HAL
open science

L'importance de la communication dans la prise en charge de l'anxiété à l'officine

Vanessa Lecuir

To cite this version:

Vanessa Lecuir. L'importance de la communication dans la prise en charge de l'anxiété à l'officine. Sciences pharmaceutiques. 2019. dumas-02445875

HAL Id: dumas-02445875

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02445875v1

Submitted on 20 Jan 2020

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.

UNIVERSITE DE ROUEN NORMANDIE
UFR SANTE – Département PHARMACIE

Année 2019

THESE

Pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 27 Septembre 2019 par VANESSA LECUIR

Née le 05 Novembre 1993 à Beauvais

L'importance de la communication dans la prise en charge de l'anxiété à l'officine

Président du jury :

M. GUERBET Michel – Professeur.

Membres du jury :

M. WABLE Thierry – Professeur.

Mme. GUERARD (DETUNCQ) Cécile – Docteur en Pharmacie et Professeur.

Mme. ASSIRE Sophie – Docteur en Pharmacie.

Mme. BERTOUX Caroline – Docteur en Pharmacie et Professeur.

REMERCIEMENTS

À **Monsieur WABLE Thierry** qui m'a permis de prendre confiance en moi notamment grâce à ses différents cours et qui m'a accordé de son temps pour que cette thèse voit le jour.

À **Monsieur GUERBET Michel** pour avoir accepté d'être mon président de thèse.

À **Madame GUERARD (DETUNCQ) Cécile** pour ses cours et ses conseils pour la réussite de cette 6ème année ainsi que pour avoir accepté d'être ma co-directrice de thèse.

À **Madame BERTOUX Caroline** pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

À **Madame ASSIRE Sophie** pour avoir accepté d'être dans mon jury de thèse.

À **la Pharmacie de St Germer-de-Fly** qui m'a été d'une grande aide pour l'élaboration du sondage de la troisième partie de cette thèse.

À **mes parents LECUIR Maria et Christian** pour leur amour et leur éducation ainsi que pour m'avoir aidé et supporté durant ces années d'études et notamment durant cette thèse.

À **mes sœurs LECUIR Andréa et Sabrina** pour leur amour et leur présence tout au long de ces années.

À **mon amie DE WEVER Virginie** pour son soutien et le temps pris pour la relecture de cette thèse.

À mes beaux-parents **BOUCHARD Danièle, Christian ainsi que Emilye, Nicolas et leurs familles** pour leur soutien durant cette 6ème année d'étude.

Et enfin à mon compagnon **BOUCHARD Pierre-Antoine,** pour son amour, ses nombreux conseils et sa grande patience durant la rédaction de cette thèse.

Par délibération en date du 03 Mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019
U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Guillaume SAVOYE

I – MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle **APTER**	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc **BASTE**	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mme Sophie **CANDON**	HCN	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et

		techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique – Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Claude **HOUDAYER**	HCN	Génétique
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d’urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale

Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET** *(détachement)*	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François **MUIR** *(surnombre)*	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN** *(disponibilité)*	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale

Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ** *(surnombre)*	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER** *(surnombre)*	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie – Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure **WELTER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ** *(détachement)*	HCN	Virologie
Mr Gaël **NICOLAS**	HCN	Génétique

Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie
Mr Julien **WILS**	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**	UFR	Anglais

II – PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy **BELLIEN** (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie

Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Hong **LU**	Biologie
M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER** Biochimie	

PROFESSEURS ASSOCIES UNIVERSITAIRES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mme Caroline **BERTOUX**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Alice **MOISAN**	Virologie
Mme Anaïs **SOARES**	Bactériologie
M. Henri **GONDE**	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie **MOHAMED**	Chimie Organique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mme Laëtitia **BOURDON**	UFR	Médecine Générale
Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine Générale
Mme Marianne **LAINE**	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile **PELLERIN**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS
PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mr Youssan Var **TAN**	Immunologie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle HB *- Hôpital de BOIS GUILLAUME*

CB - Centre Henri Becquerel CHS *- Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ *- Saint Julien Rouen*

I. L'anxiété : son origine et ses conséquences dans la population Française

I.1. Les principales recherches sur l'anxiété au 19ème et 20ème siècle ……p.18

I.1.1. La définition du stress, de l'anxiété et de l'angoisse……...p.18

I.1.2. Le stress vu par différents spécialistes au fil de l'Histoire……..p.19

I.1.3. L'anxiété…….p.23

I.2. La physiologie : les mécanismes de l'anxiété dans le corps humain ……..p.24

I.2.1. Les différents systèmes mis en jeu lors d'un épisode de stress……p.24

I.2.2 La régulation……...p.29

I.2.3. Les effets cliniques de l'anxiété……..p.31

I.3. L'influence de notre hygiène de vie sur l'anxiété…….p.33

I.3.1. Les différents facteurs de stress…….p.34

I.3.2. Les troubles anxieux…….p.37

I.4. Les causes naturelles et médicamenteuses de l'anxiété……p.38

I.4.1. La génétique……..p.38

I.4.2. Les médicaments……..p.39

I.4.3. L'âge……....p.39

I.4.4. Les maladies……..p.40

I.4.5. Les événements professionnels…….p.40

I.4.6. Le tempérament et la personnalité…….p.40

I.4.7. La pression de la société……..p.42

I.5. L'anxiété et ses conséquences……...p.43

I.5.1. Le stress……..p.43

I.5.2. L'état de stress aigu……..p.43

I.5.3. L'état de stress post-traumatique……...p.43

I.5.4. Le comportement du stressé……...p.43

I.5.5. La dépression anxieuse……p.44

I.5.6. Le burn-out……..p.44

I.6. Les principes du diagnostic et son évolution……p.46

I.6.1. Le Malash Burn-out Inventory (MBI)……p.46

I.6.2. L'échelle CGI de gravité (Clinical global Impression Severity Scale)….p.47

I.6.3. L'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale ou HARS)……p.47

I.6.4. L‘échelle de phobie sociale de Liebowitz……p.48
I.6.5. Le panic Disorder Severity Scale (PDSS)……..p.48
I.6.6. L‘hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)……p.49
I.6.7. L‘échelle de COVI……...p.49
I.6.8. Le questionnaire des peurs (Fear Questionnaire)……p.49
I.6.9. L‘échelle d’obsessions/compulsions de Yale- Brown (Y-BOCS)……p.50
I.6.10. L‘impact of event Scale (IES)……p.50
I.6.11. Le sheehan Disability Scale (SDS)……p.50

II. L’anxiété et le rôle du pharmacien à l’officine……p.52
II.1. L’anxiété et sa perception par le patient……p.52
II.2. Le traitement de l’anxiété à l’officine……..p.56
II.2.1. La cure de magnésium……p.57
II.2.2. Les anxiolytiques……...p.57
II.2.3. Les antidépresseurs……..p.62
II.2.4. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC)……p.70
II.2.5. L’homéopathie……p.71
II.2.6. L’aromathérapie……p.74
II.2.7. La phytothérapie……p.76
II.2.8. L’hypnose……p.80
II.3. La coordination avec le traitement par rapport au médecin et/ou au psychiatre
II.3.1. L’importance de l’observance du traitement par le patient……p.81
II.3.2. La concertation pluridisciplinaire……p.82
II.3.3. Le traitement et le médecin/psychiatre……..p.82

III. Sondage des pratiques dans la population……p.85

Introduction

Aujourd'hui, en 2019, l'anxiété est devenue le « *mal du siècle.* »

En effet, l'OMS a estimé, en 2017, à 260 millions les personnes souffrant de troubles de l'anxiété. Elle l'a définie comme « *un sentiment d'un danger imminent indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi voire d'anéantissement.* » (LAURENT M.A.)

Nous ne pouvons que constater le lien qui existe entre le développement de la société de consommation et l'évolution de l'anxiété dans la population Française.

Effectivement, aujourd'hui l'argent a une place importante dans notre société et entraine une modification des comportements dans la population.

Les personnes travaillent, de plus en plus, dans le but d'assouvir leurs désirs créés de toutes pièces par la société elle-même, qui nous fait croire que nous avons besoin d'acquérir de nouveaux biens et/ou d'être différent de ce que nous sommes, pour être heureux.

Nous finissons, selon nous, par devenir exigeants avec nous-même, impatients et frustrés. L'anxiété devient alors, le reflet de la pression que nous nous mettons pour être parfait et pour être comme la société voudrait que nous soyons.

Cependant, il existe de multiples autres causes d'anxiété dans la population. Elles se manifestent de différentes façons selon l'individu et c'est ce que nous verrons plus en détail dans la suite de cette thèse. Aussi convient-il de nous attacher d'abord à définir ce qu'est l'anxiété.

Il serait, d'après nous, intéressant d'analyser comment l'anxiété est prise en charge actuellement en France. C'est pourquoi, dans un premier temps,

nous définirons dans cette thèse ce qu'est l'anxiété et comment elle se manifeste physiologiquement. Par la suite, nous nous attarderons sur la prise en charge de cette pathologie. Nous verrons que cette prise en charge débute par une écoute attentive du patient et par une communication de qualité. Pour finir, nous détaillerons les différentes alternatives médicamenteuses pour remédier à l'anxiété.

I. L'anxiété

I.1. Les principales recherches sur l'anxiété au 19ème et 20ème Siècle

« J'ai peur surtout d'un trouble horrible de ma pensée, de ma raison qui m'échappe, brouillée, dispersée par une mystérieuse et invisible angoisse. » (LUI de G. de Maupassant)

Guy de Maupassant a publié ce texte dans *Gil Blas* en 1883. C'est dans ce texte qu'il partagea sa plus grande peur. En effet, Maupassant avait, d'après nous et selon cet écrit, peur de la solitude et compensait ce manque de compagnie par son imagination. Il finira par avoir peur de ses pensées et de la peur elle-même.

I.1.1. La définition du stress, de l'anxiété et de l'angoisse

Il existe trois termes différents correspondant à plusieurs niveaux.
Ils sont définis selon l'intensité et la durée du sentiment de peur. Nous commençons par le stress, simple réponse physiologique et ponctuelle, pour finir par l'angoisse qui elle, est pathologique, en passant par l'anxiété.

D'après l'OMS, le stress est un phénomène normal en présence d'une situation stressante mais il devient néfaste dès qu'il se prolonge.

L'anxiété est quant à elle une tendance à créer soi-même un stress, à l'amplifier ou à l'anticiper. Le risque est qu'elle se transforme en un état pathologique. Elle peut être la conséquence d'un stress prolongé, où la personne se met à craindre toute situation imprévue. Le stress appelé post-traumatique en est un exemple.

L'angoisse se manifeste sous forme de crises, ponctuelles et répétées. Elle dénote un malaise physique et psychique, souvent dû à un environnement de stress et d'anxiété.

Nous allons, dans cette thèse, nous attacher à traiter du stress, de son évolution en anxiété et de ses conséquences.

I.1.2. Le stress vu par différents spécialistes au fil de l'Histoire

Au cours du 19ème et 20ème siècle, de nombreux scientifiques ont tenté de définir l'état de stress. Nous en avons dressé une liste exhaustive permettant de nous rendre compte de la variété des opinions sur ce sujet au cours de l'Histoire.

Charles Darwin (1809-1882) :

« *Les jeunes et les vieux d'un très grand nombre de races, que cela soit chez les animaux ou les humains, expriment le même état d'esprit avec les mêmes mouvements.* »

Biologiste et naturaliste né en Angleterre, il passe sa vie sur le *beagle*, son navire, où il étudie la variété de la faune qui l'entoure et élabore une théorie selon laquelle, grâce à la transmission de certains caractères physiques et d'adaptation à leurs descendances, il existe une évolution des espèces, par ce que C. Darwin appelle « la sélection naturelle. »

Par la suite, il s'intéressa aux points communs entre l'espèce animale et humaine. Il remarqua que le stress était une émotion qui était partagée par ces deux espèces et qu'elle avait pour but de survivre face à un danger. Il l'étudia plus précisément et constata son caractère physiologique et évolutif au cours du temps ainsi que sa capacité à se transmettre de génération en génération. (CAUDWELL L)

Claude Bernard (1813-1878)

« La vie résulte d'une relation étroite et harmonique entre les conditions extérieures et la constitution préétablie de l'organisme. »

« La constance du milieu intérieur est la condition d'une vie libre. »

Médecin et physiologiste, il modernise la médecine par la démarche expérimentale. De plus, selon lui, l'organisme est un milieu qui entretient un équilibre malgré les pressions extérieures et le stress est une manifestation physiologique du rétablissement de cet équilibre après un danger ou une peur.

C. Darwin et C. Bernard sont d'accord sur la fonction du stress qui est de survivre à un danger mais se sont démarqués par leurs études sur le sujet. En effet, C. Darwin a plus porté son attention sur l'hérédité du stress alors que C. Bernard a tenté de trouver un lien entre la manifestation du stress et la constance du monde intérieur. Pour notre part, nous ne sommes pas convaincus par la théorie de C. Bernard. Aujourd'hui, nous savons que le stress engendre une augmentation de sécrétion *d'adrénaline*, de *noradrénaline* et de *cortisol* dans l'organisme. Ce sont ces hormones qui ont pour rôle de nous aider à faire face aux situations difficiles. Le stress est considéré aujourd'hui comme un facteur d'adaptation.

Walter Cannon (1871-1945)

« Une idée m'a traversé l'esprit. Ces changements pouvaient être compris comme une préparation du corps pour un gros effort dans la fuite ou le combat. »

Médecin et physiologiste, W. Cannon s'appuie sur les travaux de C. Bernard concernant l'équilibre du milieu intérieur et définit ce système par un terme : l'homéostasie. C'est lui qui, en étudiant le stress sur les animaux, remarque une synthèse de *sympathine* appelée aujourd'hui *adrénaline* qui est alors sécrétée par les nerfs lors d'un état de stress. Il met également en évidence le comportement des animaux face au danger qu'il résume par « *fight ou flight* » (combat ou fuite) qui résulte d'une série de mécanismes.

W. Cannon est l'un des premiers à s'intéresser aux comportements de l'individu face au stress. Ce sont ses travaux qui ont mis en évidence le lien entre le

tempérament d'un individu et sa réaction au stress. Ils sont à l'origine des traitements mis en place aujourd'hui dans l'anxiété comme par exemple la thérapie cognitivo-comportementale. La psychologie est au cœur de cette thérapie. (CAUDWELL L)

Hans Selye (1907-1982)

« Tout stress laisse une trace indélébile, et l'organisme paye pour sa survie après une situation stressante en vieillissant un peu. »

Endocrinologue, il constate que plusieurs personnes sont atteintes de syndromes (ensemble de manifestations convergeant vers une maladie) mais contre toute attente, ce syndrome n'est pas spécifique à une maladie. Ce n'est que quelques années plus tard qu'il comprend à quoi fait référence ce syndrome et le qualifie alors de « *syndrome général d'adaptation* » face à un agent stressant.

Par rapport à C. Darwin et C. Bernard qui s'intéressaient aux effets du stress sur l'organisme, W. Cannon et H. Selye, eux, se concentrent sur les conséquences du stress au niveau du comportement. Pour H. Selye, c'est l'impact sur la santé qui est au cœur de ses recherches.

Henri Laborit (1914-1995)

« *Il serait sans doute préférable dans certains cas pour traiter un ulcère d'estomac, d'éloigner la belle-mère par exemple, plutôt que de pratiquer une gastrectomie qui ne changera rien au facteur environnemental.* »

Chirurgien, neurobiologiste et philosophe des sciences, il rajoute une troisième alternative à la théorie du « *fight or flight* » de W. Cannon. Il considère que quand il y a impossibilité ou inefficacité de lutte ou de fuite lors d'un danger, il reste une troisième option qui est l'inhibition de l'action. À long terme, le stress chronique dû au *cortisol* pourra induire des troubles psychosomatiques (ulcères d'estomac), une baisse de l'immunité voire des cancers. (CAUDWELL L)

Wylie W. Vale (1941-2012)

« Un gros effort a été nécessaire pour découvrir comment est contrôlée la réponse au stress. La molécule était insaisissable, présente en quantités ridicules. C'était un énorme challenge technologique comme gravir l'Everest de la biologie. » (Ronald Evans, Professeur au Salk Institute)

Biochimiste, physiologiste et endocrinologue, il découvre, après de multiples expériences sur les hypothalamus de moutons, la *corticolibérine* : hormone du stress et neurotransmetteur libérée par l'hypothalamus qui va stimuler par la suite l'hypophyse qui, elle-même, sécrète *l'adrénocorticotropine* ou *ACTH* qui ira stimuler les glandes surrénales. Par ces activations en chaîne, en résultera une sécrétion de *cortisol* (hormone de l'adaptation au stress) dans le sang allant aux différents organes et notamment au cerveau.

Avec H. Laborit et W. Vale, nous commençons à voir de plus en plus précisément les mécanismes biologiques responsables du stress ainsi que les problèmes sur la santé qui en résultent.

Yvette Tache (née en 1945) :

« Les voies neuronales interconnectées entre cerveau et intestin et activées suite à un stress commencent à être reconnues comme pertinente en physiopathologie des troubles intestinaux. »

Médecin, physiologiste et neuroscientifique, Y. Tache est Docteure de l'université de Montréal en médecine expérimentale et chirurgie. Actuellement à la tête du centre de Neurobiologie du stress, elle est considérée comme experte dans les interactions entre le cerveau et les dysfonctionnements moteurs de l'intestin. Elle a découvert le rôle de la *corticolibérine* ou *CRH* libérée par l'hypothalamus, et son implication dans la motricité gastro-intestinale et dans les troubles psychosomatiques intestinaux.

Bruce McEwen (né en 1938) :

« Un environnement stressant au début de la vie a des effets robustes sur le cerveau en développement dont certains perdurent au cours de la vie entière de l'organisme. »

Docteur en biologie cellulaire, biochimiste et neuro-scientifique, il a étudié l'effet des *œstrogènes, des glucocorticoïdes* et du stress sur le cerveau et a constaté les effets néfastes du stress chronique à long terme et, entre autres, la maladie. Il a remarqué également que le stress diminuait les capacités de mémorisation par destruction des neurones au niveau de l'hippocampe.

Pour finir, précisons que Y. Tache et B. McEwen continuent les travaux concernant les conséquences du stress et se sont spécialisés sur les effets du stress sur la motricité gastro-intestinale ainsi que sur la mémoire. (CAUDWELL L)

I.1.3. L'anxiété

L'anxiété est une réponse tout d'abord physiologique puis physique del'organisme humain, qui a pour but l'adaptation au monde qui nous entoure.

C'est un moyen de défense face à différentes menaces et/ou agressions extérieures. Elle est indispensable dans la prise de décision, l'apprentissage, la mémorisation, le passage à l'action et enfin la performance (SERVANT D, 2012)

A ce propos, H. Selye disait : « *L'absence de stress, c'est la mort.* »

Il considérait le « *bon stress* » qu'il baptisait « *eustress* » (eu=bon) comme le moyen de survivre à une stimulation. Selon lui, il est responsable de l'excitation dans nos vies et nous permet d'avancer. (BOISSIERES-DUBOURG F, 2003)

L'anxiété peut, cependant, devenir pathologique lorsqu'elle survient de façon quasi-permanente, inhibant la personne dans ses activités quotidiennes et pouvant même devenir handicapante à un certain stade. (SERVANT D, 2012)

H. Selye le baptisa « *distress* » (dis=qui ne va pas), et le considère comme une réaction nocive de l'organisme face à une situation stressante. (BOISSIERES-DU-BOURG F, 2003)

Durant ces épisodes anxieux, de nombreuses émotions surviennent et notamment la peur qui en est la principale composante. Elle joue un rôle dans la survie de l'espèce par son action protectrice face au danger extérieur et nous est donc, indispensable. (SERVANT D, 2012)

I.2. La physiologie : les mécanismes de l'anxiété dans le corps humain

I.2.1. Les différents systèmes mis en jeu lors d'un épisode de stress

Selon l'ouvrage *Stress, anxiété et pathologies médicales* de SERVANT D / PARQUET P.J. (1997), nous avons pu mettre en évidence les différents mécanismes physiologiques entrant en jeu lors d'un moment stressant.

Tout d'abord, nous allons commencer par détailler ce qu'est le système limbique ainsi que son rôle puis nous aborderons ses effets sur l'hypothalamus.

Ce système intervient dans la réponse physiologique au stress et se compose de la région septale, de l'hippocampe, du complexe amygdale et enfin, des cortex insulaires et fronto-orbitaires postérieurs constituant la zone de la base du cerveau. C'est via ce système que sont contrôlés les émotions, la motivation, la sensation de soif et de faim, la température corporelle ou encore le comportement. Cette zone est sensible aux stimuli extérieurs et c'est elle qui stimulera par la suite l'hypothalamus lors de réaction face à un agent stressant.

