

Psychiatrie

- Troubles anxieux -

IFSI CRIP 2024 – 2025

Dr. ESBERARD Jason

En collaboration avec PASTRES Martin



DÉFINITIONS

Peur: réponse émotionnelle à une menace réelle ou imaginaire → freezing, fight or flight

Anxiété: anticipation d'une menace future → évitement

Symptômes anxieux = peuvent être présent même chez le sujet sain, ou dans diverses pathologies psychiatriques

Trouble anxieux = anxiété excessive, handicapante de façon persistante

SIX ENTITÉS CLINIQUES

- Trouble panique (1-3%) +/- agoraphobie (1-2%)
- Trouble anxieux généralisé (TAG) (0,4-9%)
- Phobies spécifiques (6-9%)
- Phobie sociale (2-7%)

- Trouble obsessionnel compulsif (TOC)
- Etat de stress post-traumatique (ESPT)

SITUATION

(problématique)

ex : parler devant un groupe

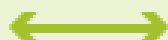


ÉMOTION

(suscitée par la situation)

ex : peur, stress

> relaxation



COMPORTEMENT

(néfaste pour la situation
ou pour soi-même)

ex : je tremble, je bafouille
j'ai un trou de mémoire

> Exercices pratiques de mise en situation
(parler devant un petit groupe)

COGNITION

(pensées néfastes)

ex : Je vais rougir,
je vais bafouiller

> Changement des pensées
Remise en doute des pensées néfastes

THÉRAPEUTIQUE COMMUNE

0/ Mesures hygiéno-diététiques: arrêt des excitants (café, thé, alcool, tabac...), rythme de vie régulier, pratique d'un sport, hygiène sommeil

1/ Psychothérapie:

*** thérapie cognitive et comportementale (TCC) +++**

- Exposition graduée en imagination / in vivo
- Relaxation, mindfulness

2/ Traitement médicamenteux:

- Ponctuel/symptomatique si crise : Hydroxyzine/BZD
- Anti-anxieux de fond : antidépresseur, 1^{ère} ligne ISRS



attaque
de panique



attaque
de panique



crainte de récurrence
et des conséquences

Jamais deux
sans trois... Cela
me préoccupe...

TROUBLE PANIQUE

ATTAQUE DE PANIQUE

Début brutal, pas systématiquement de cause déclenchante

Acmé de la crise atteint en qq. min. avec une sensation de malaise intense

Décroissance progressive de l'intensité des symptômes avec une asthénie et une sensation de soulagement

- Manifestations somatiques
- Manifestations subjectives psychiques
- Manifestations comportementales

ATTAQUE DE PANIQUE: SÉMIOLOGIE

Symptômes physiques:

- Respiratoires (dyspnée, blocage respiratoire, hyperventilation)
- Cardiovasculaires (douleur thoracique)
- Neurovégétatifs (sueurs, tremblements)
- Digestifs... etc

Symptômes psychiques:

- Peur intense, sensation de perte de contrôle, de catastrophe immédiate.
- Cognitions catastrophistes (peur de mourir, peur de devenir fou)
- +/- symptômes idssociatifs (dépersonnalisation, déréalisation)

Symptômes comportementaux (de la prostration à l'agitation)

Diagnostic différentiel : somatique (infarctus du myocarde, embolie pulmonaire...) ou intoxication aiguë/sevrage en substances ++

