7	J peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté :	D14		Je peux prendre du plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télé :
	0	<input type="checkbox"/> Oui, quoi qu'il arrive	0		<input type="checkbox"/> Souvent
	1	<input type="checkbox"/> Oui, en général	1		<input type="checkbox"/> Parfois
	2	<input type="checkbox"/> Rarement	2		<input type="checkbox"/> Rarement
	3	<input type="checkbox"/> Jamais	3		<input type="checkbox"/> Très rarement

Addition scores colonne D : Score de dépression entre 0 et 21. Dépression probable au-dessus de 8 et surtout 10.

Addition scores colonne A : Score d'anxiété entre 0 et 21. Anxiété pathologique probable au-dessus de 8 et surtout de 10

Annexe 9: Echelle de Covi

L'échelle de COVI comporte 3 items côtés de 0 à 4 pour évaluer le discours, le comportement et les plaintes somatiques du sujet anxieux. Sa sensibilité est satisfaisante.

- **Discours du sujet :**

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

- Inexistant : coter 0,
- Faible : coter 1,
- Moyen : coter 2,
- Beaucoup : coter 3,
- Enorme : coter 4.

- **Comportement :**

Semble effrayé, angoissé, mal à l'aise, agité :

- Inexistant : coter 0,
- Faible : coter 1,
- Moyen : coter 2,
- Beaucoup : coter 3,
- Enorme : coter 4.

- **Plainte somatiques :**

Sudation, tremblement, sensation de striction cardiaque, tachycardie, oppression respiratoire, sensation de chaud ou froid, sommeil agité, estomac noué, boule dans la gorge :

- Inexistant : coter 0,
- Faible : coter 1,
- Moyen : coter 2,
- Beaucoup : coter 3,
- Enorme : coter 4.

Si plusieurs des symptômes sont présents, la cotation est effectuée sur le plus sévère.

Le score seuil sur l'échelle de COVI est de 6.

Annexe 10: Echelle SDS « Sheehan Disability Scale »

INSTRUCTION: tous les énoncés se rapportent aux 14 derniers jours
Veuillez cocher une seule case pour chaque question.

TRAVAIL / ETUDES										
Vos symptômes ont perturbé votre travail / vos études :										
Pas du tout	Légèrement			Moyennement			Beaucoup			Enormément
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/> Je n'ai pas travaillé ou étudié du tout pour des raisons non liées au problème										
VIE SOCIALE										
Vos symptômes ont perturbé votre vie sociale / vos loisirs :										
Pas du tout	Légèrement			Moyennement			Beaucoup			Enormément
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
VIE FAMILIALE / TACHES DOMESTIQUES										
Vos symptômes ont perturbé votre vie familiale / vos tâches domestiques :										
Pas du tout	Légèrement			Moyennement			Beaucoup			Enormément
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Jours d'inactivité totale :

Combien de jours au cours de la dernière semaine vos symptômes vous ont-ils empêché(e) d'aller à l'école ou au travail, ou rendu(e) incapable d'assumer vos responsabilités quotidiennes? _____

Jours à efficacité réduite :

Combien de jours au cours de la dernière semaine, vous êtes vous senti(e) si affaibli(e) par vos symptômes que, même si vous êtes allé(e) à l'école ou au travail, votre efficacité était réduite? _____

Etude la prise en charge des troubles anxieux de l'adulte par les médecins généralistes du Saint-Quentinois

Les troubles anxieux (TA) comptent parmi les troubles mentaux les plus fréquemment rencontrés dans la pratique des médecins généralistes (MG). Ils ont pour caractéristiques communes la peur, l'anxiété et l'évitement, mais diffèrent par l'objet ou la situation à l'origine de cette inquiétude. Cette étude, descriptive, transversale, avait pour principal objectif l'étude de la prise en charge des TA de l'adulte par les MG du Saint-Quentinois. Le taux de réponse de 36,6% a montré que les MG sont intéressés par les TA. 70% des MG prescrivaient des antidépresseurs de type ISRS ou IRSNa dans les troubles anxio-dépressifs. Concernant les autres types de TA, cette proportion chutait entre 2,5 et 30%, au dépend de l'utilisation des benzodiazépines. Les résultats ont montré que les MG connaissaient et suivaient les recommandations de l'HAS dans le cadre des troubles anxio-dépressifs, alors que pour les autres types de TA celles-ci sont moins bien suivies. L'amélioration de la prise en charge des TA pourrait passer par une adaptation de la formation initiale des jeunes médecins, un renforcement de la formation continue pour les médecins exerçant déjà depuis plusieurs années et une meilleure interaction entre les MGs et les psychiatres.

Mots clefs : troubles anxieux, recommandations HAS, Benzodiazépines, ISRS, IRSNa, médecin généraliste

Study of the management of adult anxiety disorders by general practitioners in the Saint-Quentin area.

Anxiety Disorders (ADs) are amongst the most prevalent mental disorders encountered in the practice of general medicine. ADs share common features including excessive fear, anxiety and avoidant behaviors, but differ from one another in the types of objects or situations that induce them. The aim of this descriptive and transversal study was to examine the approach to the medical treatment of adult ADs in the Saint-Quentin area by surveying a panel of General Practitioners (GPs). The survey response rate of 36.6% clearly indicated that GPs were interested in ADs. 70% of GPs used serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) to treat anxio-depressive disorders. As for other ADs, the use of SSRIs fell between 2.5 and 30% in favour of the use of benzodiazepines. Results showed that while GPs knew and followed the official guidelines for the treatment of anxio-depressive disorders, it was not the case for other types of ADs. As such, the improvement of the medical treatment of ADs could involve changes to the university curriculum of young GPs a reinforcement of the continuous medical education for the ones currently practicing, and a better interaction between GPs and psychiatrists.

Key words : Anxiety disorders, Guidelines, Benzodiazepine, SSRI, NARI, General practitioners