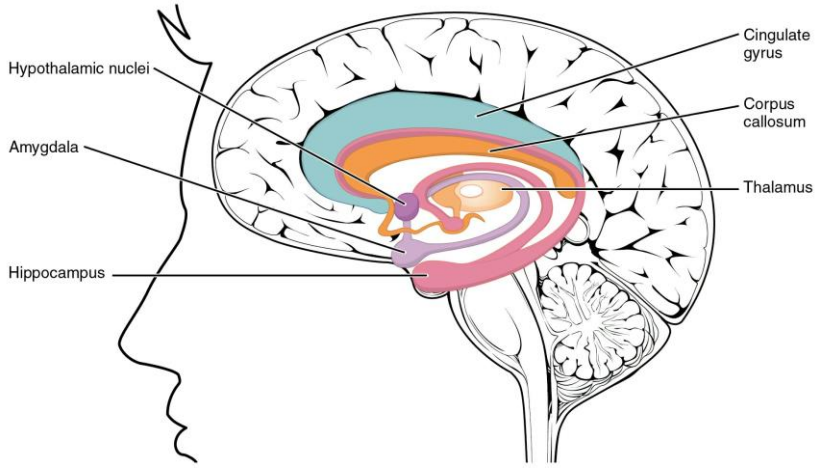


Figure 1. Illustration de l'hypothalamus. (https://twitter.com/museedelanature)

L'hypothalamus

Il joue un rôle dans les comportements émotionnels et alimentaires et fait le lien entre le système nerveux et le système hormonal. Il maintient l'homéostasie hormonale et intervient dans les réponses adaptatives du système endocrinien.

Stimulé par le système limbique lors d'un état de stress, l'hypothalamus va sécréter de la *CRF* (*corticotropin-releasing factor*) et de *l'arginine vasopressine (AVP*) qui, lui, va compléter l'action du *CRF* et activer l'hypophyse. Ces deux substances activent l'hypophyse. Cependant, il existe une molécule qui inhibe l'hypophyse et qui vient également de l'hypothalamus : c'est l'*ocytocine* qui a un pouvoir inhibiteur.

Via ces trois substances, l'hypothalamus peut donc moduler son action de façon positive ou négative et activer ou inhiber l'hypophyse. Elle contrôle, ainsi, les réactions qui en découlent.

L'hypophyse

L'hypophyse, petite glande endocrine se trouvant dans la « *selle turcique* », une petite loge située à la base du crâne, est composée de trois lobes : l'anté-hypophyse, le lobe intermédiaire et la post-hypophyse.

Stimulée par l'hypothalamus et le *CRF*, l'hypophyse va alors sécréter de l'*ACTH* qui, par une réaction en chaîne, agira sur le cortex surrénalien.

Les glandes surrénales

Les glandes surrénales activées par l'hypothalamus et l'hypophyse sont constituées de deux parties : la corticosurrénale et la médullosurrénale qui vont sécréter des hormones diverses :

La corticosurrénale va sécréter :
- du *cortisol (*glucocorticoÏde*)*.
- de *l'aldostérone (*minéralocorticoÏde).

Pour ce qui est de la médullosurrénale, il va y avoir une sécrétion :
- d'*adrénaline.*
- de *noradrénaline*.

Ces deux hormones constituent le groupe des catécholamines.

Face au danger, ces sécrétions servent deux systèmes : le système d'alarme ou d'alerte et le système de défense ou d'adaptation qui à long terme, épuisera notre organisme.

- Le système d'alarme : Au niveau hormonal, interviennent le locus coeruleus, le système autonome sympathique ainsi que la glande médullosurrénale qui libèrent de la *noradrénaline* et de l'*adrénaline* dans la circulation sanguine. Cliniquement, nous constaterons une accélération du rythme cardiaque, une hypertension artérielle et une hypersudation. Elle a pour but de rassembler toute l'énergie possible de l'organisme pour pouvoir s'adapter.

- Le système de défense : C'est une étape d'adaptation face à la situation stressante qui se prolonge et se traduit au niveau du noyau paraventriculaire de l'hypothalamus, des neurones à *CRH (corticolibérine*), des cellules corticotropes de l'hypophyse antérieure et des cellules corticosurrénaliennes par une augmentation des concentrations en glucocorticoïdes circulants qui se

répercuteront cliniquement par des troubles psychosomatiques et notamment cardiovasculaires (infarctus…). (GRAZIANI P, et al. 2001)

- Le système d'épuisement : Le corps n'a plus assez d'énergie pour s'adapter à la situation stressante. Durant cette phase, le pronostic vital peut être engagé.

En résumé, notre organisme réagit donc à un état de stress par une augmentation de la sécrétion *d'adrénaline, de noradrénaline* et de *cortisol*. Nous pouvons mettre en évidence ces sécrétions par des mesures urinaires et plasmatiques qui représenteront, biologiquement, le système sympathique.

Cependant, il existe de nombreux facteurs qui modifient cette réponse comme par exemple, la posture ou l'activité qui jouent sur l'excrétion de *noradrénaline* urinaire mais aussi le sexe, l'âge, la consommation de tabac, d'alcool et de café ainsi que les médicaments, ce qui entraînent une variabilité individuelle de ces manifestations.

Nous constatons, également, que l'excrétion urinaire des catécholamines est sensible aux variations circadiennes. *L'adrénaline* et la *noradrénaline* étant basses la nuit et augmentant jusqu'à un maximum en milieu de journée. (SERVANT D / PARQUET P.J, 1997)

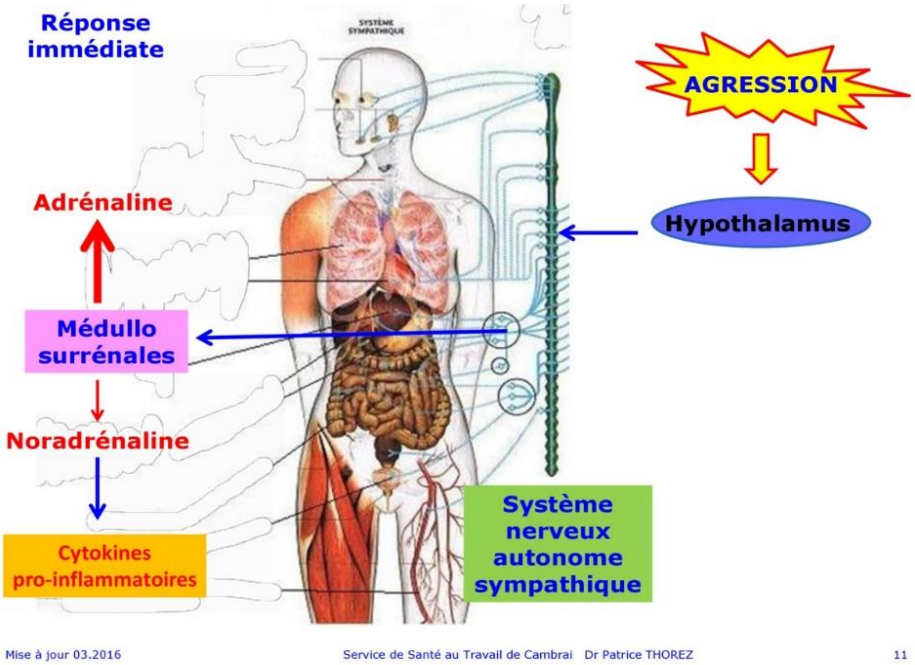


Figure 2. Dr. THOREZ Patrice Service de Santé au Travail de Cambrai.

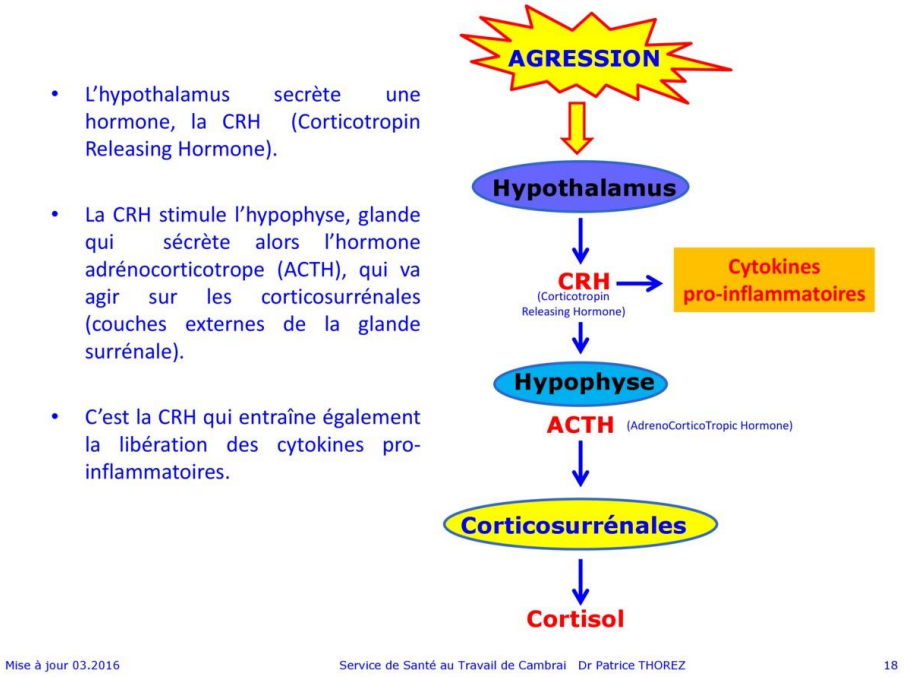


Figure 3. Dr. THOREZ Patrice. Aspects physiologiques du stress - AISMT Cambrai / https://www.aismt-cai.com

Face à une agression, l'hypothalamus va activer le système nerveux sympathique qui va aller stimuler, à son tour, les médullosurrénales et les corticosurrénales.

De *l'adrénaline, de la noradrénaline* et du *cortisol* vont résulter de cette activation et entraîner la libération de cytokines pro-inflammatoires.

I.2.2. La régulation

D'après GRAZIANI P. (2001), il existe une régulation de ce système qui permet de limiter les effets indésirables à long terme des stéroïdes, comme, par exemple, les troubles cataboliques et/ou immunodépresseurs.

Le rétrocontrôle positif

Les systèmes d'alarmes et de défenses sont liés par un rétrocontrôle positif, de telle sorte que l'activation de l'un tend à activer l'autre.

Plusieurs neurotransmetteurs vont intervenir et réguler ce rétrocontrôle positif comme la *sérotonine et l'acétylcholine* qui ont un rôle excitateur mais aussi le système gabaergique qui, lui, est inhibiteur.

Le rétrocontrôle négatif

Lorsqu'un seuil de glucocorticoïdes est dépassé, un rétrocontrôle négatif est mis en place et ce par l'intermédiaire de trois structures tels que l'hypothalamus, l'hypophyse et les glandes surrénales et de deux types de récepteurs : les récepteurs minéralocorticoïdes et les récepteurs aux glucocorticoïdes.

Les récepteurs aux corticostéroïdes se divisent structurellement en 3 domaines :

- Le domaine N-terminal : il participe à la régulation de la transcription des gènes cibles.

- Le domaine de liaison : via ses deux doigts de zinc, il se lie à l'ADN par l'intermédiaire d'un mécanisme appelée « *dimérisation.* »

- Le domaine C-terminal : C'est lui qui va lier le ligand et, par un système de cascade, activer les protéines chaperonnes.

- Les récepteurs de type I ou minéralocorticoïdes se situent au niveau de l'hippocampe. Ils ont une forte affinité pour le *cortisol* et sont saturables à de faibles doses de celle-ci. Leurs stimulations jouent sur le rythme circadien et sur le métabolisme hydrique et minéral de l'organisme. Ce sont eux qui interviennent dans les situations basales.

- Les récepteurs de type II ou récepteurs aux glucocorticoïdes sont placés, eux, au niveau de l'hypothalamus et du cortex préfrontal et contrairement aux récepteurs de type I, ils ont besoin d'une forte concentration de *cortisol* pour être activés et agir ainsi sur la mémorisation, sur l'activité génomique et sur les effets fonctionnels et structuraux au niveau du SNC. Par conséquent, ils jouent un rôle principalement dans les moments d'hypersécrétion face à un stress intense.

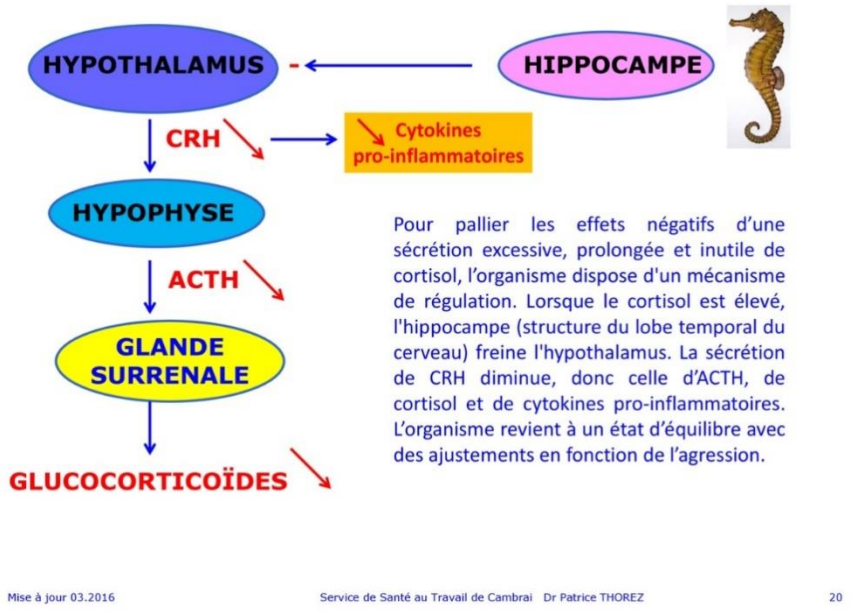


Figure 4. Dr. THOREZ Patrice Aspects physiologiques du stress - AISMT Cambrai / https://www.aismt-cai.com.

Lors d'un épisode stressant, le *cortisol* est libéré en grande quantité dans l'organisme. Cependant, à long terme, il peut entraîner des séquelles. Il faut donc le limiter. L'hippocampe va alors exercer un rétrocontrôle négatif en freinant l'hypothalamus qui freinera par la suite l'hypophyse et pour finir, la libération de *cortisol.*

I.2.3. Les effets cliniques de l'anxiété

La pensée anxieuse

Face à une situation stressante, une personne sans anxiété saura plus facilement la gérer. En effet, elle saura prendre le recul nécessaire pour interpréter les situations et ainsi, trouver la meilleure solution pour régler les difficultés.

A contrario, si un sujet perçoit une situation stressante, alors qu'il est déjà anxieux, il réagira alors, dans l'urgence et utilisera des moyens automatiques et innés pour s'en sortir. Ces derniers seront influencés par ses idées sur le moment sans avoir eu le temps de réfléchir. La personne interprètera les situations de façon erronée et sera anxieuse. Nous parlons alors de troubles dysfonctionnels amplifiés par l'anxiété.

Nous allons en citer quelques exemples ci-dessous.

Ces exemples montrent les différentes manières de penser face à une situation stressante :

- L'interférence arbitraire : nous ne jugeons pas les situations de façon objective quand nous les jugeons avec de l'anxiété. En effet, cette anxiété attire l'attention sur des détails qui n'auraient pas alerté une personne sans anxiété. De cette façon, elle change l'interprétation d'une situation, d'un ressenti ou d'une parole.

- La généralisation : C'est le fait de s'exprimer en allant dans les extrêmes c'est-à-dire en employant les termes « *toujours* » ou « *jamais* » dans les phrases que nous employons en omettant la possibilité d'un entre-deux et ainsi, à partir d'une situation précise, nous la généralisons par ces termes.

- La pensée dichotomique : Elle correspond à « *tout ou rien* ». En d'autres termes, pour le sujet tout est « *tout noir ou tout blanc* » et ne laisse pas de place au gris.

- Maximalisation et minimisation : La personne aura tendance à minimiser les défauts des autres et à voir les siens comme des « *handicaps* » conséquents.

- Interprétation : Quand la personne est anxieuse, elle cherchera tous les signes qui peuvent confirmer ses craintes.

- Personnalisation : Le sujet va se mettre en tête qu'il y a automatiquement un lien entre ses actions et des situations qui ne se passent pas comme il le souhaite. Il va devenir suspicieux vis-à-vis de toutes les paroles dites en pensant intérieurement que la remarque le concerne personnellement.

- Raisonner à partir de ses propres émotions : Dans ce système, nous allons nous baser sur nos émotions ressenties pour en tirer des conclusions qui n'ont pas forcément de rapport. (GRAZIANI P, et al. 2001)

Cette classification nous montre les différentes pensées d'un individu face au stress. Elle sera utile dans le diagnostic de l'anxiété à l'officine et nous permettra de répondre au mieux aux attentes des patients.

Les manifestations cliniques

D'après SERVANT D et PARQUET P.J. (1997), les manifestations les plus communes sont : *« tension musculaire, palpitations, dyspnée, vertiges, pollakiurie (envie fréquente d'uriner), une gêne, des crampes abdominales et plus rarement, une dilatation pupillaire, une pâleur, une pilo-érection et des tremblements.* »

La fréquence cardiaque et la tension artérielle peuvent également être des marqueurs d'anxiété. (SERVANT D / PARQUET P.J, 1997)

Nous venons de voir les manifestations cliniques du stress ainsi que les différentes pensées d'un individu sous l'effet d'un stress. Nous allons maintenant nous intéresser aux comportements qui en découlent.

Face au stress, une personne anxieuse peut réagir de différentes façons. Nous appelons ces réactions le coping.

Le coping

Le coping qui signifie « *faire face avec* » correspond à tout ce que l'individu fait ou pense face aux événements stressants pour préserver son bien-être.

Il existe deux mécanismes d'adaptation au stress selon le tempérament de la personne :

- Le coping « *de retrait* » : c'est un mécanisme de fuite, le sujet va décider de ne pas affronter la situation qui le stresse et va donc l'éviter.

- Le coping « *actif* » où la personne va chercher des informations et des solutions pour résoudre ces problèmes.

Il est important de connaître à l'officine ces différents comportements afin de mieux cerner les patients et de leur donner des solutions adaptées. (BOISSIERES-DUBOURG F, 2003)

I.3. L'influence de notre hygiène de vie sur l'anxiété

Un épisode anxieux ponctuel est normal mais il peut devenir excessif et affecter gravement la qualité de vie.

Les professionnels de santé font le diagnostic de troubles anxieux lorsqu'ils considèrent que la peur est disproportionnée par rapport à la situation réelle et si les symptômes persistent plus de six mois.

Plusieurs facteurs de stress en excès peuvent entraîner à long terme, des troubles anxieux. (BOISSIERES-DUBOURG F, 2003)

I.3.1. Les différents facteurs de stress

De nombreux éléments environnementaux, professionnels et personnels sont facteurs de stress. Nous allons en détailler quelques-uns ci-dessous :

Stress physique	
Le bruit	La circulation automobile, les avions, les klaxons, les marteaux-piqueurs, le bruit de fond des cafés et restaurants, les sonneries intempestives des téléphones portables nous obligent à hausser la voix et *in fine*, nous rendent irritables et stressés.
La lumière artificielle	Les néons, les écrans d'ordinateur, les lumières du bloc opératoire, sont vécus comme des agressions sensorielles.
L'ergonomie inappropriée	Les talons hauts, les vêtements trop sophistiqués, les revêtements en bitume, la surpopulation dans les transports en commun créent des positions peu naturelles et engendrent des tensions musculaires, de l'irritabilité et des douleurs jouant sur notre humeur.

Stress social	
La société de surconsommation	Elle nous fait oublier « *d'être* » et nous impose une pression d'apparence sans cesse entretenue par les médias et les publicités. Nous nous oublions peu à peu et notre objectif n'est plus que centré sur la comparaison avec les autres nous rendant frustré et exigeant avec nous-même.
La solitude	Elle joue un rôle important dans le stress car la relation sociale nous aide à prendre confiance en nous, à nous construire et à évoluer mais aussi à nous faire ressentir des émotions. Quand il y a un isolement, le doute en nous-même s'installe, le manque d'amour

	se fait ressentir, nous nous renfermons et nous nous sentons « *à part* », comme s'il n'y avait plus de lien avec la société. La sensation de n'être important pour personne et de ne pas savoir sur qui compter si nous en avons besoin nous rend fragile et anxieux.
L'hyperactivité	Nous vivons à cent à l'heure, nous partons le matin avec 10 000 choses à faire et nous revenons le soir épuisés sans avoir eu le temps de profiter de notre journée faisant naître frustration et fatigue.
L'environnement	Le déséquilibre grandissant entre la multiplication des centres commerciaux et la diminution des jardins et des espaces verts provoque un environnement anxiogène. Cela nous pousse à surconsommer et à oublier de nous arrêter un instant pour nous retrouver et contempler la beauté du monde qui nous entoure.