ATTAQUE DE PANIQUE

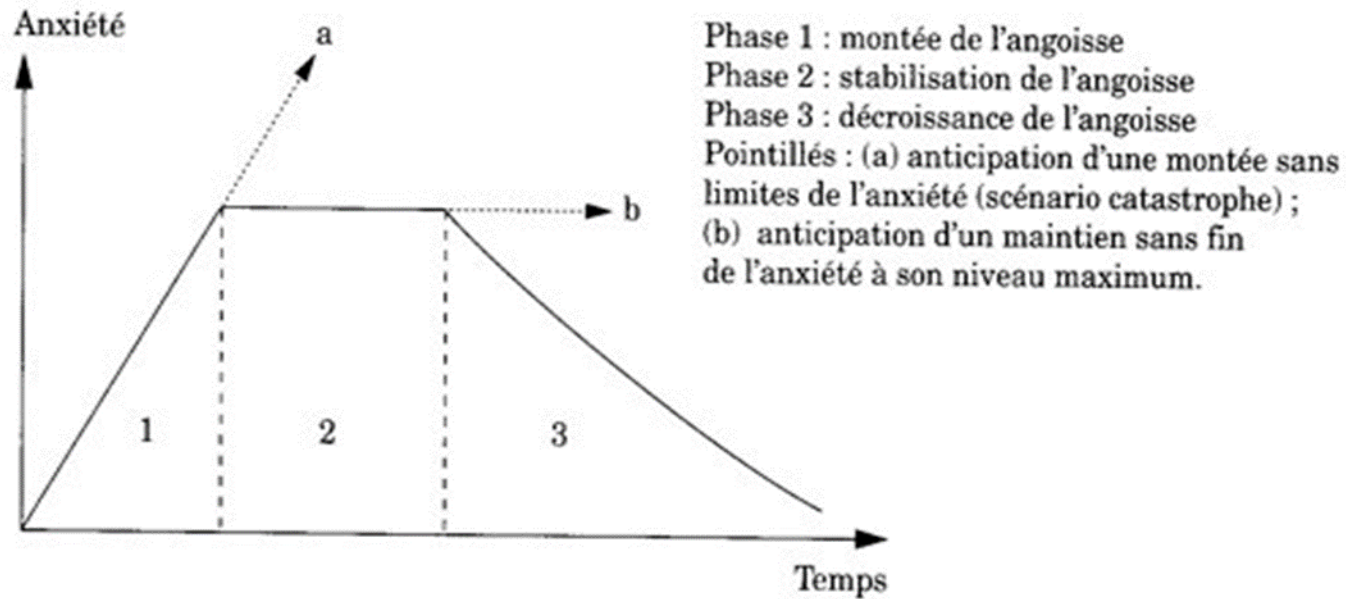


Figure 1.1. Intensité de l'anxiété lors d'une séance d'exposition (schéma à présenter et à commenter aux patients).

TROUBLE PANIQUE (1)



Evolution naturelle du trouble panique

- 1^{er} AP soudaine, imprévisible (mais contexte souvent de stress, événements de vie, éloignement,...)
- Répétition d'AP spontanées, anxiété anticipatoire croissante
- Conditionnement agoraphobique, évitements
- Augmentation des AP prévisibles (anxiété anticipatoire et agoraphobie), diminution des AP spontanées
- Résolution possible en quelques mois ou années, récurrences par épisodes

ÉPIDÉMIOLOGIE

Prévalence en population générale 1-3%

Prédominance féminine

Peut débuter à tout âge de la vie, pic de fréquence à 20-30 ans

TROUBLE PANIQUE (2)



Le diagnostic du TP repose sur les critères du DSM-5 :

A. Attaques de panique récurrentes et inattendues.

B. Au moins une des attaques a été suivie par une période d'un mois (ou plus) de l'un ou des deux symptômes suivants :

- crainte persistante ou inquiétude d'autres attaques de panique ou de leurs conséquences (p. ex. : de perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou ») ;
- changement de comportement significatif et inadapté en relation avec les attaques (p. ex. : comportements en lien avec l'évitement du déclenchement d'une attaque de panique tels que l'évitement d'exercices ou de situations non familières).

