

Pierre Loeb

# Traitement de l'anxiété en médecine générale

Résumé révisé de l'exposé «Angst als Leitsymptom zwischen Unwohlsein und Panik» au Congrès d'Arosa du 23 mars 2012

De nouvelles études confirment que les troubles anxieux figurent parmi les pathologies les plus fréquentes avec lesquelles les patients se présentent chez leur médecin traitant, et qu'ils restent toujours méconnus trop longtemps. Trop de temps se perd avec des examens inutiles avant la mise en route du traitement adéquat. La méthode d'exploration et de traitement des troubles anxieux sur deux voies parallèles est particulièrement adéquate pour la consultation de médecine générale.

Les nouvelles recommandations thérapeutiques de la SSAD [1] montrent également que la discussion médicale spécifique ou la psychothérapie cognitive (basée sur des preuves) sont les meilleurs traitements d'un trouble anxieux. Le traitement médicamenteux doit être envisagé en présence d'un sérieux handicap, si la psychothérapie à elle seule ne semble pas réalisable ou ne donne pas le résultat escompté.

Comment le médecin de famille peut-il effectuer ce traitement à deux voies dans sa consultation? C'est à cette question que l'auteur a tenté de répondre au Congrès d'Arosa le 23 mars 2012.

## Symptômes physiques et cercle vicieux

Dans une première partie les participants ont précisé par des exercices interactifs quand il faut penser à un trouble anxieux. A l'exemple de leurs propres expériences anxieuses (que chacun connaît sous une forme ou une autre) ils ont rassemblé les symptômes physiques qui se répètent, s'expliquant surtout par l'activation de l'axe du stress:

- sécrétion d'adrénaline avec les symptômes fonctionnels typiques tels que contractures et augmentation du tonus musculaire;
- accélération de la fréquence cardiaque;
- «dyspnée» avec hyperventilation et vertige jusqu'à troubles de conscience avec déréalisation ou dépersonnalisation;
- et aussi diarrhée, sudation, etc.

Il est également typique que ces symptômes soient perçus sur un mode dramatique, que le patient en fasse souvent une catastrophe et que les tentatives de le calmer, de la part de ses proches ou de son médecin, et même après moult examens chez le spécialiste, n'aient pratiquement aucun succès. Bien au contraire: le patient «possédé» par l'anxiété entre dans un cercle vicieux l'amenant vers un scénario catastrophe, il attend la pire issue comme infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, mort par cancer, et par crainte de décrocher ou de «peur de la peur» il ne développe plus que des idées de fuite, telles que «hors d'ici», ce qui en avion, sur l'autoroute ou dans des situations semblables provoque en fin de compte la véritable panique.

## Epidémiologie des troubles anxieux

Les troubles anxieux se manifestent souvent chez le jeune adulte. Leurs conséquences fréquentes sont dépression, abus d'alcool et de médicaments.

Prévalence dans une vie: pour le trouble panique 2-5%; pour l'agoraphobie 4-9%; incidence annuelle 2,5%. Les femmes sont deux fois plus souvent concernées que les hommes.

## Hypothèses de base

Les troubles anxieux et psychosomatiques sont des réactions acquises.

Les troubles psychosomatiques peuvent se décrire selon un modèle pathologique multifactoriel:

- organique-physiologique: organisme
- subjectif-événementiel: penser/ressentir
- moteur-comportemental: comportement
- attention: déplacement de centre

## Niveaux d'anxiété

- *Composante physique*: perception d'une tension ou d'une fausse sensation physique généralement suite à une expérience stressante avec sécrétion d'adrénaline
- *Composante idéatoire; interprétation catastrophique*: les symptômes sont interprétés comme les premiers signes d'un très mauvais événement: «Je tombe dans les pommes», «J'ai un infarctus»
- *Composante émotionnelle*: souci, anxiété, irritation
- *Composante comportementale*: évitement, retour à domicile, fuite, prise de comprimés, service d'urgence, etc.
- *Fixation de l'attention*: limitation au symptôme ou à l'interprétation catastrophique, idées qui tournent en rond, limitation de la pensée jusqu'à la déréalisation («Je suis dans le mauvais film») ou dépersonnalisation («Je suis à côté de mes pompes»)

## Formes de troubles anxieux

- *Agoraphobie*: foule, lieux et transports publics, aucune «échappatoire», loin du domicile sûr
- *Phobie sociale*: crainte d'être jugé, examiné, évalué par autrui, évitement des situations sociales
- *Trouble panique*: crises de palpitations subites, douleur thoracique, sensation d'étouffement, d'aliénation et peur de perdre le contrôle, de devenir fou, de mourir
- *Trouble anxieux généralisé*: craintes exagérées et soucis permanents avec irritabilité