(BOISSIERES-DUBOURG F, 2003)

Stress émotionnel
À long terme, tous ces stimuli extérieurs créent de l'anxiété et de la nervosité qui sont des signes de fragilité émotionnelle.

Stress professionnel
Les objectifs irréalisables, les lourdes responsabilités, le chômage mettent à rude épreuve notre confiance en nous, la fatigue s'accumulant ainsi que la frustration, le stress apparaît, toutes les petites choses de la vie quotidienne deviennent alors insurmontables. Il devient ainsi nécessaire d'avoir confiance en nous. Selon nous, nous pouvons enchaîner de nouvelles activités et/ou loisirs et nous lancer des défis ou des objectifs à atteindre. Il est également important de se complimenter et de se féliciter quand nous franchissons une nouvelle étape et d'apprendre à relativiser.

(BOISSIERES-DUBOURG F, 2003)

Stress et l'hygiène de vie	
L'alimentation	La consommation excessive d'excitants (tabac, alcool, café…) et le fait que nous mangeons « *sur le pouce entre deux dossiers* » des repas tout préparés enrichis en sucres blancs ou hydrates de carbone raffinés, ou riches en graisses saturées telles que le beurre, les poissons gras, les viandes et les fritures sans prendre le temps de se poser quelques minutes, fait que nous oublions les bienfaits d'un bon repas en famille, la satisfaction d'un repas équilibré et sain fait de nos propres mains. Tout cela joue sur notre humeur et sur le stress.
Le temps de sommeil	Aujourd'hui, une journée n'est pas suffisante pour faire tout ce que nous souhaitons faire. Nous n'hésitons plus à prendre sur nos heures de sommeil pour atteindre tous nos objectifs et satisfaire nos exigences. Cependant, nous oublions que le sommeil est nécessaire pour atteindre tous nos objectifs, pour contrôler nos émotions, gérer les imprévus de la journée sans perdre son sang-froid. En effet, quand nous manquons de sommeil, nous sommes plus sensibles aux contrariétés et imprévus de la journée, plus irritables et plus facilement sujet au stress et à l'anxiété.
Les médicaments	Dans un monde où nous pensons pouvoir tout contrôler et où nous voulons tout tout de suite, nous pensons également pouvoir gérer notre santé comme bon nous semble. En effet, nous ne prenons pas le temps de chercher les causes de notre mal-être alors que des solutions naturelles existent (quelquefois il suffit juste d'apprendre à se poser et à prendre du temps pour nous). Nous nous replions ainsi sur la solution la plus rapide (anxiolytiques, hypnotiques, drogues...) sans chercher à connaître les conséquences que cela pourrait engendrer à long terme sur notre santé. Le plus important, aujourd'hui, ce n'est plus la santé, c'est d'être opérationnel face à toutes les obligations et pressions de notre société.

(BOISSIERES-DUBOURG F, 2003)

I.3.2. Les troubles anxieux

Comme nous l'avons précisé, il existe plusieurs degrés de troubles anxieux et c'est ce que nous proposons d'aborder maintenant.
D'après BOISSIERES-DUBOURG F. (2003), il existe 6 troubles anxieux :

- Le trouble de panique

Attaque de panique (crise aiguë d'angoisse) imprévisible entraînant une gêne quotidienne avec anxiété anticipatoire (la peur d'avoir peur).

- Les phobies

Peur intense perçue comme excessive par la personne vis-à-vis d'un objet ou d'une situation qui n'est, normalement, pas considérée comme dangereuse.
Elle peut concerner un lieu, un objet en particulier, la foule (agoraphobie), le jugement des autres (phobie sociale).

- Le trouble anxieux généralisé

Inquiétude quasi permanente et durable (au moins six mois) concernant différents sujets de la vie quotidienne (maladie, problèmes financiers).

- Le trouble obsessionnel compulsif (TOC)

Pensées ou actes que le sujet se sent obligé de faire sous peine de frustration et de mal-être (Ex : vérifier trois fois de suite que la porte est bien verrouillée avant d'aller dormir).

- Le syndrome de stress post-traumatique

Suite à un événement traumatisant et stressant (ex : attentat), le sujet revit quotidiennement la situation à travers ses rêves ou via des hallucinations entraînant ainsi un état de tension durable.

- Le trouble de l'adaptation avec anxiété

Lors d'un événement stressant et difficile, le sujet ressent de l'anxiété d'intensité modérée pendant quelques semaines.

I.4. Les causes

Nous allons détailler ci-dessous les différentes causes responsables de stress :

I.4.1. La génétique

L'hérédité joue un rôle non négligeable dans la transmission de l'anxiété.
La manifestation de celle-ci est le plus souvent la même dans une même famille : le cœur, la peau ou encore les articulations peuvent être touchés. (BOISSIERES-DU-BOURG F, 2003)

I.4.2. Les médicaments

Il existe quelques médicaments qui peuvent entraîner du stress. C'est le cas de certains contraceptifs, des patchs de nicotine mais aussi des neuroleptiques.

- Les contraceptifs :

Les oestroprogestatifs de 2ème et 3ème génération (éthinylestradiol + norgestimate ou éthinylestradiol + norgestrel) peuvent causer de la nervosité et de la dépression.

- Les patchs de nicotine :

Lorsque nous décidons d'arrêter de fumer, nous utilisons souvent des patchs de nicotine qui sont d'une grande aide. Cependant, il nous arrive de constater un syndrome de manque (ou sevrage) avec irritabilité, anxiété et perturbations du sommeil (ANSM)
L'ANSM recommande de ne pas changer de marques de patchs nicotiniques.

- Les neuroleptiques :

Lorsque nous arrêtons brusquement la prise de ces médicaments après des prises répétées ou prolongées, nous pouvons remarquer la présence de syndromes anxiodépressifs. (ANSM)
Quelques exemples de neuroleptiques : halopéridol (Haldol®), pimozide (Orap®) ou encore clozapine (Leponex®).

I.4.3. L'âge

Une personne âgée est déjà « *fragile* » mentalement suite aux nombreuses épreuves vécues tout au long de sa vie (deuil, maladie, isolement). Par conséquent, elle est plus sujette à l'anxiété (SERVANT D / PARQUET P.J, 1997)

I.4.4. Les maladies

L'anxiété joue un rôle important dans la maladie.

Nous pouvons considérer que lorsque nous tombons malade, c'est notre corps qui nous rappelle de nous reposer et de nous relaxer. C'est un cercle vicieux car l'anxiété entraîne des problèmes de santé mais les problèmes de santé engendrent également du stress (BOISSIERES-DUBOURG F, 2003)

Ex : Les causes de convulsions sont le stress, le manque de sommeil, la prise d'alcool.... Elles créent une anxiété anticipatoire vis-à-vis de la prochaine crise. (ANSM)

I.4.5. Les événements professionnels

De par l'exigence de la performance et l'urgence du temps, la plupart des secteurs professionnels sont touchés par le stress. (SERVANT D, 2012)

I.4.6. Le tempérament et la personnalité

Nous allons définir les trois termes : le tempérament, le caractère et la personnalité.

Définition

Le tempérament désigne des traits innés donc sous la dépendance biologique. Il correspond aux traits de caractère que nous avons dès le plus jeune âge. Le caractère est, lui, psychologique, acquis par l'expérience et la vie. Il se construit au fil des années et en fonction du vécu des personnes.
La personnalité combine ces deux éléments innés et acquis.

Une personnalité pathologique correspond, quant à elle, à un ensemble de traits de caractère, évoluant de façon durable, débutant à l'adolescence et s'accompagnant de difficultés personnelles et sociales non limitées à une pathologie mentale.
(SERVANT D, 2012)

Le tempérament anxieux

Ce qui distingue l'anxiété de l'angoisse est une différence de nature : l'anxiété est de nature médicale tandis que l'angoisse est de nature philosophique.

L'anxiété est un état émotionnel inné qui intervient dans le développement psychologique.

Elle est considérée comme un signal d'alerte et de protection qui peut devenir pathologique au-delà d'un certain seuil.
Son état pathologique se traduit par une souffrance psychique et provoque des troubles dont chacun a des caractéristiques bien particulières.
L'anxiété se manifeste en fonction de la prédisposition biologique tempéramentale, de l'environnement familial, des événements stressants vécus et dans les mécanismes psychologiques mis en place par le sujet au cours de sa vie.

Les courants psychanalytiques et cognitivo-comportementaux sont à la base des principales psychothérapies proposées dans l'anxiété.
(GRAZIANI P, et al. 2001)

La personnalité

FRIDMAN et ROSENMAN (1959, 1974) ont relevé trois grands types de personnalité. Cette catégorisation nous paraît très pertinente car elle montre différentes pathologies associées à un type de personnalité bien précis. De plus, Il est facilement possible pour nous de nous identifier à l'une de ces trois personnalités.

- La personnalité de type A est de nature plutôt impatiente, agressive, très exigeante avec elle-même, sensible à la rivalité et percevant tout comme hostile.

Cliniquement, ce type de personnalité aura plus favorablement des problèmes coronariens dû à une réponse excessive vis-à-vis des situations stressantes.

- La personnalité de type B est une personne « *tranquille* », réaliste et positive. Elle réagira de façon adéquate à la situation stressante, avec l'énergie nécessaire pour résoudre les difficultés qui se présentent à elle.

- La personnalité de type C est, quant à elle, « *soumise* », cherchant à éviter tout signe d'agressivité et par conséquent, gardant pour elle tous ces sentiments dans le but de dominer son stress extérieurement ce qui la détruit intérieurement. Chez ces sujets, il y a une prédisposition aux allergies et aux infections. (GRAZIANI P, et al. 2001)

I.4.7. La pression de la société

Il existe un lien entre l'anxiété, les aptitudes de l'individu et les exigences demandées par la société.

L'anxiété naît quand il y a décalage entre les compétences que nous avons et celles qui sont souhaitées dans le cadre personnel et/ou professionnel.

En effet, une personne se sentira « *dépassée* » si les demandes extérieures sont trop fortes et si elle ne peut ou ne se sent pas capable d'être à la hauteur pour les satisfaire. Son environnement est alors perçu comme hostile et l'anxiété apparaît avec toutes les réactions biologiques que cela implique (fatigue…). (GRAZIANI P, et al. 2001)

I.5. Les conséquences de l’anxiété

I.5.1. Le stress

Lorsqu’il y a présence de troubles de l’adaptation, nous remarquons plusieurs perturbations intellectuelles et notamment une baisse des compétences professionnelles, une diminution de la mémoire, de la concentration et de la qualité des relations sociales mais aussi, une augmentation du taux de suicides et des complications somatiques.

I.5.2. L’état de stress aigu

L’état de stress aigu est un stress qui, à long terme, devient envahissant pour le sujet et qui peut provoquer des dépressions et à terme, entraîner un état de stress post traumatique.

I.5.3. L’état de stress post traumatique

L’état de stress post traumatique est la plupart du temps une combinaison de troubles anxieux, de troubles dépressifs et de l’humeur et de troubles dus à l’utilisation de substances comme l’alcool ou certaines drogues.

I.5.4. Le comportement du stressé

Le corps va réagir à l’état de stress que ressent le sujet. Il va tenter de s’adapter à cet état et va souvent se manifester par des douleurs abdominales et des diarrhées.

I.5.5. La dépression anxieuse

La personne va devenir anxieuse face à un excès de travail et un manque de temps pour le réaliser ou bien face à un obstacle ou une annonce qu'elle se sent incapable de surmonter. Elle se sent alors mal à l'aise dans cette situation et commence à se dévaloriser, à douter d'elle, de ses compétences, de ses valeurs et va rentrer dans une autodestruction lente.

Nous remarquerons alors des signes d'anxiété tels qu'une agitation, une instabilité, des ruminations anxieuses et des questionnements répétitifs sans réassurance possible.

Au niveau clinique, il y aura présence de plaintes somatiques qui se poursuivra par une décompensation dépressive avec des idées délirantes et des risques suicidaires. (PERETTI C.S, 2013)

I.5.6. Le burn-out (Syndrome d'épuisement professionnel)

Le burn-out n'est pas une maladie et se distingue donc de la dépression. Cependant, le burn-out doit tout de même être pris au sérieux car il est, selon nous, un stade précurseur de la dépression s'il n'est pas pris en charge rapidement.

Les causes du burn-out

Il existe plusieurs causes du burn-out : cela peut être la quête d'un idéal difficile à atteindre, ou quand le salarié prend trop à cœur le rôle de son métier mais que ses objectifs ne sont finalement pas atteints.
Le manque de confiance en soi joue également un rôle dans l'apparition du burn-out. En effet, le sujet a l'impression de ne pas être à la hauteur professionnellement et compense par une hyperactivité au travail.
Cela entraîne de la fatigue et un manque d'accomplissement personnel et, à long terme, une frustration.

Nous rentrons alors dans un cercle vicieux jusqu'à arriver à un état d'épuisement intense. (BOISSIERES-DUBOURG F, 2003)

Les conséquences du burn-out

Il en résulte des mécanismes de défense de l'organisme :

- La destruction de la personne : maladies, infarctus du myocarde, AVC… Le corps va alerter le sujet par différentes maladies. La personne doit alors voir ça comme un message du corps qui lui demande de se reposer et de prendre soin d'elle.

- La rigidité au changement : la personne va commencer à faire les choses machinalement sans réfléchir, sans émotion, sans être vraiment là.

- Le pseudo-activisme : L'individu se croyant inefficace, inutile et incompétent va essayer de compenser par une hyperactivité qui ne fera qu'entraîner de la fatigue et une frustration s'il y a un manque de résultat *in fine*.

- L'échappement au travail : le sujet va fuir la situation responsable de son mal-être et va commencer à se désengager professionnellement par fatigue et manque de confiance en ses capacités.

- La panique : À défaut de l'échappement au travail ou du pseudo-activisme, l'individu va faire les choses en les bâclant pour s'en débarrasser rapidement.

- Le désinvestissement progressif : Le sujet espérant de la reconnaissance devient frustré et commence à être hostile avec les autres et à se plaindre de tout ce qui la touche de près ou de loin dans son travail.

- L'apathie : nous constatons un manque de réactivité de la personne : elle ne réagit plus aux remarques bonnes ou mauvaises qui lui sont adressées, nous

remarquons un manque de concentration et une désorganisation dans son travail.

- Le mensonge : c'est un mécanisme d'urgence permettant de couper court à la discussion pour éviter toutes questions pouvant mettre le sujet mal à l'aise.

- La banalisation : ou une déshumanisation qui permettra à la personne de ne plus rien ressentir et de se *« couper du monde qui l'entoure.* »

- La fuite : l'individu va ignorer et se désintéresser des gens qui l'entourent, ne plus les regarder dans les yeux. Il fera semblant de les écouter, et n'entamera avec eux que des conversations superficielles sans grand intérêt à leur égard. (BOISSIERES-DUBOURG F, 2003)

I.6. Le diagnostic et l'évolution

I.6.1. Le Malash Burn-out Inventory ou MBI

C'est un inventaire du burn-out constitué de 22 affirmations concernant des sentiments, des émotions ressenties vis-à-vis du milieu professionnel et personnel de la personne. Il permet ainsi d'évaluer l'acuité de burn-out. (Annexe)

Nous distinguons trois formes du syndrome mises en évidence par ce test :

- L'épuisement émotionnel

Le sujet aura tendance à « *craquer* » émotionnellement plus facilement à la moindre remarque ou à la moindre contrariété.

- Le désinvestissement relationnel

Nous percevons alors un manque d'empathie et une déshumanisation dans les rapports à l'autre. La personne ne se sent plus concernée par les problèmes des autres ou par leur bien-être et ne veut plus qu'une chose : que nous la « *laissions tranquille.* »

- La perte du sens de l'accomplissement de soi au travail

Nous ne comprenons plus notre rôle dans notre métier, nous avons l'impression d'être inefficace et inutile ce qui engendre une culpabilité. (BOISSIERES-DUBOURG F, 2003)

I.6.2. L'échelle CGI de gravité (Clinical Global Impression severity scale)

Cette échelle permet aux psychiatres d'évaluer la gravité et l'évolution des maladies mentales. Cependant, il n'est pas spécifique des troubles anxieux. Nous donnons la valeur de 1 à une personne saine et à contrario, nous donnerons 7 à une personne ayant plusieurs symptômes mentaux. La valeur 7 sera considérée comme le stade le plus élevé de cette échelle CGI de gravité.
Cette échelle a pour avantage d'être sensible aux moindres changements mentaux du patient ce qui permet d'évaluer au mieux l'évolution du trouble mental de l'individu.

Pour cela, nous considérons nécessaire que le psychiatre connaisse bien l'historique du patient et de sa maladie car le CGI est un outil subjectif et dépend donc des différents utilisateurs.

I.6.3. L'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale ou HARS)

Elle permet d'évaluer le degré d'anxiété et l'efficacité du traitement que le patient suit par l'intermédiaire d'une notation de l'intensité des symptômes ressentis

(peurs, insomnie, humeur anxieuse...) allant de 0 à 4. Ils correspondent respectivement à une absence de symptôme ou bien à une intensité maximale. Nous distinguons différents niveaux dans la cotation qui nous permet d'interpréter les résultats du test : de 0 à 5 nous considérons qu'il n'y a pas d'anxiété, de 6 à 14 cela correspond une anxiété mineure et plus de 15 nous serons face à une anxiété majeure.
Cependant, cette échelle n'arrive pas à distinguer l'anxiété de la dépression.
En effet, nous avons souvent un score élevé face à un sujet déprimé ce qui rend cette échelle tout aussi subjective que l'échelle CGI.

I.6.4. L'échelle de phobie sociale de Liebowitz (Liebowitz Social Anxiety Scale)

Elle est utilisée comme étant une échelle spécifique utilisée dans l'évaluation du traitement dans la phobie sociale. Composée de 24 items avec 4 points par item, le score maximal pouvant être atteint sera supérieur à 95. Il caractérisera une phobie sociale très sévère. Entre 55 et 65, ce sera une phobie sociale modérée, de 65 à 80 une phobie sociale importante et pour finir, de 80 à 95 nous ferons face à une phobie sociale sévère.
Dans ce test, nous prendrons en compte le degré d'anxiété du patient et la fréquence de survenue du comportement d'évitement.

I.6.5. Le panic Disorder Severity Scale (PDSS)

Elle permet d'évaluer les patients atteints de troubles de panique. Elle est facilement utilisable et reproductible par des médecins expérimentés. Composée de 7 items avec une notation allant de 0 à 4, le 0 correspondant à une absence de symptômes associés à un trouble de panique.
Les différents symptômes recherchés sont une anxiété anticipatoire, une détresse, une fréquence accrue des attaques de paniques, la peur ou bien encore l'évitement.

I.6.6. L’ hospital Anxiety and Dépression Scale (HAD)

Ce test est basé sur un questionnaire composé de 14 questions réparties en deux colonnes : l’une appelée A pour anxiété et l’autre nommée D pour dépression.
Pour chaque question, il existe 4 réponses possibles et l’interprétation de ce test se fera par addition du score de chaque colonne A et D.
En fonction de la notation suivante, nous pourrons supposer que le patient a un trouble anxieux ou qu’il est atteint d’une dépression.
Concernant la colonne A : si l’addition des points est entre 0 à 8, nous considérons qu’il n’y a pas d’anxiété. Si la somme est entre 9 à 10 nous supposerons un commencement d’anxiété pathologique. Enfin, si nous obtenons un score entre 11 à 21, le patient sera alors bien atteint d’anxiété dite pathologique.
Pour ce qui est de la colonne D, nous aurons également les mêmes niveaux de points mais ils correspondront non plus à l’anxiété ressentie mais bien aux différents symptômes de la dépression.