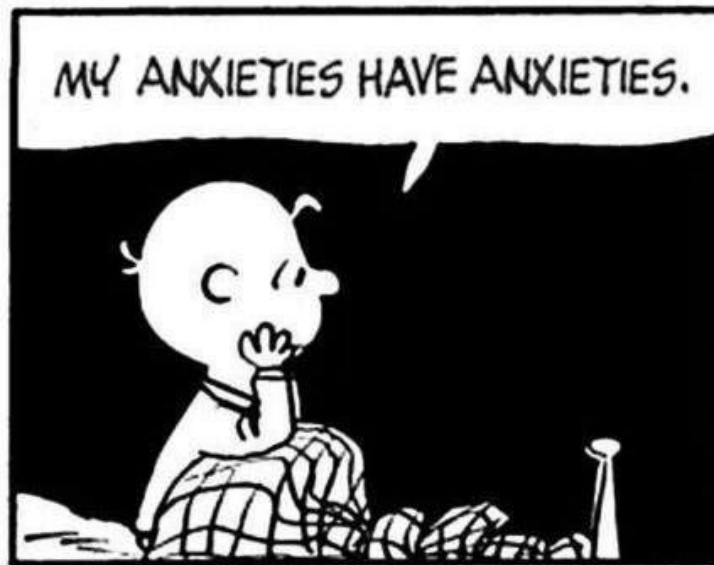
TRAITEMENT

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) doivent être privilégiées chez l'adulte comme chez l'enfant et l'adolescent, ayant largement montré leur intérêt dans ce trouble (cf. **Item 73**). Les techniques les plus utiles sont centrées sur l'exposition et la désensibilisation aux sensations physiques des AP et aux situations redoutées en cas d'agoraphobie associée. La place des méthodes de relaxation est également importante.

Des règles hygiéno-diététiques simples doivent également être expliquées au patient :

- * arrêt des excitants : café, tabac, alcool et autres substances psychoactives ;
- * bon équilibre alimentaire ;
- * règles hygiéno-diététiques de sommeil ;
- * pratique d'une activité physique régulière ;
- * techniques de relaxation ;
- * information sur les risques liés à l'usage des médicaments anxiolytiques (cf. **Item 74**).

Le traitement pharmacologique principal repose sur l'utilisation des **antidépresseurs** avec en première intention **les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine** (ISRS) (cf. **Item 74**). Cette prescription est justifiée dans les formes sévères, avec des AP fréquentes et un retentissement important.



TROUBLE ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

DÉFINITION

« Maladie des inquiétudes »

Soucis excessifs et mal contrôlés chroniques (>6 mois)

Appréhension continue non associée à un évènement déclencheur particulier

Anxiété excessive, non justifiée, non contrôlable

Dirigée sur au moins deux thèmes différents

ÉPIDÉMIOLOGIE

Prévalence en population générale 5%

2 femmes pour 1 homme

Peut débuter à tout âge de la vie, y compris chez l'enfant mais pic de fréquence à 35-45 ans, trouble anxieux le plus fréquent chez le sujet âgé.