Définitions ICD voir par ex. sous <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f40-f48.htm>

## CALM: Coordinated Anxiety Learning and Management

Dans une étude randomisée et contrôlée sur le traitement basé sur des preuves des troubles anxieux en médecine générale publiée en 2010 dans le JAMA 2010 [3], les auteurs ont examiné un concept thérapeutique cognitivo-comportemental adapté aux troubles anxieux, étude basée sur le web à laquelle ils ont donné l'acronyme CALM (Coordinated Anxiety Learning and Management). Cette étude a montré que les patients préféraient un traitement psychologique plutôt que purement médicamenteux.

Ce concept thérapeutique (que l'orateur a adapté pour «Arosa» pour rigoler) comportait:

breathing training	<b>A</b> – Atemkontrolle, Atemtraining (contrôle et training respiratoires)
relapse prevention	<b>R</b> – Rückfall-Prävention (prévention des récurrences)
hierarchy development	<b>O</b> – Ordnung, Hierarchie im Vorgehen (ordre, hiérarchie des étapes)
selfmonitoring	<b>S</b> – Selbstbeobachtung (auto-observation) «délà-vu» comme «empowerment»
education	<b>A</b> – Anleitung, Ausbildung, Psychoedukation (instruction, formation, psychoéducation)

### Concept thérapeutique (adapté pour le Congrès d'Arosa, de bas en haut)

Par *education* il faut comprendre *instruction* ou *psychoéducation*. Il est rare qu'une maladie puisse s'expliquer cognitivement si simplement et clairement. La compréhension de son évolution est la condition de sa meilleure prise en charge et en fin de compte du contrôle de l'anxiété. Il faut savoir que l'anxiété

- est normale,
- se manifeste en cas de danger ou de menace,
- a une fonction de protection avec valeur de survie,
- sert de préparation à la fuite ou au combat,
- est un système d'alarme avec excitation sympathique,
- passe par les trois composantes: corps, pensées et comportement,
- engage une déviation de l'attention sur la menace
- et que ce système d'alarme réagit de manière plus sensible avec le temps (dynamique propre).

Dans le *selfmonitoring* figure l'*auto-observation*. Tout patient anxieux sait comment la crise se passe et comment les stimuli internes ou les situations externes sont interprétés comme catastrophes et attisent l'anxiété. L'évitement fréquent est souvent cause d'isolement et de perte de confiance en soi, ce qui rend toute nouvelle tentative de risque plus compliquée et détériore encore la situation globale.

Avec le «*hierarchy development*» nous établissons un *ordre* ou une *hiérarchie* des situations à maîtriser. Nous élaborons avec le patient, en fonction de ses ressources, un programme de tâches aux-

quelles il doit s'exposer et compliquons progressivement l'exposition à des situations jusqu'ici évitées. Nous augmentons ainsi sa confiance en lui et recrutons si possible ses amis ou connaissances qui joueront volontiers le jeu pour autant qu'ils en aient reçu toutes les explications nécessaires.

Le *breathing training* ou *training respiratoire* s'apprend au cabinet selon une technique de relaxation (telle que relaxation musculaire progressive selon Jacobson ou encore plus spécifique selon Öst). Nous formons un groupe de patients souffrant de troubles anxieux auxquels nous enseignons ces techniques, de même que le traitement global de l'anxiété dans le cadre d'un *training de groupe*.

*Relapse prevention* est la *prévention des récurrences*. L'anxiété physiologique est une fonction protectrice très utile, il ne s'agit donc pas de ne plus avoir peur, mais d'apprendre à l'accepter dans sa fonction protectrice. Avec une exposition régulière nous déclenchons cette anxiété et apprenons que ce n'est pas une récurrence mais une nouvelle chance de faire nos preuves, de désormais maîtriser les expériences auparavant mal comprises.