I.6.7. L’échelle de COVI

Elle se compose de 3 items concernant différentes caractéristiques comme le discours du patient, son comportement mais aussi ses plaintes somatiques nous permettant de donner une notation, pour chaque item, allant de 0 à 4.
Elle a pour avantage une bonne sensibilité, une facilité d’utilisation et une rapidité. (Annexe)

I.6.8. Le questionnaire des peurs (Fear Questionnaire)

Basé sur un questionnaire, ce test permet de cerner le type de phobie dont est atteint le patient entre la phobie sociale, l’agoraphobie et la phobie simple. Pour cela, elle porte son attention sur les différents sentiments ressentis tels que l’anxiété, la peur ou la dépression, mais aussi sur la gêne provoquée par cette phobie et le comportement mis en place par le patient pour y faire face

I.6.9. L'échelle d'obsessions/compulsions de Yale-Brown (Y-BOCS)

Cette échelle a pour but de connaître la sévérité d'un trouble obsessionnel compulsif dit « *TOC* » dans le langage courant.
Elle repose sur 10 questions concernant le temps perdu, la gêne occasionnée dans la vie quotidienne, le niveau d'angoisse ressentie et enfin l'effort fourni par le patient pour surmonter son trouble.
En fonction des points accumulés, nous distinguons différents paliers de sévérité du « *TOC* » : De 0 à 7 nous considérons qu'il y a présence de quelques symptômes mais sans critère de gravité ; de 8-15 nous qualifions le trouble comme léger ; de 16 à 23 TOC d'intensité moyenne ; 24 à 31 sévère et enfin de 32 à 40 nous le jugeons extrême. (Annexe)

I.6.10. L'impact Of Event Scale (IES)

Il évalue la gestion du stress, son impact sur la personne et les conséquences qui en découlent, face à un événement vécu par le patient et jugé traumatisant. Nous appelons ce stress, le stress post traumatique. Pour cela, nous allons utiliser un auto-questionnaire composé de 22 items avec un système de notation allant de 0 à 4 (vécu comme extrêmement difficile).

I.6.11. Le sheehan Disability Scale (SDS)

Elle permet de juger de l'invalidité de l'individu au niveau scolaire/travail mais aussi dans la vie sociale et dans la vie de famille. Le patient, à l'aide de l'échelle visuelle analogue, va mettre une note entre 0 et 10 qui correspondra à, selon son jugement personnel, son degré d'invalidité dans chacun de ses 3 domaines.
Si l'une des trois notes dépasse le seuil de 5, nous jugerons le risque d'invalidité comme majeur.

Selon nous, le meilleur test est celui qui est reproductible et le plus objectif possible. Ces tests sont utiles pour avoir un ordre d'idée du problème d'un individu mais ils sont trop subjectifs pour les utiliser comme outils de diagnostic.

Le HAD (Hospital Anxiety and Dépression Scale) nous semble le plus pertinent. Contrairement aux autres tests, il met l'accent sur la dualité anxiété/dépression qui sont entre autres, des problèmes de santé publique. De plus, ce test est reproductible.

II. L’anxiété et le rôle du pharmacien à l’officine

II.1. L’anxiété et sa perception par le patient

L’anxiété est difficile à diagnostiquer. Elle est multifactorielle et a des conséquences sur l’individu qui sont propres à chacun.

En effet, nous avons vu précédemment que l’expression du stress chez un individu était liée à sa personnalité. Par exemple une personnalité A aura tendance à avoir des problèmes coronariens tandis que la C sera sujette à des infections.

Il nous semble intéressant de voir comment le stress est perçu par les patients.

Le patient

Lorsqu’un patient va consulter un professionnel de santé, nous pouvons remarquer que chaque patient va décrire des symptômes différents. En effet, ces derniers dépendent de l’intensité de son anxiété mais également de comment il perçoit ces éléments et enfin de comment il les gère. Généralement, le patient qui consulte pour se plaindre d’un problème aigu ou chronique ne se doute pas que la cause de ces maux est due à son anxiété.

En effet, l’anxiété peut se cacher derrière une pathologie somatique ou un malaise diffus décrit par le patient par de la fatigue, des troubles du sommeil ou encore des douleurs diverses. Elle peut aussi se manifester de façon plus précise (phobies, rituels, spasmophilie…) permettant ainsi aux professionnels de santé de diagnostiquer plus facilement l’anxiété.

Quelquefois, la volonté de consultation ne vient pas directement du patient mais de l’entourage. C’est ce qu’il se passe quand nous avons affaire à de l’anxiété chez l’enfant ou l’adolescent.

Dans de nombreux cas, le médecin est confronté non pas à un trouble mais à plusieurs troubles somatiques non spécifiques de l’anxiété ce qui complique le diagnostic.

La dépression et la dépendance à l'alcool et à d'autres substances comme des drogues doivent alerter un professionnel de santé sur une conséquence possible de l'anxiété. En effet, ils constituent quelques-unes des multiples indices de l'anxiété qu'il ne faut pas négliger lors d'une consultation ou au comptoir d'une pharmacie.

Nous nous rendons compte que le patient consulte rarement pour le stress lui-même mais pour les conséquences de ce stress. Nous sous-estimons le stress alors qu'il constitue l'un des facteurs de nombreuses pathologies. Il est devenu, selon nous, une « *normalité* » dans la population et devient un problème lorsque l'état de santé se dégrade. Cela rejoint ce que nous disions précédemment : aujourd'hui, nous réussissons une journée lorsque nous avons optimisé notre efficacité et notre temps et nous ne nous soucions plus de notre stress, nous faisons avec.

Pourtant, il existe une multitude de solutions naturelles qui peuvent être conseillées par les différents professionnels de santé et plus particulièrement par le pharmacien. C'est ce que nous allons voir dans la suite de cette thèse.

Le professionnel de santé

Il nous semble intéressant de montrer comment les professionnels de santé élaborent leurs diagnostics de l'anxiété. Nous allons voir qu'ils se basent sur plusieurs signes comme des signes physiques, psychologiques et comportementaux.

Le temps de l'évaluation lors de la consultation est important et indispensable pour un bon diagnostic, pour une explication correcte de la pathologie au patient et enfin pour le choix de traitements adaptés.

Dès que le diagnostic de l'anxiété est posé, le médecin doit rechercher à quels troubles de l'anxiété les symptômes correspondent. Pour cela, il faut appliquer une méthode basée sur la bonne formulation des questions. Plusieurs consultations sont, généralement nécessaires pour poser le bon diagnostic.

Durant celles-ci, le but premier est d'écouter et de comprendre le patient et ce qu'il nous dit ou veut dire. Il faut mettre en place une réelle écoute durant laquelle nous portons notre attention sur le langage verbal mais aussi non verbal. En effet, nous analysons ce que dit le patient mais aussi ses gestes et sa posture.

Nous devons, également, durant ces premiers entretiens, faire naître une relation de confiance avec le patient. Il est important que le patient se sente écouté, épaulé et impliqué dans sa pathologie et son traitement. Pour cela, nous pourrons établir des objectifs avec lui, lui poser des questions ouvertes, lui proposer des entretiens plus poussés pour savoir ce qu'il retient de sa pathologie et de son traitement et ce qu'il en pense. Il faut lui proposer notre aide et notre disponibilité s'il en fait la demande. Il est important que le patient ne se sente pas jugé. De son côté, le professionnel de santé doit donner aux patients des informations fiables, de façon honnête et il doit s'assurer que le patient les comprenne. Cette relation de confiance établie nous permettra alors de recueillir le plus d'informations possible en toute sincérité sur les troubles du patient, leurs intensités, leurs fréquences et leurs retentissements sur leurs vies quotidiennes. Il est également important de connaître les traitements et pathologies antérieures vécues par le patient durant les dernières années.

Pour finir, il faut rechercher systématiquement, une dépression ou un trouble addictif à l'alcool ou à d'autres substances comme les drogues.

Après ces quelques consultations pour connaître le patient, le professionnel de santé se doit d'informer le patient et de lui expliquer son diagnostic de façon claire, en utilisant des termes pouvant être compris de tous. Puis, il est nécessaire de voir avec lui point par point le traitement choisi et de l'impliquer dans sa prise en charge. Cela permettra ainsi une meilleure observance du traitement par le patient.

Nous pouvons, également, lui poser des questions ou lui demander de reformuler ce qu'il a compris de ses pathologies et de ses traitements afin de voir si tout a bien été assimilé par celui-ci. Il est possible de l'orienter vers un spécialiste si cela est nécessaire.

L'analyse et le diagnostic

Il existe différentes catégories de symptômes : il y a les symptômes physiques, psychologiques mais aussi comportementaux. Nous devons, également, porter notre attention sur leurs caractères aigus ou chroniques et sur le ou les organes cibles sur lesquels ils agissent.

- Symptômes physiques :

D'après BOISSIERES-DUBOURG F. (2003) l'anxiété entraîne plusieurs symptômes physiques comme des problèmes cardio-respiratoires sous forme de « *palpitations, de douleurs thoraciques, de polypnée mais aussi une impression de souffle coupé.* »

Nous pouvons également remarquer des signes neurosensoriels comme une « *tension musculaire, des maux de tête, des tremblements, des fourmillements, des bourdonnements d'oreille, troubles de la vision et quelquefois des vertiges.* »

Concernant les signes digestifs et urinaires, nous constatons souvent « *des maux d'estomac, des troubles du transit avec, également, des mictions impérieuses et des cystalgies à urine claire.* »

Nous pouvons aussi avoir des manifestations neurovégétatives tels « *qu'une rougeur, une pâleur ou encore de la sueur, des nausées et vomissements et enfin, la chair de poule*. »

De plus, les signes généraux régulièrement trouvés chez le patient sont l'insomnie, l'asthénie et l'algie.

Nous ne pouvons diagnostiquer une anxiété d'un point de vue biologique. Il faut systématiquement faire des recherches complémentaires face aux divers symptômes cliniques constatés lors de l'entretien afin d'éliminer une cause organique.

- Signes psychologiques de l'anxiété :

Nous parlons de ruminations quand le patient ne cesse d'avoir des pensées négatives de façon répétitives.

Cependant, nous ne pouvons considérer ce symptôme comme spécifique d'un trouble anxieux. Le tempérament, la personnalité, l'éducation et les événements vécus dans la vie de l'individu jouent un rôle important dans cette façon de penser. Nous pouvons quand même noter que le patient anxieux aura plus facilement des troubles

de la mémorisation, de l'attention et de la concentration. Cela s'explique, selon nous, par le fait que l'individu apporte toute son attention et son énergie à gérer son anxiété et ses pensées négatives. Il n'est plus concentré sur ce qui se passe autour de lui.

- Manifestations comportementales d'une personne anxieuse :

Lorsque nous sommes dans un état d'anxiété, nous constatons une certaine agitation avec l'impression de ne pas tenir en place. Une irritabilité peut également survenir et entraîner à terme de l'agressivité. De plus, nous remarquons des réactions de défenses causées par l'anxiété comme l'évitement ou l'inhibition.

Nous remarquons l'importance de l'écoute réelle et de la communication lors d'un entretien avec le patient. En effet, une bonne communication permettra un meilleur diagnostic et une meilleure observance du traitement. La bonne communication passe par l'existence d'une confiance entre les interlocuteurs et par la présence de sincérité dans les réponses que le patient donne au professionnel de santé. Pour cela, le pharmacien doit apprendre à rassurer le patient et à montrer de l'empathie. (Cf. Interrogatoire du patient anxieux)

II.2. Les traitements de l'anxiété à l'officine

Pour qu'un traitement soit légitime chez un individu anxieux, il faut, au préalable, s'assurer du retentissement qu'a l'anxiété sur sa vie quotidienne. Si nous constatons que le patient ne peut pas vivre « *correctement* » sa vie sans une aide médicamenteuse, alors, nous déciderons de mettre en place un traitement.

Nous allons, maintenant, citer et expliquer les différents traitements disponibles en officine contre l'anxiété.

D'après *Les conseils en pharmacie* de FEREY D. (2018), nous recommandons une cure de magnésium pour traiter l'anxiété. Les anxiolytiques et les antidépresseurs peuvent également être utilisés. Nous allons détailler ces traitements ci-dessous.

II.2.1. La cure de magnésium

Il est recommandé de faire une cure de 1 mois de magnésium. En effet, ce cation principalement intracellulaire aide à lutter contre la nervosité et facilite l'endormissement. Il peut être conseillé chez la femme enceinte ou allaitante. Cependant, sa prise est contre indiquée lors d'une insuffisance rénale grave.

En officine, nous le retrouvons sous le nom de Mag2®, MagnéVie B6®, Mégamag® ou encore Sargemag®.

II.2.2. Les anxiolytiques

Les anxiolytiques sont divisés en deux catégories : les benzodiazépines qui sont les plus utilisées et les plus efficaces, et les non benzodiazépines.

Nous allons commencer par détailler les anxiolytiques benzodiazépines.

Il faut savoir que d'après *Les médicaments psychiatriques démystifiés* de HEALY D. (2019), « *les hypnotiques et les anxiolytiques de type benzodiazépines sont très semblables. Si les uns sont appelés hypnotiques et les autres anxiolytiques c'est uniquement pour des questions de stratégie marketing.* »

Le zopiclone (Imovane®) ou le diazépam (Valium®) en sont des exemples.

Les anxiolytiques benzodiazépines (BZD)

- Pharmacologie :

La pharmacologie des benzodiazépines est complexe. Nous allons voir comment sont constitués les récepteurs gabaergiques sur lesquels les anxiolytiques benzodiazépines se lient.

Tout d'abord, ces récepteurs transmembranaires sont composés de 5 sous unités (2 chaînes alpha, 2 chaînes bêta et 1 chaîne gamma). De plus, comme nous pouvons le voir sur l'image ci-dessous, ils possèdent un site de liaison pour le GABA et un site de liaison pour les benzodiazépines. Ces deux sites vont avoir une action synergique c'est-à-dire que les benzodiazépines vont augmenter l'action gabaergique.

Nous retrouvons généralement ces récepteurs au niveau du cortex, du cervelet et de l'hippocampe.

Pour finir, il nous semble interessant de détailler leurs mécanismes d'action.

Lorsque GABA est lié au récepteur, les ions chlores rentrent dans le cytoplasme et entraînent une hyperpolarisation de la membrane. Cette dernière inhibe la transmission synaptique au niveau pré et post synaptique. C'est pourquoi, par une cascade de réactions intracellulaires couplés aux protéines G, nous obtenons alors les effets thérapeutiques propres à ces molécules que nous allons citer ci-après.

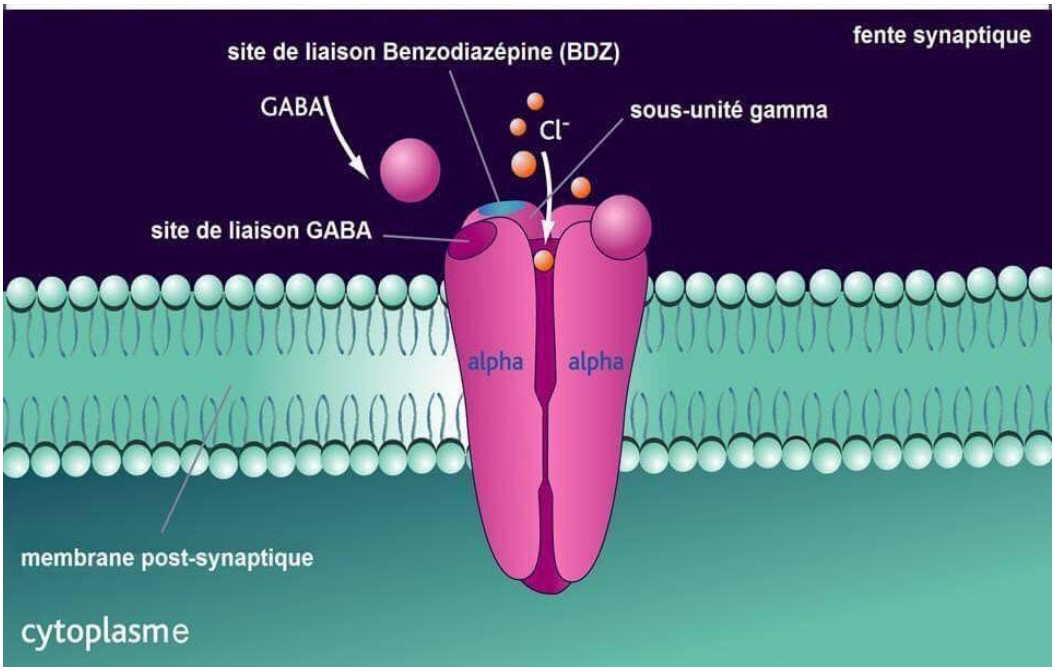


Figure 5. Les récépteurs GABA https://pharmacomedicale.org/medicaments/parspecialites/item/benzodiazepines

- Effets thérapeutiques :

D'après RICHARD V. les benzodiazépines ont des vertus « *myorelaxantes, elles provoquent une amnésie antérograde, un effet anxiolytique, sédatives et anticonvulsivantes.* »

Ces multiples propriétés leurs confèrent une grande utilité dans le secteur médical. C'est pourquoi, elles sont recommandées dans plusieurs pathologies.

- Indications :

En effet, l'une de ces pathologies est l'anxiété primitive ou secondaire suite à un trouble neurologique.

Elles ont également prouvé leurs efficacités dans le sevrage alcoolique (pré-delirium tremens ou delirium tremens) ou encore dans les épilepsies et le tétanos. (RICHARD V.)

De plus, par leurs caractères sédatifs, nous pouvons les utiliser en anesthésiologie.

Comme nous avons pu le constater, les anxiolytiques benzodiazépines sont très efficaces. Cependant, elles sont aussi à l'origine de nombreux effets secondaires que nous détaillerons par la suite. Il faut donc rester vigilant lors de la prise de ces médicaments et respecter les recommandations. (RICHARD V.)

- Recommandations d'utilisation :

Lorsque nous prenons des benzodiazépines, nous devons les utiliser à dose minimale efficace et pendant la durée la plus courte possible. En effet, à long terme, ces traitements entraînent une dépendance et un syndrome de sevrage à l'arrêt du traitement. Il se traduira chez le patient par une confusion, une agressivité, des troubles cognitifs avec amnésie antérograde et enfin une diminution de l'attention.

Concernant les personnes insuffisantes respiratoires sévères, il est formellement contre indiqué de prendre des benzodiazépines.

Comme dit précédemment, les benzodiazépines peuvent être responsables d'effets indésirables que nous allons citer ci-dessous :

La sédation	C'est un effet indésirable qu'il est important de prendre en compte surtout pour les personnes pratiquant la conduite automobile. En effet, il y a un risque d'accident dû à l'endormissement au volant. Lorsque le patient perçoit cet effet lors de la prise de benzodiazépines, il doit

	impérativement consulter son médecin. Celui-ci adaptera les doses ou trouvera une autre molécule.
Les troubles mnésiques	Il arrive quelquefois que le patient oublie ce qui s'est déroulé après le début de l'amnésie : c'est ce que nous appelons l'amnésie antérograde. En effet, nous avons alors l'impression que le patient n'apprend plus et que sa mémoire s'efface au fur et à mesure que le temps passe.
Les troubles de l'équilibre	Les benzodiazépines entraînent une myo-relaxation chez les patients qui en consomment. Cela augmente le risque de chute surtout chez la personne âgée.
Les effets comportementaux paradoxaux	L'agitation, l'agressivité et les activités automatiques suivies d'amnésie sont des effets indésirables rares qui interdisent l'utilisation de benzodiazépines dès leurs apparitions. Généralement, ils surviennent quand nous mélangeons ces anxiolytiques à de l'alcool ou à d'autres toxiques (drogues).

- Les précautions d'emploi :

C'est pourquoi pour certaines personnes comme les personnes âgées, les femmes enceintes et/ou allaitantes, les patients avec des antécédents d'effets paradoxaux sous benzodiazépines ou ayant d'anciennes addictions, il est important de rester vigilants en prenant ces médicaments. (RICHARD. V)

Exemples de benzodiazépines :

Demi-vie (heures)	Nom générique	Nom commercial	Forme et doses disponibles	Dose équivalente approximative (mg)
Courte (1-5)	Midazolam	Versed	Intra-veineux	—
	Triazolam	Halcion	Comprimés, 0,125 ; 0,25	0,25
Intermédiaire (6-24)	Alprazolam	Xanax	Comprimés, 0,25 ; 0,5 ; 1.0 ; 20	0,5
	Bromazepam	Lectopam	Comprimés, 1,5 ; 3 ; 6	3,0
	Lorazepam	Ativan	Comprimés, 0,5 ; 1 ; 2	1
	Oxazepam	Serax	Comprimés, 10 ; 15 ; 30	15
	Temazepam	Restoril	Capsules, 0,125 ; 0,25	10
Longue (24-60)	Chlordiazépoxide	Librium	Capsules, 5 ; 10 ; 25 Comprimés, 5 ; 25	25
	Clonazepam	Rivotril	Comprimés, 0,5 ; 1 ; 2	0,25
	Clorazepate	Tranxene	Comprimés, 3,75 ; 7,5 ; 15	10
	Diazepam	Valium	Comprimés, 2 ; 5 ; 10 Liquide, 5 mg/ml Suppositoire, 5 mg/ml	5
	Flurazepam	Dalmane	Capsules, 15 ; 30	15
	Nitrazepam	Mogadon	Comprimés, 5 ; 10	2,5

Figure 6. Conseils cliniques pour faciliter le sevrage des benzodiazépines / Santé mentale au Québec.