CLINIQUE

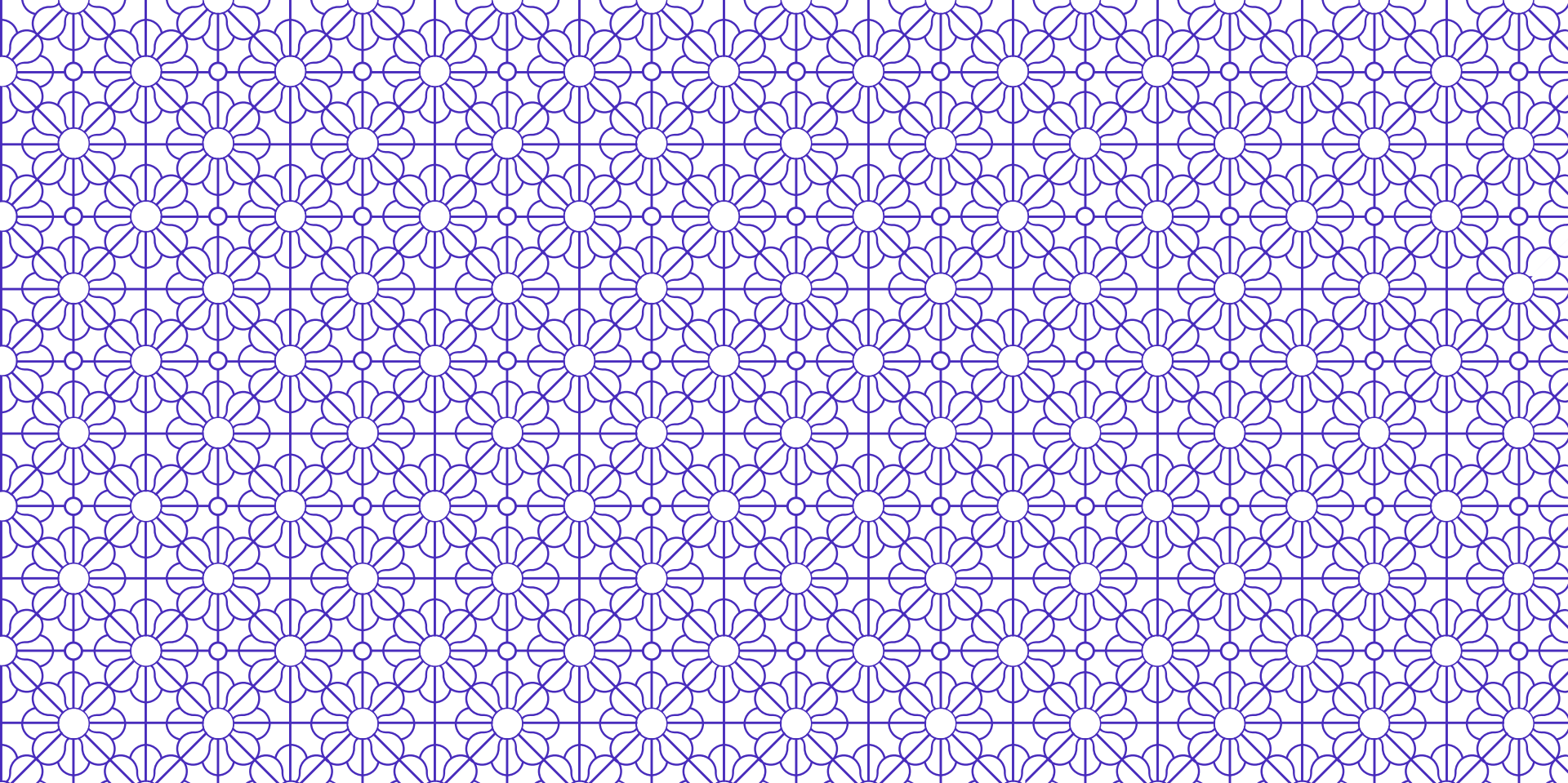
- Anxiété et soucis excessifs proches des **préoccupations quotidiennes**: petites choses, ou problèmes plus sérieux (santé, travail, argent...)
- Inquiétudes et ruminations
- Perturbation du sommeil et de la concentration
- +/- Hypervigilance
- Symptômes physiques ++ : myalgies, céphalées, s.digestifs, irritabilité, asthénie..

DIAGNOSTIC DSM

Anxiété associée à au moins 3 / 6 symptômes :

1. agitation ou sensation d'être survolté ou à bout
2. fatigabilité
3. difficultés de concentration ou trous de mémoire
4. irritabilité
5. tension musculaire
6. perturbation du sommeil

**Souffrance et/ou altération du fonctionnement
significative**



TROUBLES PHOBIQUES:
PHOBIES SPÉCIFIQUES
PHOBIE SOCIALE
AGORAPHOBIE



DÉFINITION

Phobie = peur très intense, incontrôlable et irrationnelle d'un objet ou situation donnés (« phobogène »).

- Anxiété extrême voire attaque de panique à la confrontation
- Anticipation anxieuse et conduites d'évitement
- Retentissement sur le fonctionnement

10 à 12% au cours de la vie chez l'adulte, 5% pour phobie sociale
20% chez l'enfant

Phobies spécifiques s'inscrivent dans le dvlp normal de l'enfant:
surviennent avant 8 ans et thématiques évoluent avec l'âge (créatures imaginaires, peur de phénomènes naturels, obscurité, animaux)

PHOBIES SPECIFIQUES = « PHOBIE SIMPLE »

Objet ou situation bien définie

Contact, vue ou simple évocation de l'objet redouté

Peur entraîne sidération et comportements d'évitement (non confrontation à la situation, objets ou attitudes « contra-phobiques » de réassurance

Anticipation anxieuse avec hypervigilance du sujet pour s'assurer de l'absence d'objet phobogène

Ex. Zoophobies

Eléments naturels

Sang et procédures médicales

Situations particulières



PHOBIE SOCIALE = TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE

Crainte d'agir de façon embarrassante ou humiliante sous le regard et le jugement d'autrui.

Grand nombre de situations différentes: peur des interactions sociales formelles et informelles, peur d'être observé en train de manger en public, peur de parler/se produire en public.