### Mise en pratique dans le travail sur le cercle vicieux

Si je pense à un trouble anxieux chez un patient, je prends 30–45 minutes pour travailler avec lui sur le cercle vicieux. J'utilise pour cela une feuille sur laquelle est imprimé un cercle vicieux dont je remplis avec lui les 4 quadrants (fig. 1). L'important ici est la technique à deux voies, qui me permet d'une part de compléter l'anamnèse dirigée et de l'autre de déjà procéder aux premières interventions thérapeutiques en corrigeant les idées fausses ou les

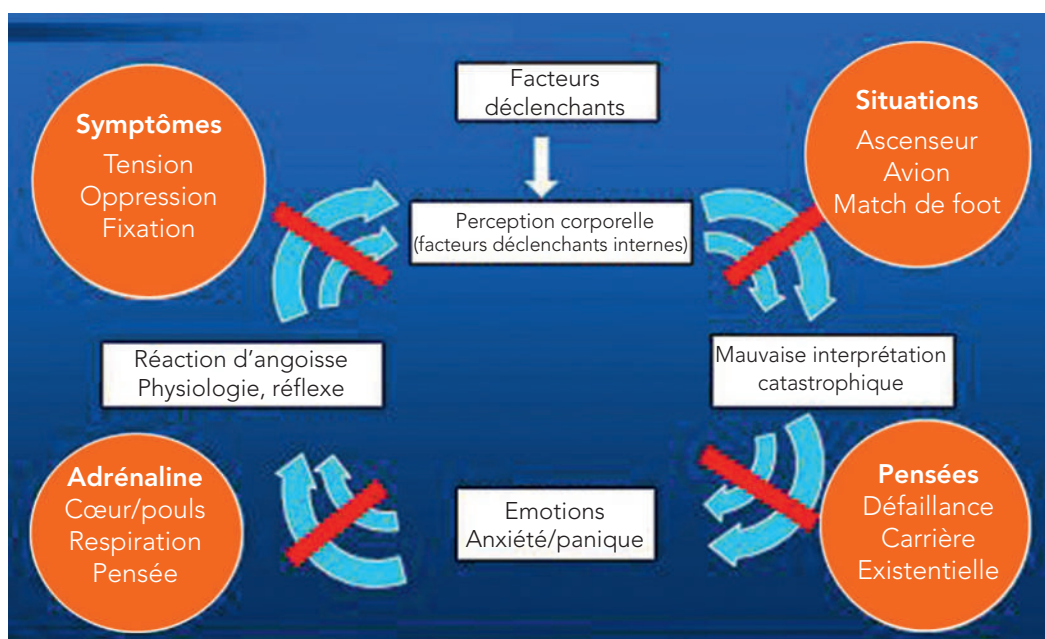


Figure 1

Le cercle vicieux. Une présentation dynamique de la séquence de chaque palier de cette présentation Powerpoint se trouve sur le site web de PrimaryCare: [www.primary-care.ch](http://www.primary-care.ch) > Archives > No. 15/2012.

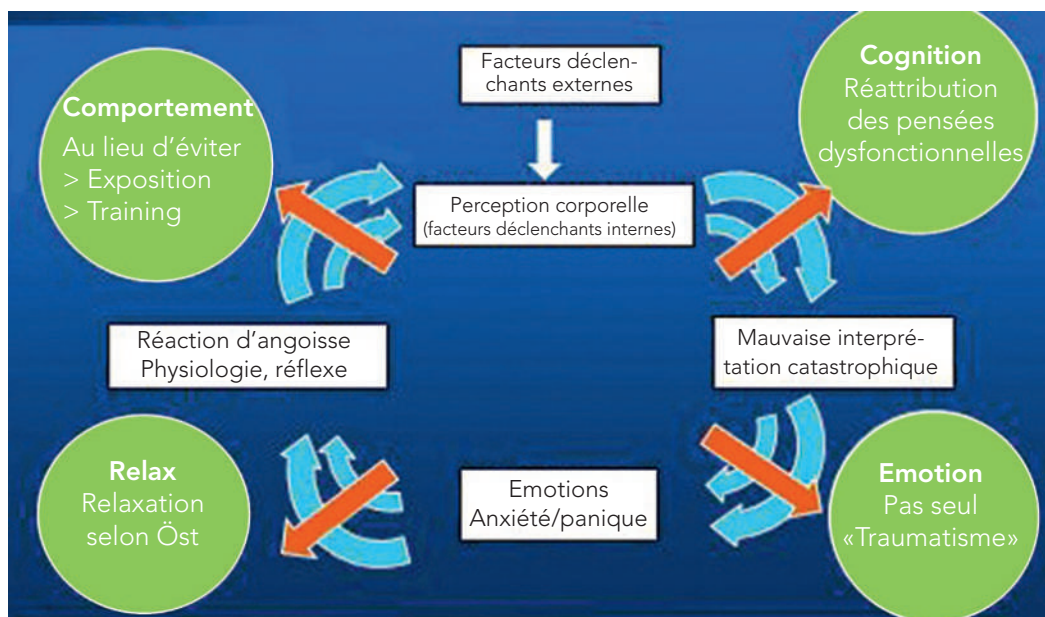


Figure 2

Sorties du cercle vicieux. Une présentation dynamique de la séquence de chaque palier de cette présentation Powerpoint se trouve sur le site web de PrimaryCare: [www.primary-care.ch](http://www.primary-care.ch) > Archiv > Heft 15/2012.

mauvais modèles d'explication (réattribution des pensées dysfonctionnelles). J'obtiens de la sorte l'intérêt du patient. En faisant appel à ses ressources individuelles j'augmente la confiance en lui qui est si nécessaire.