Après avoir détaillé les anxiolytiques benzodiazépines, nous allons aborder les anxiolytiques non benzodiazépines. Ils sont constitués de plusieurs classes de médicaments comme les bêta-bloquants ou encore les antidépresseurs.

Les anxiolytiques non benzodiazépines

Les benzodiazépines anxiolytiques sont les plus efficaces et les mieux tolérées. Cependant, Il existe d'autres possibilités de traitements pour l'anxiété.

Entre autres, nous pouvons utiliser des tranquillisants tels que le buspirone mais aussi des béta-bloquants ou encore des antidépresseurs.

Il nous semble important de détailler plus précisément les antidépresseurs car il n'est pas rare de les voir associer à des anxiolytiques dans le traitement d'un patient anxieux. En effet, l'anxiété peut être associée, comme mentionné en première partie de cette thèse, à un trouble dépressif. Nous allons donc voir leurs mécanismes d'actions, leurs actions ainsi que leurs effets indésirables.

II.2.3. Les antidépresseurs

Il existe plusieurs classes d'antidépresseurs avec des mécanismes d'actions variés que nous serons amenés à détailler par la suite.

Nous allons commencer par voir les principales indications des antidépresseurs.

Certains antidépresseurs ont reçu l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) et sont utilisés dans le traitement de fond de la prise en charge des « *TOC* », de l'anxiété généralisée, de la prévention des attaques de paniques et des phobies sociales.

Il faut être patient avec les antidépresseurs car plusieurs mois de traitement sont nécessaires pour ressentir une réelle efficacité. Nous allons mieux les comprendre en analysant leurs pharmacologies.

- Pharmacologie :

Nous avons constaté chez les personnes dépressives, la présence de modifications dans la conduction et dans la libération de certains neurotransmetteurs au niveau de leurs systèmes nerveux.

C'est pourquoi, les différentes classes d'antidépresseurs citées ci-dessous ont un rôle pharmacologique primordial au niveau du cerveau.

En effet, ils ont pour but de rééquilibrer le taux de neurotransmetteurs libérés dans la fente synaptique des neurones.

D'après PSYCOM, ils existent plusieurs méthodes propres à chaque classe d'antidépresseurs. Nous les détaillerons et illustrerons ci-dessous :

<u>Tricycliques :</u>	Également connus sous le nom d'antidépresseurs imipraminiques, ils se distinguent des autres par leurs mécanismes d'action. En effet, ils agissent bien par inhibition de la recapture de la *sérotonine* et de la *noradrénaline* mais de façon non spécifique. Cette non spécificité crée des effets supplémentaires aux effets recherchés que nous appelons effets secondaires. Nous constatons effectivement des effets antihistaminiques H1, anticholinergiques et antiadrénergiques qui s'ajoutent aux effets antidépresseurs de ces molécules. Ils ont pour rôle le traitement de la dépression, des « *TOCS* » et sont utiles dans l'énurésie nocturne. Exemples d'antidépresseurs imipraminiques : Imipramine (Tofranil®) ; Clomipramine (Anafranil®)
<u>ISRS :</u>	Leurs noms indiquent leurs actions pharmacologiques : ils sont inhibiteurs spécifiques de la recapture de la *sérotonine*. En effet, ces antidépresseurs ciblent un neurotransmetteur en particulier qui est la *sérotonine* que nous allons détailler. Exemples d'antidépresseurs ISRS : Fluoxétine (Prozac®) ; Paroxétine (Deroxat®)

La sérotonine

D'après KORCZAK J.D, la *sérotonine* est aussi connue sous le nom de *5 hydroxytryptamine* (5HT). Elle vient du *tryptophane* qui est un acide aminé bénéfique pour les protéines du corps humain. Nous les retrouvons dans certains aliments comme « *le riz complet, les produits laitiers, les bananes, le chocolat, les légumineuses mais aussi dans les œufs et le poisson* » mais également dans le gruyère, les amandes et les noix de cajou.

Après avoir vu dans quels aliments nous pouvions trouver la *sérotonine*, nous allons voir son action dans le cerveau.

- La *sérotonine* dans le système nerveux :

Tout d'abord, nous allons définir la synapse. Elle correspond à la zone de contact entre deux neurones, l'un appelé pré-synaptique et l'autre appelé post-synaptique.

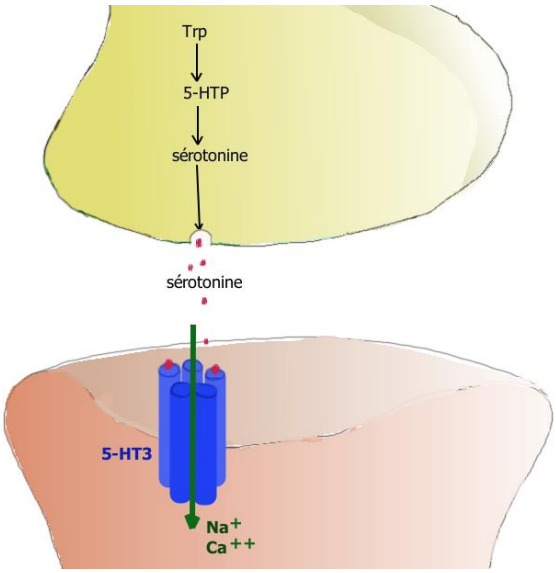


Figure 7. Une synapse

Nous allons voir, par cette illustration, ce qu'il se passe dans la synapse d'un neurone.

Les neurotransmetteurs arrivent dans les neurones pré-synaptiques et sont transportés à travers des vésicules pour être ensuite libérés dans la fente synaptique. Des récepteurs spécifiques se trouvent au niveau du neurone post-synaptique et vont se lier aux neurotransmetteurs. Ils entraîneront par la suite une cascade de réactions cellulaires.

Il existe, également, des récepteurs au niveau pré-synaptique qui ont pour but de recapturer les neurotransmetteurs. Les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la *sérotonine* (ISRS) utilisent justement cette recapture. Ils la bloquent afin de garder un taux important de *sérotonine* le plus longtemps possible dans la fente synaptique. C'est de cette façon que nous stimulons davantage les neurones et que nous constatons des effets bénéfiques sur l'humeur.

Nous allons maintenant nous concentrer sur les récepteurs sérotoninergiques.

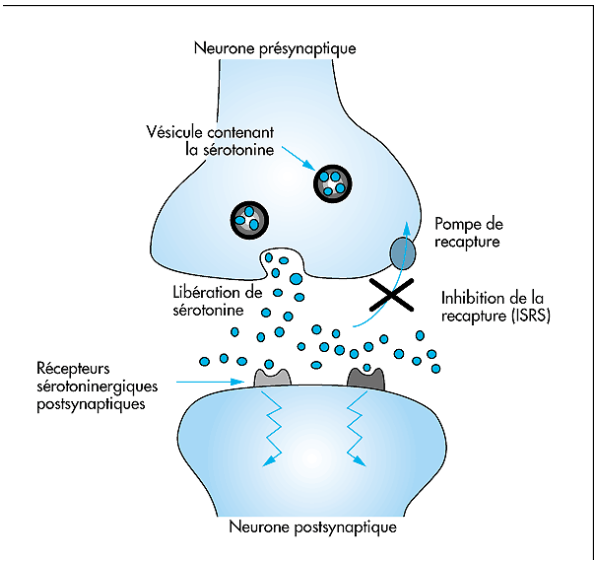


Figure 8. Les récepteurs sérotoninergiques (technoplus.org)

- Les récepteurs sérotoninergiques :

D'après VERDIER M.C, il existe 7 familles de récepteurs : 5HT1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7. Nous les divisons en deux parties en fonctions de leurs couplages. Ils sont tous couplés à une protéine G sauf un : le récepteur 5HT3 qui, lui, est un récepteur canaux à perméabilité cationique.

Les récepteurs 5HT1 :

Ils sont classés en différentes catégories en fonction de leurs localisations et de leurs modes d'action. Ainsi, il existe des récepteurs 5HT1 A, B, D et F.

Nous allons lister et détailler ces différents récepteurs :

Les récepteurs 5HT1A :	Ces récepteurs se trouvent dans le SNC. Ils fonctionnent par inhibition pré-synaptique c'est-à-dire qu'ils bloquent la recapture de la *sérotonine* au niveau du neurone pré-synaptique. Ainsi, ils augmentent la stimulation des récepteurs se trouvant sur le neurone post-synaptique. Certaines molécules dont la buspirone activent cette inhibition et est responsable des différents effets. En effet, nous constatons divers effets sur les personnes au niveau du sommeil, de la satiété, de la thermorégulation, de la vasoconstriction cérébrale mais aussi de l'humeur.
Les récepteurs 5HT1B/D/F :	Ils se trouvent également au niveau du SNC. Ils agissent de la même façon que les 5HT1A. Leurs agonistes sont les triptans et la dihydro-ergotamine qui vont venir stimuler ces récepteurs. Ces récepteurs et leurs activations vont permettre de traiter la migraine.
Les récepteurs 5HT2A :	Ces récepteurs sont principalement dans les plaquettes, le cortex et dans les muscles lisses. Le LSD et le psilocybine sont des agonistes de ces récepteurs. Ils agissent par

	stimulation post-synaptique. Il en résultera des effets hallucinogènes.
<u>Les récepteurs 5HT3 :</u>	Nous les retrouvons au niveau du centre de vomissement et du SNC. Il existe différents agonistes comme les sétrons qui stimulent le neurone post-synaptique. Ces récepteurs jouent un rôle dans la douleur et dans les vomissements.
<u>Les récepteurs 5HT4 :</u>	Ils se trouvent dans l'hippocampe, le cœur, la vessie et les muscles lisses du tube digestif. Comme les 5HT2 et les 5HT3, les récepteurs 5HT4 agissent par stimulation post-synaptique. Le prucalopride est l'un des agonistes des 5HT4. Ils participent au traitement des reflux gastro-œsophagien. Tous ces récepteurs font intervenir un neurotransmetteur qui est la *sérotonine*. Elle a de multiples rôles dans l'organisme. En effet, la *sérotonine* intervient dans le métabolisme cellulaire, le sommeil, la thermorégulation mais aussi l'activité sexuelle. Elle joue également un rôle dans « *la régulation des comportements en diminuant l'anxiété et améliorant l'humeur, dans la prise de décision, la motivation et l'apprentissage.* »

Il existe d'autres récepteurs faisant intervenir de la *noradrénaline* comme les IRSNA que nous allons voir ci-dessous.

Ils sont basés sur l'inhibition spécifique de la recapture de la *sérotonine* et de la *noradrénaline*, ils sont donc plus efficaces. Duloxétine (Cymbalta®) fait partie de cette classe de médicaments.

Le délai d'action des antidépresseurs

Tous les antidépresseurs, peu importe leurs mécanismes d'actions, ont un délai d'action d'environ 2 à 4 semaines avant qu'ils ne soient efficaces. Nous pouvons expliquer ce phénomène pharmacologiquement.

En effet, pour que les auto-récepteurs pré-synaptiques ne recaptent plus la *sérotonine* et la *noradrénaline*, cela prend un certain temps. C'est le temps que prend l'antidépresseur pour devenir efficace et agir.

Les antidépresseurs sont des médicaments pouvant entraîner quelques effets secondaires. Il faut donc rester vigilant.

Les effets indésirables

Les tricycliques :	Les antidépresseurs tricycliques ont des « *effets anticholinergiques représentés chez le patient par des risques de confusion mentale, de glaucome et de rétention urinaire.* » De plus, des effets adrénolytiques peuvent se manifester par une hypotension orthostatique.
Les ISRS (Inhibiteur sélectif de la recapture sérotoninergique) :	Concernant les ISRS, nous pouvons constater « *des nausées, vomissements, diarrhée, troubles de la libido.* » Il existe aussi un risque de syndrome sérotoninergique qui peut se produire

	quand il y a un excès de *sérotonine* dans le corps humain ou que les récepteurs sont trop stimulés. Ce syndrome se traduit par « *des flashs dû à des troubles vasculaires, par des troubles psychiques comme de l'agitation et de la confusion. Nous remarquons, également, des tremblements, une rigidité et une hyperactivité mais aussi une hyperthermie, une tachycardie et des frissons.* »
Les IRSNA (inhibiteur mixte de la recapture de la *sérotonine* et de la *noradrénaline*)	Brièvement, pour les antidépresseurs IRSNA, nous ne retiendrons que des nausées et céphalées comme effets secondaires.

Lors de la prescription d'un antidépresseur, il est important de respecter certaines règles de prescription et des précautions d'emploi. C'est ce que nous allons aborder dans la suite de cette thèse.

Les règles de prescription

Selon l'intensité de l'anxiété que nous voulons traiter, il est possible de prescrire un anxiolytique associé à un antidépresseur ou à un hypnotique. Cependant, si tel est le cas, il faudra veiller à ce que les patients les prennent de façon brève. De plus, il faudra penser à réévaluer fréquemment la nécessité de la prescription car à long terme, les effets secondaires et la dépendance peuvent se manifester.

Le médecin doit prendre en compte trois éléments afin de connaître l'utilité de prescription d'antidépresseurs pour un individu. Il doit être vigilant à l'intensité des symptômes ressentis par le patient. Il doit voir si un soulagement de la douleur est vraiment nécessaire et indispensable. Enfin, il doit se renseigner auprès du patient sur la prise et l'efficacité d'autres traitements possibles, moins puissants mais mieux tolérés que les antidépresseurs.

Les précautions d'emploi

Lorsque nous décidons d'arrêter un antidépresseur et que le traitement a duré plus de 6 semaines, nous devons procéder à une décroissance progressive de la posologie. Cela se fait sur une durée d'en moyenne deux semaines afin d'éviter un syndrome de sevrage composée de nausées et de vertiges. La durée de décroissance est décidée en fonction de la dose de l'antidépresseur et de son temps de prescription.

Face aux médicaments que nous venons d'aborder (anxiolytiques et antidépresseurs), il existe des méthodes naturelles. Nous pouvons recommander la thérapie cognitive-comportementale et l'homéopathie contre l'anxiété. Ce sont même les traitements de première intention. Il ne faut pas, à notre sens, négliger ces traitements qui nous semblent très efficaces.

II.2.4. La TCC (thérapie cognitivo-comportementale)

« La méthode psychique exige avant tout du patient qu'il agisse sur lui-même... » S.Zweig (ANDRIEU B.1999 p.27).

La thérapie cognitivo-comportementale est une technique permettant au sujet de revivre la ou les situations à l'origine de son anxiété et/ou de son mal-être. Elle lui permet également de trouver sa façon à lui de la vivre ou de la voir différemment. C'est comme cela que le patient prend conscience de la non gravité de la situation et pourra désamorcer les réactions de défense qu'il a mis en place.

II.2.5. L' homéopathie

D'après BOIRON, l'homéopathie est un mot qui se compose du mot *homoios* qui veut dire « *similaire* » et de *pathos* qui correspond à la « *souffrance* » ou « *maladie.* »

L'homéopathie a été découverte par Samuel Hanhemann (1755-1843). Il nous semble intéressant de connaître précisément comment il a procédé.

« Un médecin doit être un ami de l'ordre, un homme d'amour et de charité. »

Scientifique et médecin allemand, son intérêt pour l'homéopathie débute lorsqu'il dut traduire un livre concernant le quinquina du Pérou : *Le traité des matières médicales.* N'étant pas d'accord sur l'utilisation préconisée par l'auteur, il décida de s'en administrer à de multiples reprises et à chaque fois, il put remarquer l'arrivée d'une « *fièvre intermittente.* » C'est à partir de là que naîtra la loi de la similitude dans son esprit, l'un des piliers de l'homéopathie que nous allons développer dans cette thèse.

Les 3 principes de l'homéopathie

- Principe de similitude

Il correspond au pilier de l'homéopathie. Elle se base sur l'adage d'Hippocrate : *« Similia similibus curentur »* qui signifie que le semblable guérit le semblable. Selon ce principe, si nous administrons une forte dose d'une substance à une personne saine, cela peut provoquer des symptômes caractéristiques de la substance. Cependant, si une personne malade prend cette même substance à une faible dose, il est possible que le malade guérisse. Un même composé peut donc provoquer des symptômes chez un individu ou bien les guérir en fonction de la dose administrée et de l'état de la personne à qui nous l'administrons.

- Loi de l'individuation

Il faut savoir qu'en homéopathie, nous soignons avant tout la personne et non la pathologie. Nous nous basons sur les caractères propres de l'individu car chaque personne est unique et répond, par conséquent, différemment au traitement.

- Le principe de la dilution infinitésimale

Il est indispensable de diluer les préparations homéopathiques afin d'assurer l'innocuité du traitement car les différents composants, sans dilution, peuvent être toxiques pour le malade. Il faut donc diluer et ajuster le dosage à la personne et à ses maux.

Maintenant que nous avons abordés les principes de l'homéopathie, nous allons voir les différentes spécialités homéopathiques en officine et leurs propriétés.

L'homéopathie et l'anxiété en Pharmacie

Il existe des souches homéopathiques à visée sédative pour traiter l'anxiété en pharmacie tels que Quiétude®, Sédatif PC® ou encore Zenalia®. Nous allons les voir plus en détail. (BOIRON)

Quiétude®	Nous pouvons utiliser cette spécialité sous forme de sirop dès l'âge de 1 an lorsqu'une personne présente des troubles du sommeil mineurs ou de la nervosité. Elle est composée de camomille, passiflore, gelsemium et de kalium.

<u>Sédatif PC®</u> 	Utilisée dans les cas de troubles mineurs du sommeil et dans l'anxiété, Sédatif PC est composé entre autres de belladone, calendula et d'aconit. Il se présente sous forme de comprimés à sucer. Pour les enfants de moins de 6 ans, il faudra dissoudre les comprimés dans de l'eau pour éviter le risque de fausses routes.
<u>Zenalia®</u> 	Zenalia® se présente sous forme de comprimés à sucer. Ils se composent de gelsemium et de kalium pour traiter les petits coups de stress allant de l'appréhension à l'anxiété.

L'ignatia et/ou le gelsemium peuvent également être conseillés pour faire face à l'anxiété sous la forme de granules. Le L72 du laboratoire Lehning améliore la qualité du sommeil qui peut être perturbé lors de stress intense.

Ces spécialités homéopathiques sont, selon nous, de bonnes alternatives pour éviter de prendre des anxiolytiques ou antidépresseurs. L'aromathérapie que nous détaillerons par la suite est également bénéfique contre l'anxiété.

II.2.6. L'aromathérapie

L'aromathérapie consiste en l'utilisation d'huiles essentielles ayant pour objectif le bien-être des personnes. Elle fut découverte par le chimiste René Maurice Gattefossé qui découvrit les bienfaits des huiles essentielles. (RABASA S. / BOIRON)

René Maurice Gattefossé

Chimiste et pharmacien français, il découvre en 1910 les bienfaits de l'huile essentielle de lavande fine (*Lavandula augustifolia*). Effectivement, en se brûlant lors d'une expérience en laboratoire, il mit dessus ce qui lui tomba sous la main et qui n'était rien d'autre que de l'huile de lavande. Finalement, il s'émerveilla de voir la rapidité de sa guérison. Depuis ce moment, il étudiera les vertus des huiles essentielles et leur donnera le nom d'aromathérapie en 1928. (RABASA S.)

L'aromathérapie et l'anxiété

Avant toute chose, il nous semble important de rappeler quelques précautions importantes lors de l'utilisation des huiles essentielles.

D'après Dr VALNET (2006), une huile essentielle peut s'utiliser de différentes manières :

Le massage	Il faudra diluer les gouttes d'huiles essentielles dans une huile végétale à raison de 40 à 100 gouttes d'huiles essentielles pour 100 ml d'huile végétale.
La dilution dans le bain	20 gouttes d'huiles essentielles seront diluées dans le bain. Il faudra y rester 15 minutes en respirant les vapeurs.
L'inhalation	En inhalation humide : 2 à 6 gouttes seront diluées dans un bol d'eau bouillante. En inhalation sèche : 1 à 2 gouttes sur un mouchoir ou sur votre oreiller.

L'utilisation pure	1 à 2 gouttes à appliquer directement sur les tempes, les lésions ou les piqûres d'insectes.
L'usage interne	1 à 2 gouttes seront à mettre sur un sucre ou mélangées dans du miel.
La diffusion	Nous mettrons quelques gouttes dans un diffuseur d'arômes ou dans une soucoupe sur le radiateur.