Symptômes physiques (tachycardie, rougeur, tremblements...) voire attaque de panique

→ **Anxiété anticipatoire:** le sujet anticipe d'être humilié par son propre comportement (rougir, bredouiller) mais il anticipe aussi le jugement négatif d'autrui

→ **Evitements** multiples de situations sociales

EXEMPLES DE SITUATIONS DE PEURS SOCIALES

Situations de performance	Passer un examen ou un entretien d'évaluation, faire un exposé ou une conférence, lire un texte à une cérémonie
Situations d'observation	Être regardé (ou se croire regardé) pendant que l'on accomplit quelque chose ou sans rien faire de précis: manger, boire, marcher, écrire, conduire...
Situations d'affirmation	Défendre ses droits, donner son point de vue, exprimer ses besoins: négocier des prix, faire une réclamation...
Révélation de soi	Devoir se révéler de manière un peu approfondie et impliquante: faire connaissance avec autrui, nouer une relation amicale ou sentimentale...
Situations d'interactions superficielles	Devoir parler avec autrui de manière informelle, superficielle

PHYSIOPATHOLOGIE

Facteurs psychologiques (faible estime de soi, perfectionnisme dans la phobie sociale), génétiques, environnementaux...

Evènements de vie traumatisants

Apprentissage par imitation de modèles, intégration de messages d'alerte (parent trop anxieux qui souligne les dangers liés à certaines situations)