Je commence par le quadrant supérieur droit et prends toutes les situations typiques de déclenchement de ses crises d'angoisse ou de panique. Il est utile de demander après coup au patient quelles situations il évite.

Ensuite de quoi nous examinons tous les deux les symptômes physiques typiques qu'il ressent pendant une telle crise. Nous les discutons et les mettons au centre sous «sensations physiques». Les symptômes typiques sont oppression, palpitation, dyspnée, vertige, tremblement, tension, diminution de la perception, fixation sur l'anxiété.

Puis nous recherchons ensemble les pensées et explications qui viennent automatiquement. Pour amplifier les choses je demande toujours quelle est l'idée ultimatum en espérant que le patient me livre quelques pensées qui représentent pour lui – tout au moins dans sa tête – une menace existentielle. Ici je peux être très créatif et peut-être aussi manipulateur, car il s'agit de savoir ce qu'il nourrit comme pensées catastrophiques, même si au moment-même elles sont perçues comme inadéquates ou en fait «pas si terribles» – et c'est là précisément l'ambivalence dans laquelle il se réfugie. Si ses crises paniques se prolongent, je lui montre une idée fixe, qu'il pourrait par exemple ne pas poursuivre sa carrière professionnelle ou ne plus être attirant pour n'importe quelle partenaire, comme menace existentielle – car à tout moment il grimpe dans de telles catastrophes potentielles qui font de sa vie un enfer.

Nous sommes maintenant parvenus au bas de notre schéma et c'est le moment d'y mettre la réaction physiologique et le réflexe de survie. L'organisme réagit à une menace existentielle par un réflexe – c.-à-d. sans réfléchir – en se préparant à la lutte ou à la fuite. Pour les deux il sécrète de l'adrénaline avec pour conséquence que le cœur s'active, les pulsations augmentent, la respiration est stimulée, le tonus est augmenté aussi bien pour la lutte que pour la fuite, la concentration se focalise sur le danger. Tous ces symp-

tômes peuvent être obtenus du patient le plus simplement du monde et la similitude de ceux qu'il a précédemment mentionnés et que nous avons notés avec une crise d'angoisse devient évidente. Tout comme ce cercle se met en branle, l'anxiété augmente à chaque tour. Avec chaque symptôme nouvellement perçu et cette pensée catastrophe le système grimpe vers la vraie crise panique jusqu'à la peur de mourir.

Le cercle vicieux est bouclé. Le patient se sent compris. Ce qui le perturbait depuis pas mal de temps est devenu un diagramme sur papier. Il se sent soulagé.

### Sortie du cercle vicieux et maîtrise de l'anxiété

Nous en arrivons à la deuxième partie. Notre but maintenant est de stopper cette accentuation d'un quadrant à l'autre, le cercle vicieux. Nous biffons d'un large trait de couleur les flèches associatives et expliquons comment nous voulons atteindre le même objectif dans la vie courante (fig. 2). Nous commençons une nouvelle fois par le quadrant supérieur droit et réattribuons les pensées dysfonctionnelles. Car ces pensées, convictions, attentes, interprétations et conversations personnelles (par ex. en cas de symptômes inexplicables) sont souvent fausses et causes de la potentialisation du cercle vicieux. Concrètement nous abordons la biographie de notre patient et tentons de corriger les concepts vicieux. Nous lui montrons par ex. qu'un gamin de 5 ans enfermé dans une cave en punition, peut à 32 ans tout simplement appeler à l'aide avec son Natel ou éventuellement même enfoncer la porte. S'il est maintenant coincé dans un espace limité, ce n'est plus une véritable menace. Le thérapeute doit ici être créatif et intuitif. Plus il en apprend et comprend de l'anamnèse plus cette correction sera subtile et plus le patient pourra la mettre en pratique.