Après avoir rappelé certaines règles d'utilisations, nous allons nous intéresser à certaines huiles essentielles qui ciblent le stress et à leurs utilisations :

L'arbre à thé (*Melaleuca alternifolia*)	Utilisée en diffusion.
Le basilic (*Ocicum basilicum*)	Il va s'utiliser en massage au niveau du plexus solaire et des poignets. En inhalation : 1 à 2 gouttes sur un mouchoir ou sur un vêtement Nous pouvons également mettre 20 gouttes diluées dans le bain.
La bergamote (*Citrus bergamia*)	Après une journée chargée et dans le but de décompresser, il est recommandé de se plonger dans un bain dans lequel nous aurons mélangé 5 gouttes d'huile essentielle d'orange, 5 gouttes de bergamote et 10 gouttes d'huile essentielle de vétiver.
La camomille romaine (*Chamaemelum nobile)*	Nous l'utilisons en massage au niveau du plexus solaire ou de la plante des pieds ou 20 gouttes diluées dans le bain.
La lavande fine (*Lavandula augustifolia*)	Elle doit être mélangée à 10 gouttes d'huile essentielle de marjolaine à

	coquilles et à 10 gouttes de camomille romaine, dans 50 ml d'huile végétale pour être utilisée en massage des pieds. Elle peut également être utilisée en usage interne à raison d'1 ou 2 gouttes sur un sucre.
L'eucalyptus citronné (*Eucalyptus citriodora*)	S'utilise en diffusion.

Après avoir vu l'aromathérapie et ses utilisations contre le stress, nous allons maintenant nous intéresser à la phytothérapie, autre alternative naturelle pour soigner l'anxiété.

II.2.7. La phytothérapie

Le mot phytothérapie a pour origine « *phytos* » qui désigne la plante et « *therapeuo* » qui correspond à soigner.

Par conséquent, la phytothérapie se définit par le fait de traiter les maladies par des traitements à base d'extraits de plantes ou par les plantes elles-mêmes.

La phytothérapie et l'anxiété

Le Kava : 	Son nom latin est : *piper methysticum* Forst. Nous trouvons cette plante généralement en Nouvelle-Guinée et à Hawaï. Nous portons notre attention sur les racines du kava qui ont des vertus anxiolytiques à un dosage maximum de 300mg

	par jour sous risque d'atteintes hépatiques. Nous recommandons de faire une cure de trois mois. Nous pouvons, également, l'utiliser pour d'autres indications comme les cystites ou encore le sevrage alcoolique. Il faut, toutefois, savoir que le kava n'est pas inscrit à la pharmacopée française et n'est donc pas considéré comme ayant des propriétés médicinales.
<u>La passiflore :</u> 	Nommée également, *Passiflora incarnata* L. en latin, la passiflore est produite en Espagne, en Italie, en Inde et en Floride. La tige, la fleur et les feuilles contiennent la drogue végétale responsable de son activité anxiolytique. Elle facilite également l'endormissement par diminution de la nervosité. De plus, nous remarquons son efficacité comme antispasmodique et antitussive. Contrairement au kava, la passiflore est inscrite à la pharmacopée française. (Liste A) Seul le pharmacien peut la vendre car elle relève du monopole pharmaceutique.

La Valériane : 	C'est la racine qui est importante dans la Valériane ou en latin *Valériana officinalis L*. Elle a des propriétés anti-spasmolytiques, sédatives, anticonvulsivantes et myorelaxantes.
L'escholtzia : 	La partie aérienne fleurie d'escholtzia *californica* a des vertus antispasmolytiques, sédatives et à un rôle à jouer dans le sevrage des anxiolytiques.
L'aubépine : 	Par ses fleurs blanches et ses baies rouges, l'aubépine ou *Crataegus laevigata* est utilisée dans le traitement de la nervosité. Elle facilite également l'endormissement et joue sur les troubles cardiaques ainsi que sur l'insuffisance cardiaque modérée. Elle peut également être utilisée dans l'asthme, la diarrhée, les calculs biliaires ainsi que les règles douloureuses.
La rhodiole :	Nous la nommons en latin : *rhodiola rosea*. Dans cette plante, c'est la racine qui nous intéresse car elle a des propriétés adaptogènes. Elle est utile

	à l'organisme lors de situations stressantes et permet de mieux la gérer de par son action relaxante.

(CARVIN J.)

Les spécialités en pharmacie

Il existe différentes spécialités à base de plantes en pharmacie telles que Euphytose® Spasmine® Tranquital® et Sympathyl®.

Euphytose®	Composé de valériane, passiflore, aubépine et de ballote, Euphytose® est utilisé dans les troubles mineurs de l'anxiété et du sommeil.
Spasmine®	Cette spécialité contient de la valériane et de l'aubépine qui seront bénéfiques lors de nervosité et/ ou de problèmes d'insomnies.
Sympathyl®	Constitué d'escholtzia, d'aubépine, et de magnésium, le Sympathyl® va permettre de réduire la nervosité et a des vertus sédatives.

Tranquital® 	Composé de valériane et d'aubépine, Tranquital® va permettre un sommeil réparateur accompagné d'un effet décontractant.

Si les solutions précédentes ne fonctionnent pas, nous pouvons aussi suggérer l'hypnose. C'est une pratique qui commence de plus en plus à voir le jour et notamment dans les hôpitaux lors d'interventions.

II.2.8. L'hypnose

L'hypnose ou l'auto-hypnose est une méthode pratiquée par un hypnotiseur ou par soi-même. Elle permet de trouver un échappatoire lors de moments de stress intenses. Elle instaure le calme et la sérénité dans l'esprit de la personne afin qu'elle puisse gérer d'une façon plus efficace ses émotions et de trouver des solutions aux problèmes qu'elle rencontre.

Une séance d'hypnose se déroule en 4 étapes :

La première étape consiste en une phase d'induction via une technique de fixation visuelle. Il est demandé au patient de fixer un point dans la pièce et nous lui suggérons ensuite que ses paupières sont lourdes afin qu'il les ferme de façon automatique.

La seconde étape est une étape d'approfondissement pour le patient qui va compter de 1 à 10 ou se concentrer sur sa respiration afin d'instaurer le calme en elle.

La troisième étape va se baser sur une imagerie guidée. Il sera suggéré au patient d'imaginer une image, un lieu dans lequel il se sent bien, au calme et ainsi de l'associer à son état de bien-être.

Et finalement, arrive la quatrième étape qui est la phase d'éveil. Il est demandé au patient de se réveiller quand il le souhaite et quand il se sent prêt.

Les recommandations hygiéno-diététiques

Pour remédier au stress et à l'anxiété, il est conseillé de pratiquer une activité sportive de façon régulière. De plus, l'alcool, le tabac et le café ne sont pas recommandés et sont à éviter au maximum. Le sommeil est très important, il faut essayer de respecter 8 heures de sommeil par nuit, de s'endormir et se réveiller à horaires réguliers. Une alimentation saine et équilibrée est recommandée ainsi que la pratique de la relaxation comme le yoga taichi, le biofeedback ou encore la sophrologie.

II.3. La coordination avec le traitement par rapport au médecin et/ou au psychiatre

II.3.1. L'importance de l'observance du traitement par le patient

Lorsque le médecin prescrit des psychotropes, il est nécessaire de prendre en compte l'observance du traitement par le patient. Pour cela, la relation médecin-malade est importante. En effet, lors de la consultation, le médecin doit entrer dans la vie du patient, tenter de le connaître davantage. De plus, il doit faire preuve d'empathie pour créer un climat de confiance entre lui et son patient.

Selon nous, si le patient se sent soutenu, sans aucun jugement de la part du médecin sur sa situation ou sa personne, il aura davantage envie de suivre son traitement. Il voudra garder la relation de confiance crée avec son médecin lors de la consultation. Cela se répercutera sur son observance face au traitement.

Le médecin ne doit pas oublier d'expliquer au patient ses traitements, et cela de façon précise. En effet, si le patient comprend les raisons de son traitement ainsi que leurs effets secondaires, il pourra mieux faire face aux complications et sera acteur dans son traitement.

Le pharmacien doit, quant à lui, s'assurer de la bonne compréhension du traitement par le patient. Il a un rôle privilégié par rapport au médecin car le pharmacien reste aux yeux du patient le professionnel de santé le plus accessible. C'est grâce à cette proximité avec le malade que le pharmacien pourra comprendre plus facilement les causes de l'inobservance d'un traitement comme l'apparition d'un effet secondaire non toléré. Par la délivrance des médicaments, le pharmacien peut également s'apercevoir d'une erreur du nombre de prises d'un médicament et juger de la bonne observance du traitement. Il pourra également rappeler au patient les règles hygiéno-diététiques et les conseils associés à chaque médicament.

II.3.2. La concertation pluridisciplinaire

D'après PALAZOLLO J. (2004), il y a un manque de concertation entre les psychiatres et les médecins hospitaliers. En effet, les diagnostics de pathologies mentales sont quelques peu subjectives et dépendent du prescripteur. Cela peut déstabiliser le patient. Il peut se perdre entre les différents diagnostics et traitements. Il faudrait tenter de trouver une solution pour que tous les prescripteurs se mettent d'accord sur la pathologie, les médicaments choisis et les posologies.

II.3.3. Le traitement et le psychiatre/médecin

Lorsque le médecin prescrit un traitement, il met en place à côté une psychothérapie pour le patient, un accompagnement social et des rapports réguliers avec des soignants. Cela est très important pour le rétablissement du patient. (PSYCOM)

Nous allons voir différents exemples de communication entre le professionnel de santé et le patient. Ils seront nécessaires pour avoir une bonne approche de celui-ci et créer une relation de confiance avec lui.

L'interrogatoire face aux patients anxieux

Quels sont les symptômes ressentis ?
Nous allons détailler quelques exemples de symptômes ressentis par le patient anxieux. Par la suite, nous nous concentrerons sur les questions que le pharmacien pourra poser en première intention ainsi que les conseils associés.

Exemples de plaintes du patient à l'officine :

1) « *Quelquefois, j'ai l'impression de ne pas réussir à respirer et je ressens le besoin de prendre une profonde inspiration* »

➔ Le pharmacien pourra penser à une crise d'angoisse. Il devra en rechercher la cause.
➔ Demander au patient s'il est dans une période stressante et s'il prend déjà des médicaments pour lutter contre son stress.
➔ Demander s'il y a d'autres signes associés comme fatigue, eczéma/psoriasis, agressivité, troubles digestifs.
➔ Conseiller une bonne hygiène de vie : pratiquer un sport 2 à 3 fois par semaine (yoga) et manger équilibré.
➔ Nous pourrons rechercher un élément déclencheur éventuel.
➔ Pensez à des traitements naturels (aromathérapie, homéopathie…) ou un suivi psychologique si besoin.

Exemples de questions posées par le pharmacien :
« *Depuis combien de temps le ressentez-vous ?* »
« *S'est-il produit récemment un événement dans votre vie qui aurait pu déclencher du stress ?* »
« *Qu'avez-vous fait face à cela ? Avez-vous pris un médicament quelconque ?* »

2) « *J'ai de plus en plus de mal à faire des nuits complètes. Il m'arrive de me réveiller dans la nuit ou d'avoir du mal à m'endormir le soir* »

➔ Le pharmacien doit faire attention que le patient ne prenne pas de médicaments éveillant avant d'aller se coucher tels que des corticoïdes (prednisone Cortancyl® ou prednisolone Solupred®).
➔ Conseiller de s'endormir et de se réveiller à heures régulières, d'éviter la télévision et ordinateurs avant d'aller se coucher. Eviter les excitants en soirée (café/ thé).
➔ Demandez depuis combien de temps cela se produit.
➔ A-t-il déjà essayé de prendre des hypnotiques/somnifères ?
➔ Est-il intéressé par des alternatives médicamenteuses naturelles ?

Dans un deuxième temps et en fonction des réponses données par le patient aux questions précédentes, nous aurons pour but de savoir si derrière les symptômes ressentis par le patient se cache un burn-out ou une dépression.
Il faudra donc s'intéresser à la vie du patient, lui poser des questions sur les causes de son mal-être et lui montrer que nous sommes disponibles pour lui.

La connaissance de la communication est alors importante. Pour avoir des réponses honnêtes et précises de la part du patient, il faut respecter certaines règles :
- Privilégier des questions ouvertes.
- Pratiquer la réelle écoute : prendre en compte la communication verbale et non verbale du patient.
- Prendre le temps d'écouter le patient, éviter de lui couper la parole.
- Reformuler ses réponses pour lui montrer notre intérêt et être certain d'avoir bien compris ce que le patient voulait nous dire.
- Donner des informations claires, fiables et honnêtes.
- S'assurer que le patient a bien compris le traitement proposé ou les conseils associés.
- Créer un rapport de confiance avec le patient.

Exemples de questions :

« *Connaissez- vous la cause de votre stress ?* »

S'il ne connait pas la cause de son stress :

« *Votre stress est-il lié à un environnement personnel et/ou professionnel stressant ?* »

« *Que faites-vous de votre temps libre ? »*

« Qu'attendez-vous de moi ? »

« Voulez-vous que nous prenions le temps de rechercher ensemble des solutions à vos problèmes ? »

Selon les réponses à ces questions, nous aurons différentes façons de prendre en charge le patient.

1) Cas où le patient « croule sous le travail », sans espoir, n'ayant pas de temps pour lui et ses loisirs, fatigué par ses journées, se rabaissant en permanence : pensez au Burn-out.
2) Cas où le patient vient de vivre un événement familial difficile, se plongeant dans le travail pour oublier et ne ressentant plus de plaisir dans la vie de tous les jours : pensez à la dépression.

➔ Nous devrons l'orienter vers son médecin généraliste et lui conseiller un suivi psychologique s'il ressent le besoin de parler de ses problèmes.
➔ Informer sa famille pour le soutenir quotidiennement (seulement si le patient le souhaite).
➔ Insister auprès du patient sur le bénéfice du sport pour se libérer de la pression professionnelle ou personnelle.
➔ Recommander du repos ou des vacances.

Pour rassurer le patient, il faut respecter certaines règles de communication :

- Ne pas pointer les émotions ressenties par le patient sous peine de les accentuer.
- Privilégier les termes « *Rassurez-vous* » plutôt que *« Ne vous inquiétez pas* »
- Ne pas hésiter à lui dire que vous êtes disponible s'il a d'autres questions ou soucis particuliers.

Exemple : « *Je comprends que cette situation ne soit pas facile pour vous mais il existe des solutions que nous pouvons aborder ensemble si vous le souhaitez* »

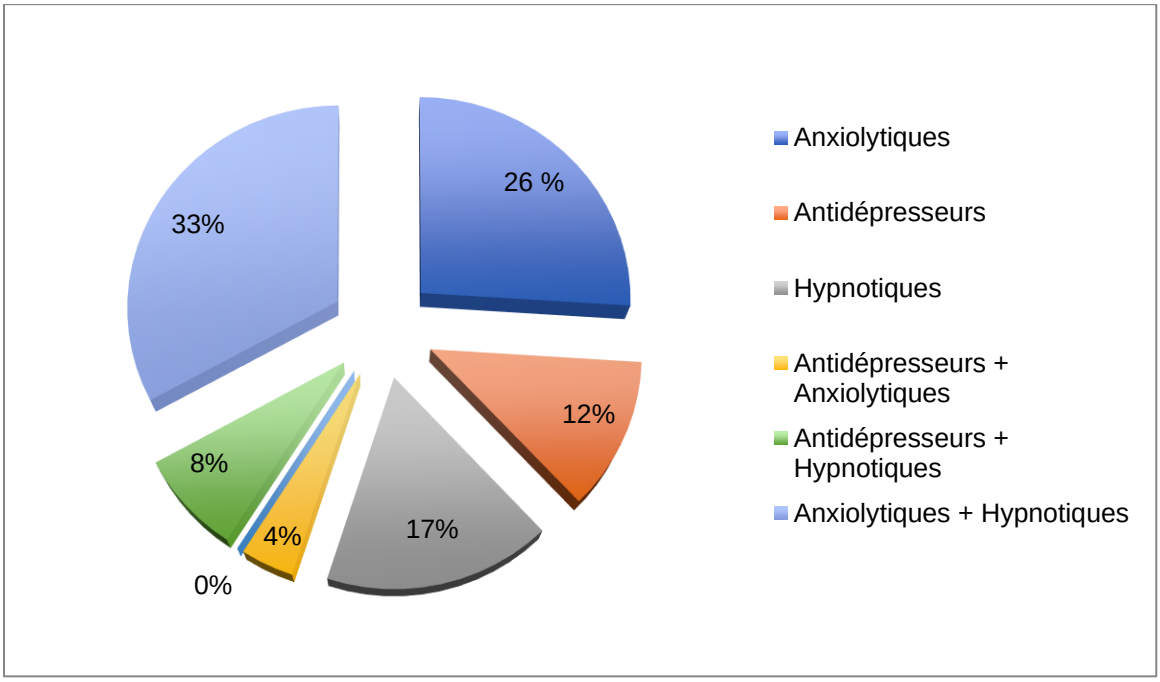
Ce sont des moyens de communication que tout professionnel de santé doit connaître et utiliser dans ses relations avec les patients.

III. Sondage des pratiques dans la population

Ce sondage est composé de 9 questions. Il met en évidence la consommation d'anxiolytiques, d'hypnotiques et d'antidépresseurs dans le traitement de l'anxiété dans la population Française. Il nous permet également de nous rendre compte du respect des règles hygiéno-diététiques. En effet, une alimentation appropriée et une pratique physique régulière représentent une place importante dans la prévention et le traitement de l'anxiété.

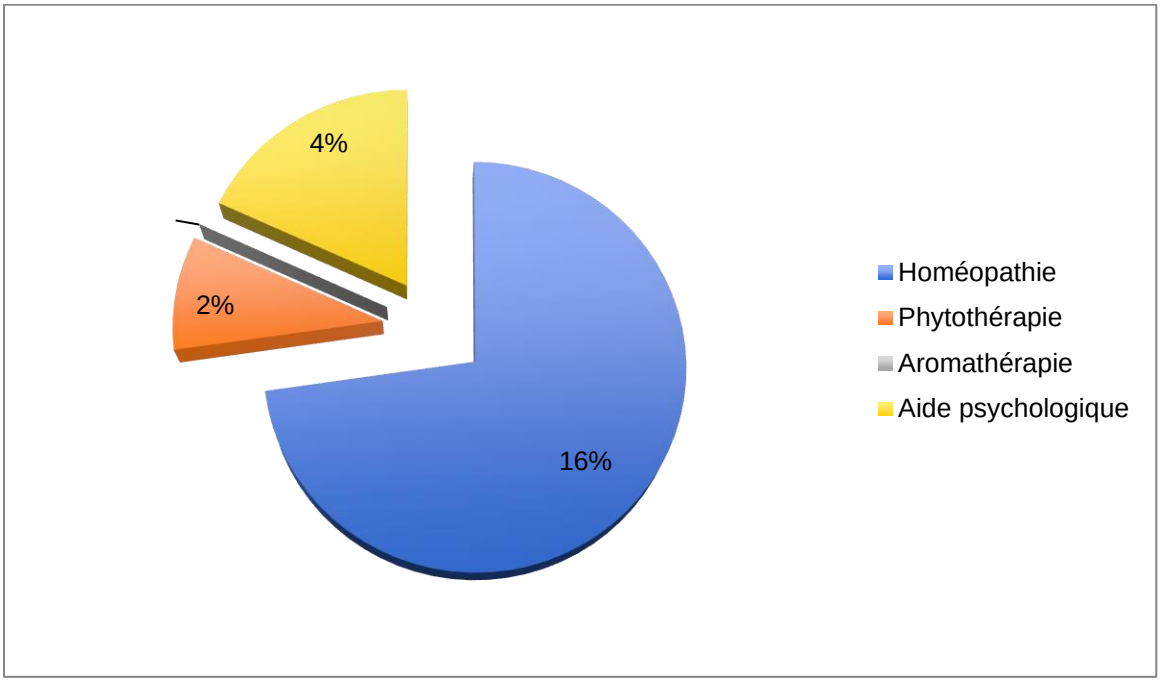
1) Avez-vous déjà pris, au cours de votre vie, des médicaments (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs) pour lutter contre le stress et/ou l'anxiété ? Si oui, lesquels ?

`



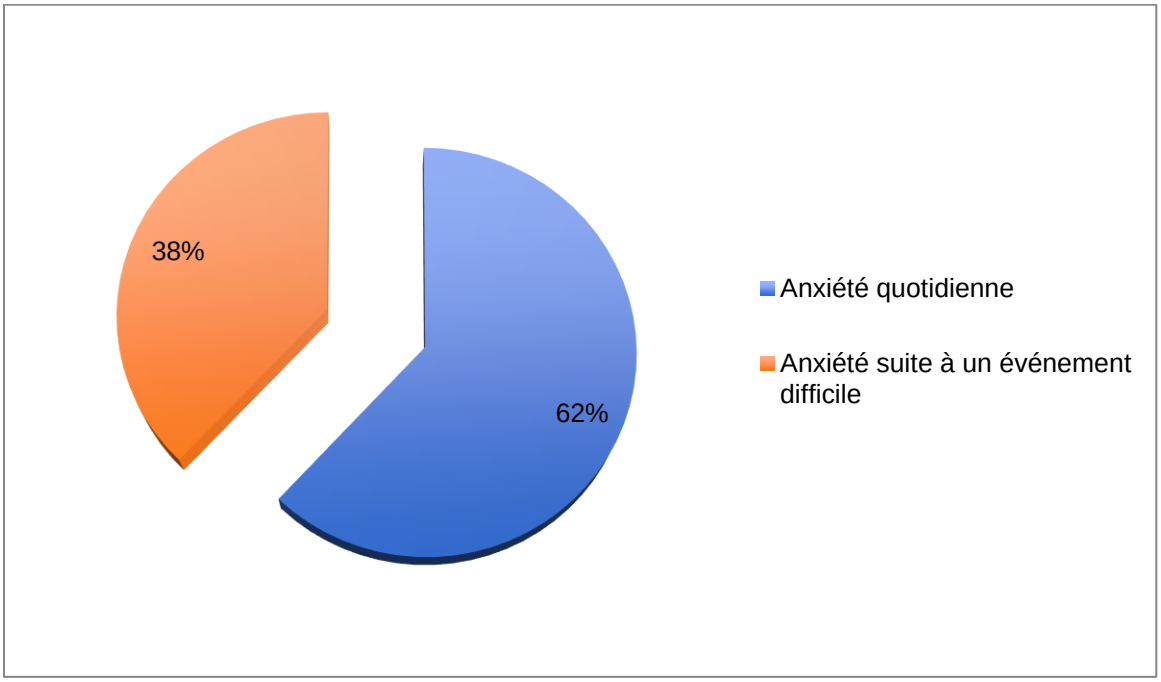
Nous constatons qu'une majorité de la population Française (33 %) consomment des anxiolytiques avec des hypnotiques contre 4 % pour la consommation d'antidépresseurs avec des anxiolytiques.

2) Aviez-vous essayé, en première intention, des méthodes non médicamenteuses ? Si oui, lesquels ?



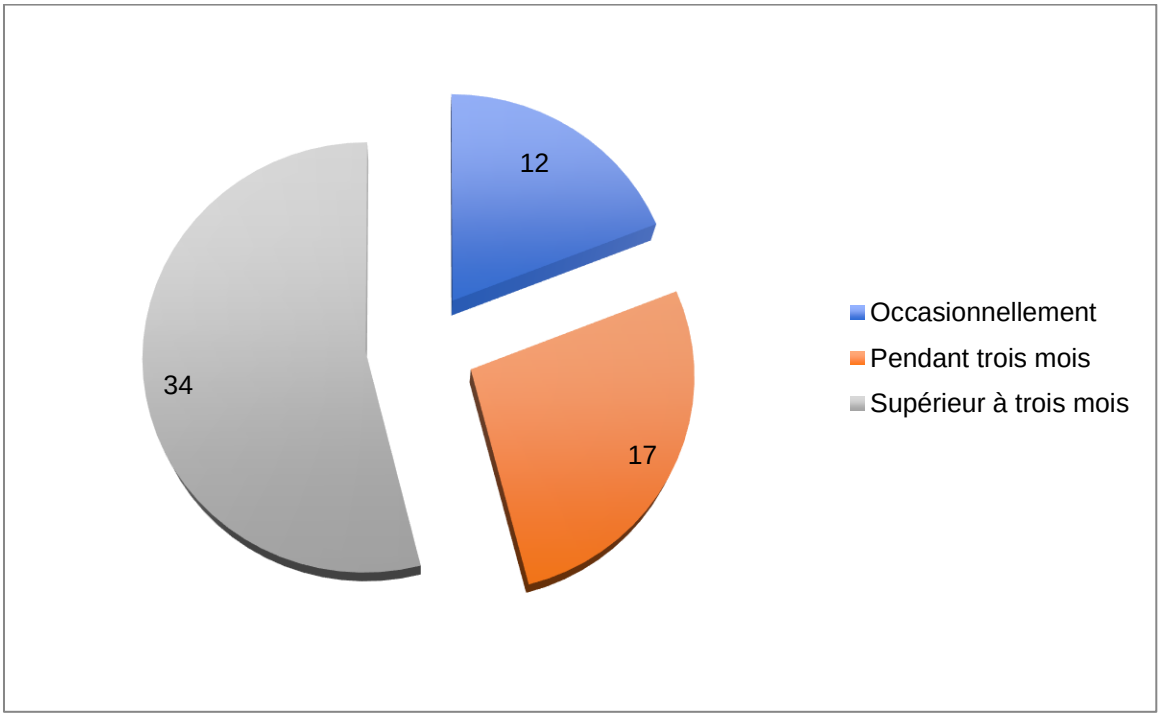
22 % de la population Française ont consommé en première intention des méthodes non médicamenteuses pour faire face à l'anxiété. Dans ces 22 %, 16 % ont privilégiés l'homéopathie à l'aromathérapie, à la phytothérapie ou encore à l'aide psychologique.

3) Était-ce pour un stress ou une anxiété quotidienne ou suite à un événement de vie difficile ?



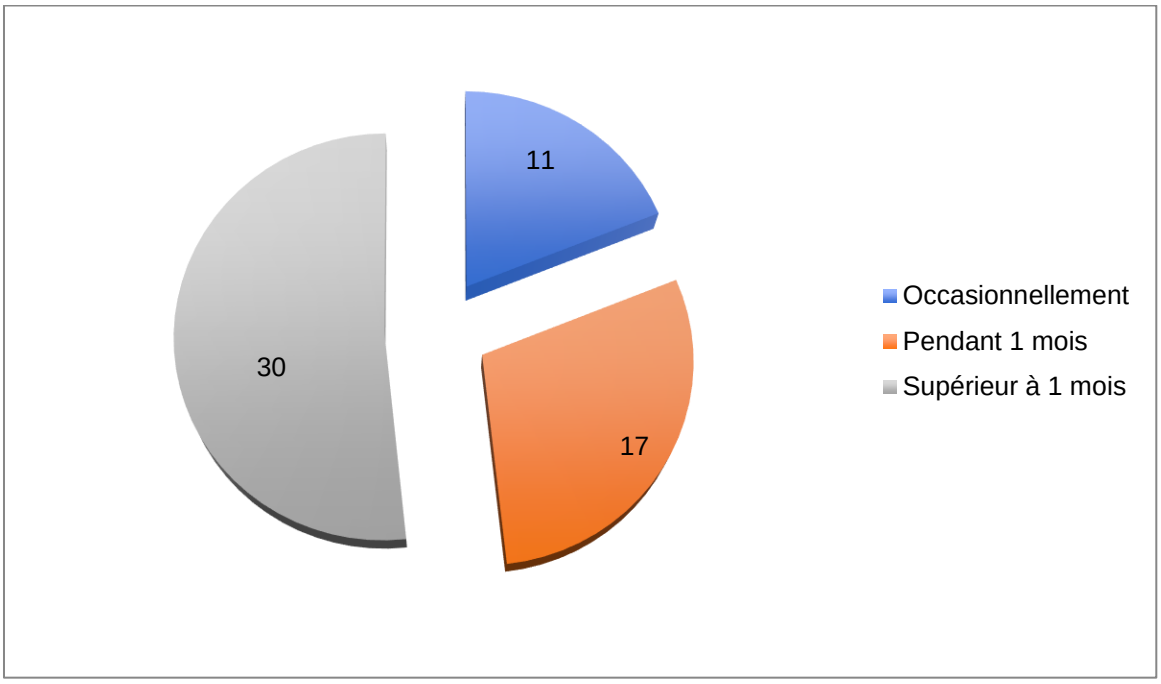
4) Pendant combien de temps avez-vous pris ces médicaments ?

- **Anxiolytiques :**



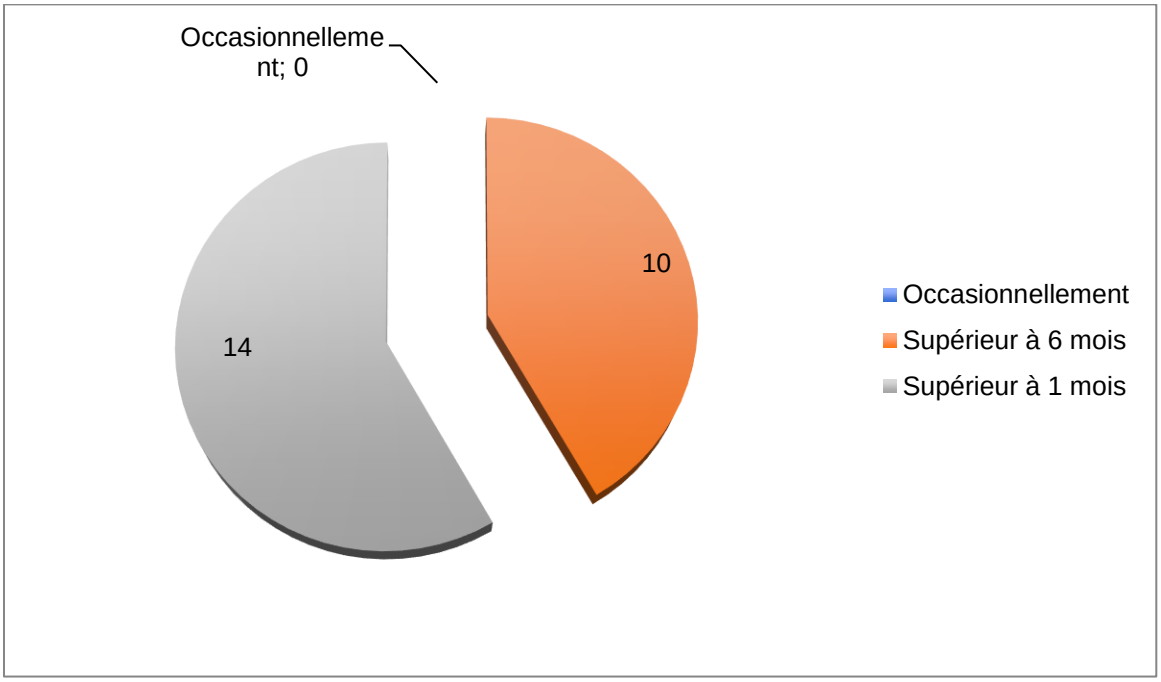
Sur les 63 % de patients sous anxiolytiques (seuls ou associés), 34 d'entre eux les prennent sur une durée supérieure à 3 mois.

- **Hypnotiques :**



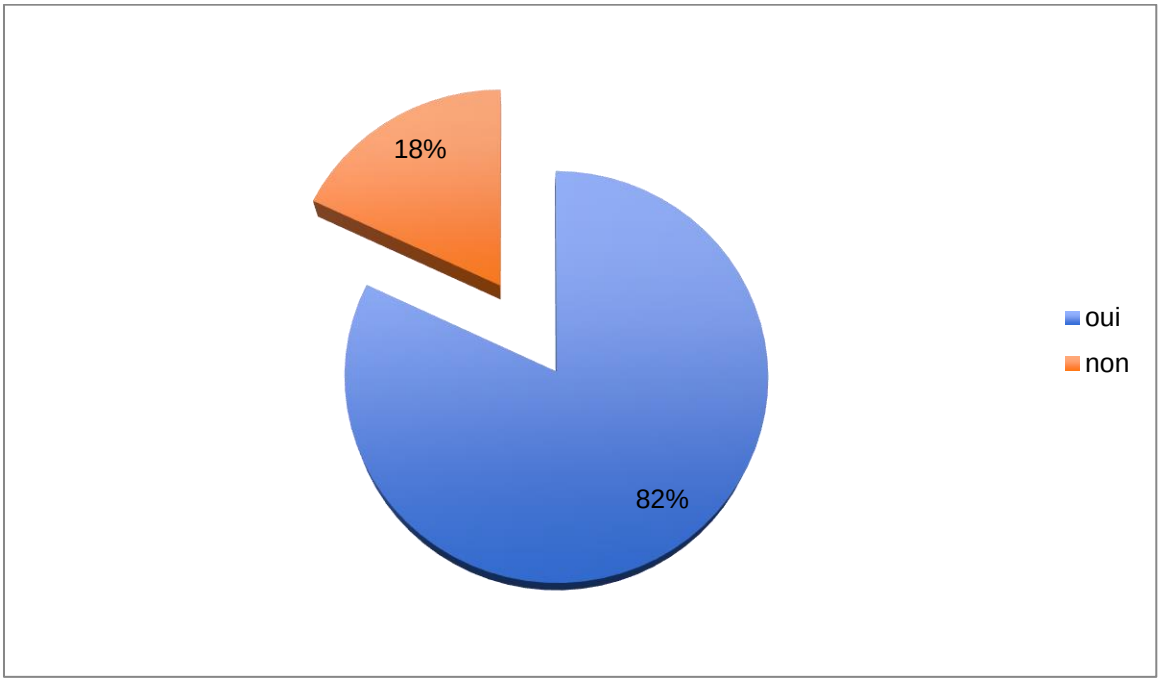
Concernant les hypnotiques (58 %), 30 patients sur les 58 en consomment sur une durée supérieure à 1 mois, la majorité sur avis médical (37/58).

- **Antidépresseurs :**



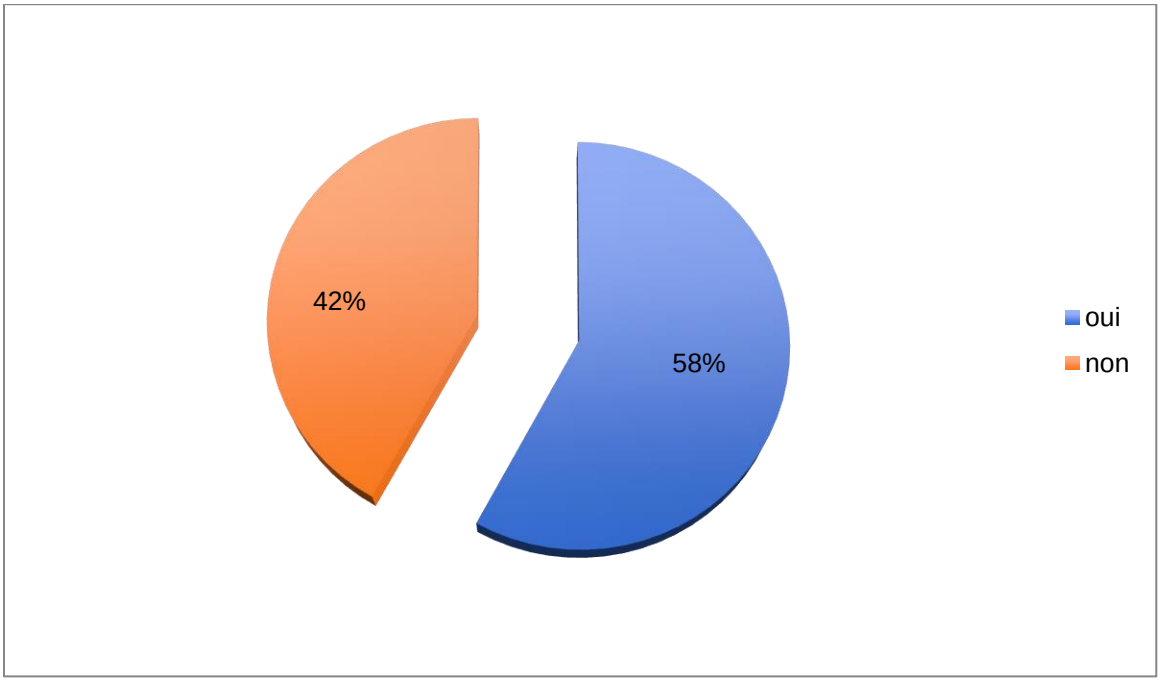
Sur les 24 % des patients sous antidépresseurs, 14 d'entre eux les consomment sur une période supérieure à 1 an et la totalité les prennent sur avis médical.

5) Avez-vous remarqué une efficacité de ces traitements ? Si non, quelles autres solutions avez-vous trouvées pour palier votre anxiété ?



82 % des patients ont trouvé ces médicaments efficaces.

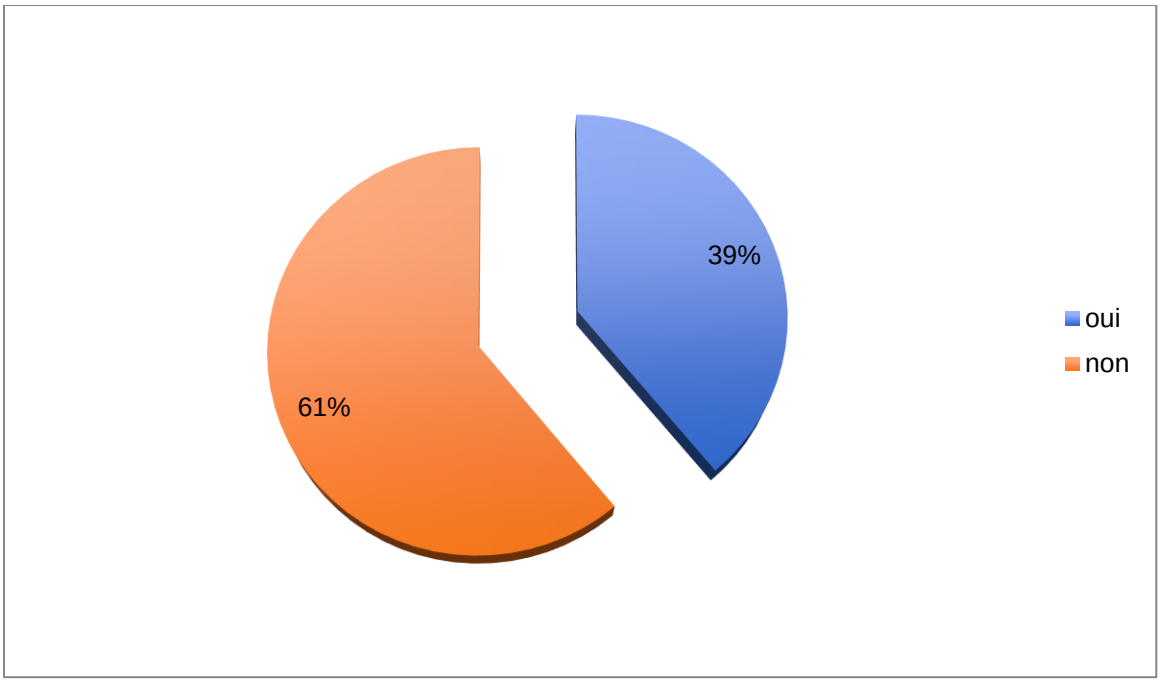
6) Avez-vous déjà eu des effets secondaires suite à la prise de ces traitements ? Si oui, lesquels ?



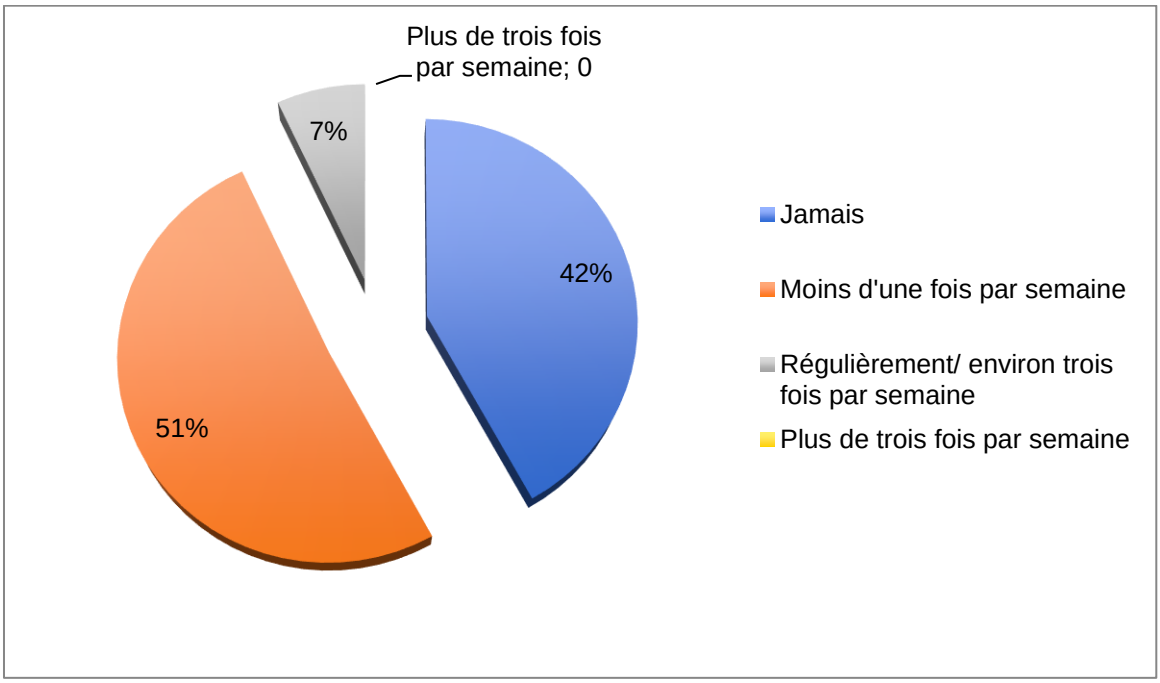
58 % des patients ont ressenti des effets secondaires suite aux traitements.