A cette phase du travail nous donnons aussi suffisamment de place au patient pour exprimer ses émotions. Cet effet est encore plus marqué en thérapie de groupe car pour de nombreux patients c'est la première fois qu'ils peuvent laisser libre cours à leurs émotions alors que tout un groupe les écoute. Ce qui a souvent un effet de coming-out, et effectivement les patients ne craignent

souvent plus même de parler de leur angoisse à la maison ou à des collègues. Ils s'étonnent même souvent de toute la compréhension qui leur est témoignée.

Dans le training de groupe – c'est ainsi que nous appelons notre thérapie de l'anxiété en groupe – la thérapie de relaxation couplée à la respiration vient s'y ajouter. Relaxation et anxiété ne vont pas ensemble. Dans un training par paliers nous apprenons aux patients à relâcher activement et consciemment leurs différents groupes musculaires à l'expiration. Lors d'une crise d'angoisse cela leur sert d'abord de diversion concrète car ils savent ce qu'ils peuvent faire et leur training leur donne la confiance de pouvoir opposer quelque chose à leurs sentiments d'angoisse. En groupe nous apprenons à faire mieux connaître cette interaction entre anxiété et respiration par un exercice d'hyperventilation – ce qui peut également se faire au cabinet avec le patient seul. L'hyperventilation joue souvent un rôle potentialisateur dans les états anxieux, et le fait de savoir que l'on peut apprendre à contrôler l'hyperventilation et l'anxiété par la respiration a un effet très tranquilisant.

Et finalement il faut explorer la vie quotidienne avec ces instruments et d'autres récemment découverts. Par exposition continue à des situations précédemment évitées le patient gagne en assurance et en confiance en lui. La discussion régulière dans la relation de totale confiance avec le médecin (ou en groupe) permet au patient de parler des récurrences ou situations inhabituelles dans lesquelles il ne sent pas encore à l'aise. Nous établissons ensemble une hiérarchie d'expositions comme programme d'exercices, après avoir discuté les techniques cognitives adéquates de diversion ou respiratoire. Nous relâchons ainsi le patient dans sa vie habituelle. Il lui faut maintenant s'entraîner, s'entraîner et encore s'entraîner. Cette collaboration renforce la relation médecin-patient et bien plus encore la confiance en soi du patient. Il constatera en fin de compte qu'en plus du cercle vicieux qui l'a toujours tiré de plus en plus vers le bas, il y a aussi un cercle positif ou renforçateur qui lui permettra toujours plus de retrouver ses libertés perdues et même d'en acquérir de nouvelles.

Remarque: le traitement des troubles anxieux est particulièrement indiqué en groupe. Depuis plus de 25 ans j'effectue deux fois par an de telles thérapies de groupe avec mon collègue généraliste le Dr Christian Weber. Après une discussion préliminaire individuelle, dans laquelle nous nous assurons que le patient est apte à travailler en groupe, nous l'admettons dans notre «training de groupe».

### Conversations personnelles dans la situation anxieuse

Tes angoisses et symptômes physiques sont des réactions au stress normales (physiologiques) mais plus marquées.

Tes réactions anxieuses ne sont pas nocives pour ta santé.

N'augmente pas ton anxiété par des idées fantaisistes.

Malgré la panique reste dans la réalité: observe et décris ce qui se passe *réellement*.

Attends dans cette situation que l'anxiété passe.

Observe quand et comment l'anxiété diminue d'elle-même.

Donne-toi une chance: n'évite pas! (Eviter l'évitement!)

Fais tes exercices d'exposition jusqu'au bout.

Sois fier des efforts que tu as déjà faits – même des petits.

Prends ton temps dans la situation anxieuse.

Ces thérapies se font par cours de 2 heures 15 fois par semestre avec 10 patients anxieux. Nous avons présenté à plusieurs reprises déjà ce training de groupe à des collègues dans des ateliers. Les collègues intéressés peuvent contacter l'auteur ou envoyer un mail à sekretariat@sappm.ch.

### Références

- 1 Keck ME. Panik, generalisierte Angststörung und Phobien: Neue Schweizerische Empfehlungen für die Behandlung von Angsterkrankungen. Info Neurologie&Psychologie. 2012;Heft 1.
- 2 Bandelow B, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders – first revision. World J Biol Psychiatry. 2008;9:248–312.
- 3 Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, Rose RD, Edlund MJ, et al. Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. JAMA. 2010;303(19):1921–8.
- 4 Loeb P. Wege aus dem Teufelskreis der Angststörung. Hausarzt Praxis. 2007(10):

Correspondance:  
Dr. med. Pierre Loeb  
Winkelriedplatz 4  
CH-4008 Basel  
Loeb@sunrise.ch