La majorité a subi une somnolence diurne ainsi qu'une confusion.

7) Mangez-vous la majorité du temps de façon équilibrée ?

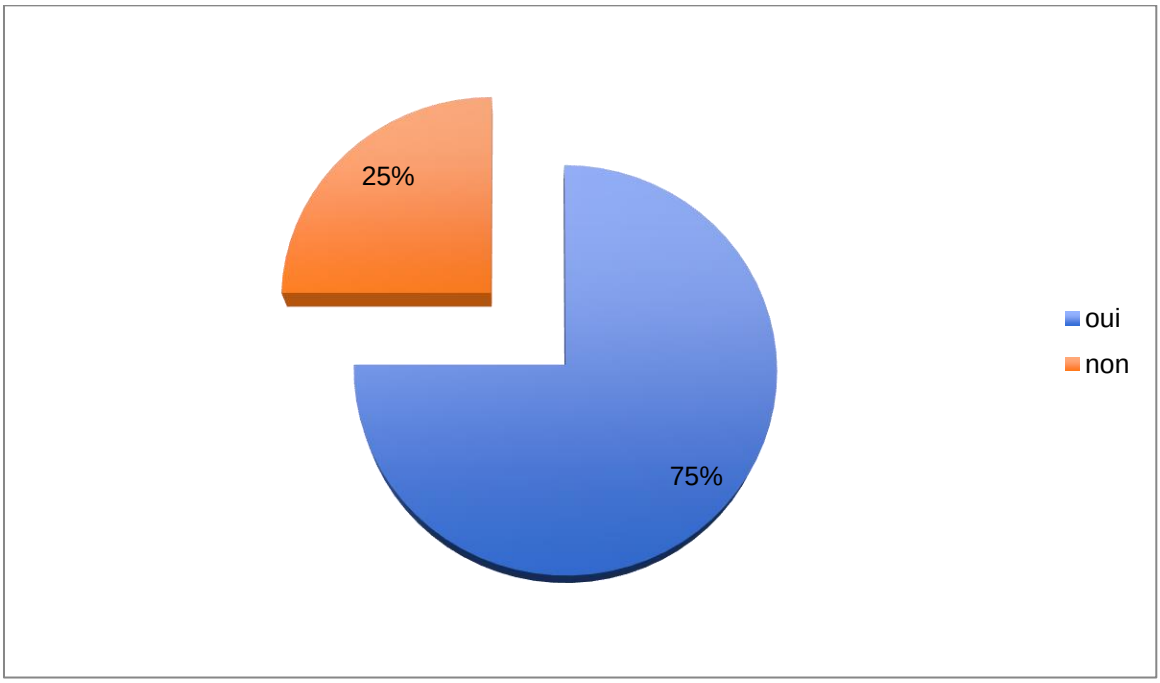


8) Pratiquez-vous une activité sportive ?



51 % des patients anxieux pratiquent moins d'une fois par semaine de l'exercice physique et 42 % n'en font jamais.

9) Etes-vous satisfait de la prise en charge de l'anxiété en France ?



Nous constatons que près d‘une personne sur trois (33 %) dans la population Française consomment des anxiolytiques associés à des hypnotiques. Pour la majorité d’entre eux, la prise d’anxiolytiques dure pendant plus de trois mois et la prise d’hypnotiques plus d‘un mois.

Selon nous, il est important de connaître les différentes causes de l’anxiété pour mieux les traiter. Ainsi, nous évitons la consommation excessive de traitements inappropriés et/ou inefficaces.

Près de 60 % de la population ressentent une anxiété permanente quotidienne suite à une pression venant de la société et plus particulièrement d’une pression professionnelle. Les 40 % restants sont, quant à eux, soumis à une anxiété ponctuelle qui est provoquée par un événement de vie difficile (décès, divorce…).

Pour ces patients, une aide psychologique pourrait être bénéfique en première intention. Cependant, ce sondage met en évidence que seulement 22 % de la population a eu recours aux traitements non médicamenteux (aromathérapie, homéopathie…) et qu’uniquement 4 % d’entre eux ont sollicité une aide psychologique.

Nous pourrions également conseiller une hygiène de vie plus saine comme manger des fruits et légumes de façon plus régulière et faire du sport 3 fois par semaine. Ces recommandations hygiéno-diététiques constituent la base de la prévention et du traitement de l’anxiété. Nous constatons, par les réponses données par 100 patients souffrant d’anxiété, que 42 % d’entre eux ne pratiquent jamais d’exercice physique et que 51 % en pratiquent moins d’une fois par semaine. Concernant l’alimentation, 61 % des patients avouent ne pas manger de façon équilibrée.

La majorité des patients souffrant d’anxiété et ayant répondu à ce questionnaire prennent donc des anxiolytiques et des hypnotiques sur une période prolongée. Pourtant, ces mêmes patients ne respectent ni les mesures hygiéno-diététiques recommandées ni l’aide psychologique mise à leurs dispositions pour les aider à lutter contre leurs anxiétés. Parfois, sans aucun recul, ils prennent les médicaments que leurs prescrivent leurs médecins et 13 patients sur les 58 sous hypnotiques les continuent même sans avis médical. C’est par ce comportement face aux anxiolytiques/hypnotiques qu’augmente le risque de dépendance.

En effet, aujourd'hui, les patients souffrants d'anxiété exercent une pression sur leurs médecins généralistes et exigent des prescriptions médicamenteuses pour faire face à leurs problèmes de santé. Cela entraîne une augmentation des prescriptions d'anxiolytiques/hypnotiques/antidépresseurs et laisse à la volonté du patient le choix de se diriger ou non vers des méthodes non médicamenteuses telles que l'homéopathie par exemple ayant moins d'effets nocifs sur la santé. Pourtant, 58% des patients sous anxiolytiques/hypnotiques ont déjà ressentis des effets secondaires suite aux traitements comme une confusion ou encore une somnolence diurne.

Selon nous, il semble préférable de prendre le temps de chercher les causes du mal-être de la personne, d'étudier la nécessité ou non d'une consultation psychologique et de prendre le temps d'en parler au patient. Nous pouvons également proposer de l'homéopathie qui est certes moins efficace que les anxiolytiques mais moins nocif pour la santé. L'homéopathie est au cœur de nombreux débats concernant son efficacité. Nous pensons que l'effet placebo de l'homéopathie n'est pas négligeable. Il est donc préférable d'essayer en première intention l'homéopathie en complément de l'aide psychologique et des mesures hygiéno-diététiques et s'il n'y a pas d'amélioration, par la suite, nous pourrons envisager les anxiolytiques ou hypnotiques.

Conclusion :

L'anxiété est une pathologie très fréquente en France.

Il existe différentes alternatives thérapeutiques pour y remédier. La prise en charge de cette pathologie peut aller de la simple recommandation d'une bonne hygiène de vie (sport, alimentation, repos) associée ou non à une consultation psychologique et à des traitements naturels (homéopathie, phytothérapie…) jusqu'à la consommation, quelquefois excessive, des anxiolytiques/hypnotiques ou des antidépresseurs.

La clé d'une bonne prise en charge se trouve dans une communication de qualité où la confiance entre le professionnel de santé et le patient représente une place importante. C'est de cette relation de confiance et d'un suivi personnalisé et régulier

que découlera un bon diagnostic avec le traitement correspondant et la bonne observance de celui-ci par le patient.

Malgré toutes les alternatives thérapeutiques proposées précédemment, nous constatons tout de même une surconsommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques en France.

En effet, comme notre questionnaire l'a révélé très clairement, près d'une personne sur trois (33 %) dans la population Française en consomme régulièrement sans avoir essayé des alternatives thérapeutiques plus naturelles.

Pourtant, cette surconsommation de traitements allopathiques engendre des risques de dépendances et d'effets indésirables (somnolence diurne…) à long terme. Pour ces patients, ces médicaments sont efficaces et ont une plus grande rapidité d'action par rapport à l'homéopathie ou à la simple consultation psychologique. En effet, ces derniers demandent, quant à eux, de la patience et de la volonté sur la durée pour en constater les bienfaits.

Comme nous l'avions annoncé dans l'introduction de cette thèse, dans un monde où nous voudrions tout et tout de suite, rien de surprenant que nos choix thérapeutiques se portent sur les anxiolytiques ou hypnotiques et cela peu importe les effets secondaires sur notre santé.

Pour finir, nous constatons tout de même ces dernières années que les nouvelles générations s'orientent de plus en plus vers des choix thérapeutiques plus naturels.

Comme nous l'avons montré, 22 % de la population Française consomment en première intention des méthodes non médicamenteuses pour faire face à l'anxiété. L'homéopathie constitue le premier choix de ces patients.

De plus, de nouvelles pharmacies prônent aujourd'hui ce côté naturel. En effet, ils ont fait le choix de proposer uniquement des alternatives naturelles dans le domaine de la parapharmacie. C'est le cas des pharmacies Anton&Willem par exemple.

Cependant, il reste encore un travail supplémentaire à faire sur la communication qui semble négligée par manque de temps par les professionnels de santé. Celle-ci reste néanmoins essentielle pour éviter la prise inutile de médicaments et pour comprendre et corriger les causes et en expliquer les conséquences aux patients.

Quelquefois, des conseils suffisent pour supprimer des crises d'angoisses ou encore des difficultés d'endormissement. Il faut alors connaître les méthodes d'un bon interrogatoire face aux patients et c'est ce que nous avons tenté d'expliquer dans cette thèse.

SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANDRIEU B. Les thérapies cognitivo-comportementales Médecin de son corps, Editeur Presses Universitaires de France.
https://tel.archives-ouvertes.fr/document, consulté le 26/04/2018.

ANSM Les patchs de nicotine.
https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Patchs-de-nicotine-ne-pas-changer-de-marque-si-le-patient-est-equilibre-Point-d-Information, consulté le 02/01/2018.

ANSM Les neuroleptiques.
https://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Interactions-medicamenteuses-des-neuroleptiques-donnant-des-torsades-de-pointes-modification-de-libelle, consulté le 03/01/2018.

BAUDOUX D. *Pranarôm Guide Pratique d'Aromathérapie***.** Éditions JOM, 2011.

BENHAIEM J.M*. L'hypnose médicale.* 2ème édition. Med-Line, 2012.

BOIRON. Soulager une anxiété passagère. https://eurekasante.vidal.fr/maladies/psychisme/anxiete.html?pb=soulager, consulté le 17/09/2018.

BOIRON. L'homéopathie contre l'anxiété et la dépression
https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=homeopathie_remede_naturel_page_3_do, consulté le 16/10/2018.

BOIRON. Sédatif PC
https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-bsedpc01-SEDATIF-PC.html, consulté le 29/05/19.

BOIRON. Zenalia
https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gp1949-ZENALIA.html, consulté le 29/05/2019.

BOIRON. Quiétude.
https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gp197-QUIETUDE.html, consulté le 29/05/2019.

BOISSIERES-DUBOURG F. *Les soignants face au stress.* 2ème édition. Lamarre, 2003.

CARVIN J. La place des médecines alternatives à l'officine dans la prise en charge de l'anxiété, du stress et des troubles du sommeil.
http://dumas.ccsd.cnrs.fr, consulté le 10/08/2018.

CAUDWELL L. Les spécialistes du stress au cours du temps.
https://www.echosciences-grenoble.fr/communautes/atout-cerveau/articles/8-grands-noms-de-la-recherche-sur-le-stress-walter-cannon, consulté le 16/03/2018.

Dr VALNET. *Huile essentielle* (Hors-série n°17), publié en 2006, consulté le 05/11/2018.

FEREY D. *Conseils en Pharmacie.* 4ème édition. Maloine, 2018.

GALLI A. / LELUC R. La sérotonine.
http://encyclopedie universelle.fracademic.com/20304/SÉROTONINE, consulté le 18/09/2018.

HEALY D. *Les médecines psychiatriques démystifiés.* Elsevier, 2019.

KORCZAK J.D. L'utilisation des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine pour le traitement des maladies mentales pendant l'enfance et l'adolescence.
https://academic.oup.com/pch/article, consulté le 03/06/2018.

LAURENT M.A. 5ème congrès international hypnose et douleur. La Rochelle
https://www.hypnoses.com/content/uploads/2014/07/LAURENT_Marie_Aurelie.pdf, consulté le 13/02/2019.

LAURENT M-A. L'impact de l'hypnose sur l'anxiété péri interventionnelle.
https://www.hypnoses.com/content/uploads/2014/07/LAURENT_Marie_Aurelie.pdf, consulté le 26/07/2018.

MAINGUY N. / LANDRY P. Les conseils cliniques pour faciliter le sevrage des Benzodiazépines.
https://www.erudit.org/fr/revues, consulté le 05/02/2018.

MARIMBERT J. Substitution des médicaments anti-épileptiques dans l'épilepsie. https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Substitution-des-medicaments-antiepileptiques-dans-l-epilepsie, consulté le 16/03/2018.

PALAZZOLO J. *L'observance médicamenteuse et psychiatrie.* Elsevier Masson, 2004.

PERETTI C-S. *Comprendre et soigner la dépression*. Elsevier Masson, 2013.

PSYCOM. Anxiolytiques et hypnotiques. http://www.psycom.org/Medicaments-psychotropes/Medicaments-psychotropes/Anxiolytiques-et-hypnotiques, consulté le 02/02/2019.

QUEMOUN. A.C. La référence pour se soigner simplement et naturellement grâce à l'homéopathie. https://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=homeopathie_th,consulté le 26/05/2018.

RABASA S. René-Maurice Gattefossé. http://www.arom-age.info/article-rene-maurice-gattefosse-102489766.html, consulté le 25/05/2019.

RICHARD V. Les anxiolytiques Benzodiazépines. https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/benzodiazepines, consulté le 16/07/2018.

SERVANT D. *Gestion du stress et de l'anxiété.* 3ème édition. Elsevier Masson, 2012.

SERVANT D. / PARQUET P.J. *Stress, anxiété et pathologies médicales*. Masson, 1997.

SERVANT D. / PIERLUIGI G. / HAUTEKEETE M. / RUSINEK S. *Stress, anxiété et trouble de l'adaptation*. Masson, 2001.

THOREZ P. Aspects physiologiques du stress. http://www.aismtcai.com, consulté le 25/03/2018.

VERDIER M-C. Les systèmes sérotoninergiques et ses médicaments du laboratoire de pharmacologie.
http://www.aaemr.org/polys/polys2017/pharmaco/-pharmaco-Systeme-seroto-ninergique.pdf, consulté le 16/05/2019.

Annexe :

ECHELLE D'ANXIETE DE COVI

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

2. COMPORTEMENT : Semble effrayé, mal à l'aise, agité, angoissé.

3. PLAINTES SOMATIQUES : Sudation, tremblements, sensation de striction cardiaque, tachycardie, oppression respiratoire, sensation de chaud ou froid, sommeil agité, estomac noué, boule dans la gorge.

slideplayer.fr de la psychopathologie d'après servant D.

Test d'Inventaire de Burnout de Maslach - MBI

Comment percevez-vous votre travail ? Etes-vous épuisé(e) ?
Quelle est votre capacité à gérer votre relation aux autres ?
Où en êtes-vous sur votre degré d'accomplissement personnel ?

- Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

0 = Jamais
1 = Quelques fois par an, au moins
2 = Une fois par mois au moins
3 = Quelques fois par mois
4 = Une fois par semaine
5 = Quelques fois par semaine
6 = Chaque jour

- Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire. Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

	Jamais ⇓						Chaque jour ⇓
01 – Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
03 - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
09 - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10 - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11 - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12 - Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13 - Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14 - Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15 - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
16 - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17 - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
18 - Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
19 - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20 - Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21 - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22 - J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

https://fr.scribd.com/document/217283196/Test-dInventaire-de-Burnout-de-Maslach-MBI

ECHELLE OBSESSIONS – COMPULSIONS DE YALE-BROWN (YBOCS)

OBSESSIONS		COMPULSIONS	
Temps passé aux obsessions 0- Nul, 0 heure/j 1- Un peu, <1 heure/j 2- Moyen, 1 à 3 heures/j 3- Important, 3 à 8 heures/j 4- Très important + de 8 heures/j	☐	**Temps passé aux rituels** 0- Nul, 0 heure/j 1- Un peu, <1 heure/j 2- Moyen, 1 à 3 heures/j 3- Important, 3 à 8 heures/j 4- Très important + de 8 heures/j	☐
Gêne liée aux obsessions 0- Nulle 1- Minime 2- Moyenne 3- Importante 4- Très importante	☐	**Gêne liée aux rituels** 0- Nulle 1- Minime 2- Moyenne 3- Importante 4- Très importante	☐
Angoisse associée aux obsessions 0- Nulle 1- Minime 2- Moyenne 3- Importante 4- Très importante	☐	**Angoisse si on interrompt les rituels** 0- Nulle 1- Minime 2- Moyenne 3- Importante 4- Très importante	☐
Résistance 0- Résiste complètement 1- Résiste moyennement 2- Tendance à céder 3- Cède souvent 4- Cède totalement	☐	**Résistance aux rituels** 0- Résiste complètement 1- Résiste moyennement 2- Tendance à céder 3- Cède souvent 4- Cède totalement	☐
Contrôle sur les obsessions 0- Contrôle total 1- Beaucoup de contrôle 2- Contrôle moyen 3- Peu de contrôle 4- Aucun contrôle	☐	**Contrôle sur les rituels** 0- Contrôle total 1- Beaucoup de contrôle 2- Contrôle moyen 3- Peu de contrôle 4- Aucun contrôle	☐
Score OBSESSIONS	☐	**Score COMPULSIONS**	☐

SCORE TOTAL YBOCS : SCORE OBSESSIONS + SCORE COMPULSIONS ☐

- 0 à 7 : quelques symptômes TOC sans gravité
- 8 à 15 : TOC léger
- 16 à 23 : TOC d'intensité moyenne
- 24-31 : TOC sévère
- 32 à 40 : TOC extrême

Au-delà de 15 : nécessité de traiter

http://www.bipolaire-info.org/content/view/208/34/

Total du Score d'Epuisement Professionnel (SEP)
Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 01. 02. 03. 06. 08. 13. 14. 16. 20
SEP =

Epuisement Professionnel	SEP < à 17	18 < SEP < 29	30 < SEP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD)
Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 05. 10. 11. 15. 22
SD =

Dépersonnalisation	SD < à 5	6 < SD < 11	12 < SD
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Accomplissement Personnel (SAP)
Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 04. 07. 09. 12. 17. 18. 19. 21.
SAP =

Accomplissement Personnel	SAP < à 33	34 < SAP < 39	40 < SAP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Degré de Burn Out

Attention si vos scores SEP et SD se trouvent tous les deux dans le rouge !
Surtout si votre degré d'accomplissement est également dans le rouge !!!

SEP	L'épuisement professionnel (Burn Out) est typiquement lié au rapport avec un travail vécu comme difficile, fatiguant, stressant… Pour Maslach, il est différent d'une dépression car il disparaitrait pendant les vacances.
SD	La dépersonnalisation, ou perte d'empathie, se caractérise par une baisse de considération positive à l'égard des autres (clients, collègues…), c'est une attitude où la distance émotionnelle est importante, observables par des discours cyniques, dépréciatifs, voire même par de l'indifférence.
SAP	L'accomplissement personnel est un sentiment « soupape de sécurité » qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation. Il assure un épanouissement au travail, un regard positif sur les réalisations professionnelles.

Maslach, C et col. (2006). Burn-out : l'épuisement professionnel. Presses du Belvédère.

psychologuedutravail.com test d'inventaire de burnout de maslach mbi.

UNIVERSITÉ DE ROUEN

UNIVERSITE de ROUEN
Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT DE GALIEN

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.