TRAITEMENT

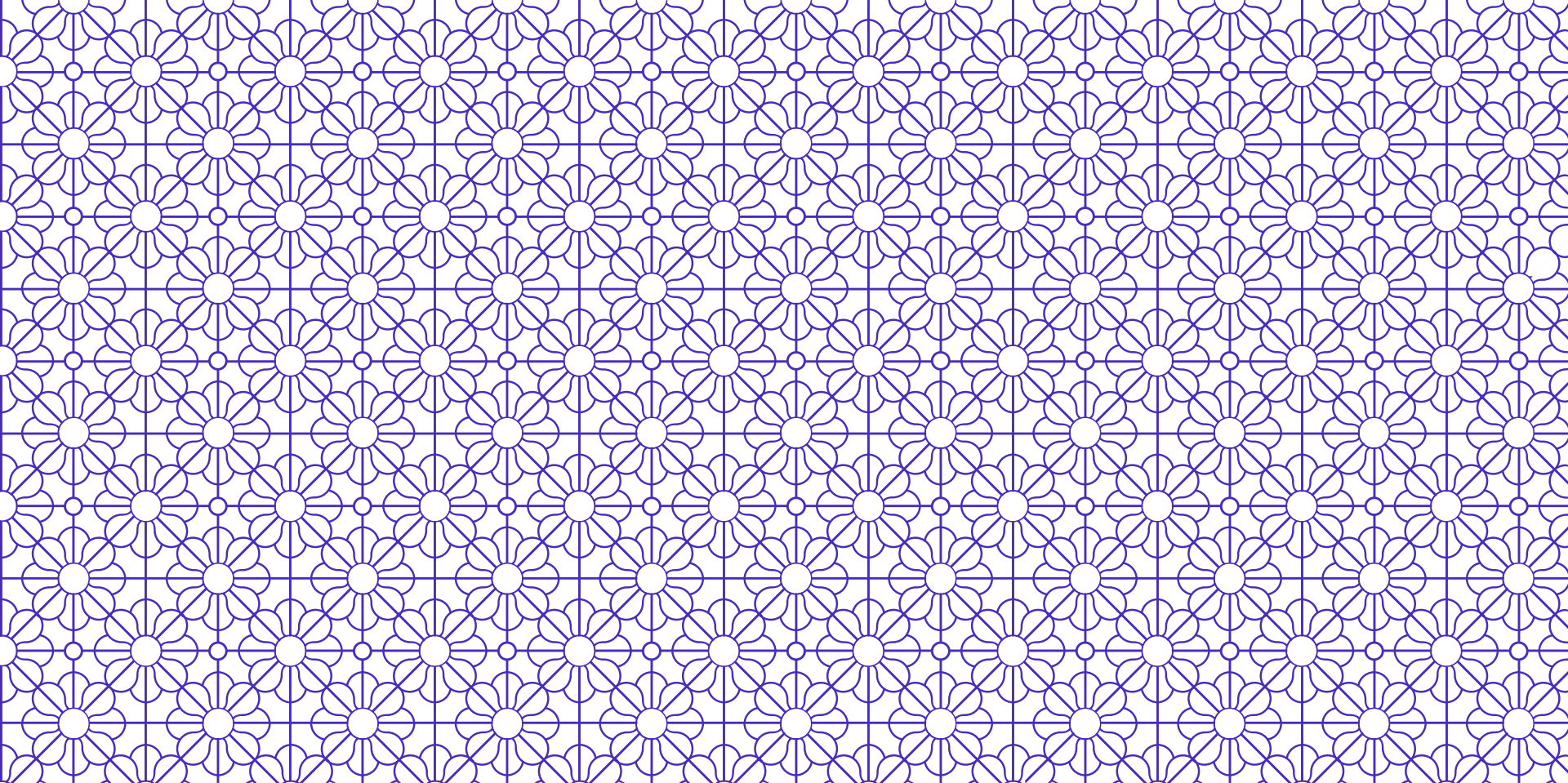
TCC individuelle

Exposition graduée in vivo désensibilisation par exposition progressive et prolongée aux objets/situations redoutées (ex. exposition à la honte)

Restructuration cognitive: identifier puis modifier ses croyances et pensées automatiques à propos de la situation

TCC de groupe pour la phobie sociale (exercices d'exposition au public, jeux de rôle, apprentissage de l'affirmation de soi)

Antidépresseurs ISRS ou IRSNA



TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF



ÉPIDÉMIOLOGIE

Un des troubles psychiatriques les plus fréquents et les plus invalidants

Prévalence: 2% sur la vie entière en population générale

Sex ratio: Femme/Homme = 1

Début des troubles: 65% avant 25 ans, 30% dès l'enfance

Délai moyen entre le début des troubles et la première demande de soins: 12 ans

SEMIOLOGIE: OBSESSIONS

Irruption de pensées, pulsions, images

En désaccord avec la pensée consciente mais perçues comme provenant de l'esprit du sujet

- **récurrentes et persistantes,**
- ressenties comme **intrusives** et **inappropriées,**
- entraînant une **anxiété** ou une **détresse importante**

Lutte active pour les ignorer ou les réprimer ou les neutraliser par d'autres pensées ou actions

Reconnaissance du **caractère absurde** et de **l'origine mentale**

3 types d'**obsessions**:

- **Idéatives**: images, mots, idées qui s'imposent à la pensée
- **Phobiques**: crainte imaginaire (contamination, maladie)
- **Impulsives**: peur d'accomplir un acte absurde ou interdit

DEFINITION: COMPULSIONS

Comportements répétitifs (se laver, ordonner, ranger, vérifier) **ou actes mentaux** (compter, répéter des mots) **en réponse à des obsessions, ou selon certaines règles inflexibles**

Destinés à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un évènement (rituel conjuratoire) ou une situation redoutée

Soit sans relation réaliste avec ce qu'elles proposent de neutraliser ou prévenir, soit excessives

Compulsion réalisée de façon très précise et stéréotypée = rituel

THEMATIQUES (1)

CONTAMINATION (« laveurs »)

Obsessions de contamination

Compulsions et rituels de lavage, évitements (ne pas toucher, gants)

ERREUR (« vérificateurs »)

Obsessions: ordre, exactitude, symétrie

+/- pensée magique (peur qu'un accident n'arrive si choses ne sont pas rangées en ordre)

Compulsions et rituels de vérification, rigidité dans l'enchaînement des actions (alignement des objets, symétrie des objets, marches sur les lignes du sol)

THEMATIQUES (2)

PENSEES INTERDITES (« conjurateurs »)

Obsessions catastrophiques: survenue d'un accident qui pourrait se produire du fait de la responsabilité du sujet (écraser un piéton en voiture sans s'en rendre compte)

Obsessions d'impulsion agressive (phobie d'impulsion): crainte de perdre le contrôle de soi, de commettre un acte répréhensible contre son gré, peur de laisser échapper des obscénités ou des insultes, images de violence et d'horreur

Obsessions à thématique sexuelle: contenu jugé répréhensible par la personne (homosexualité, inceste, pédophilie)

Thématique religieuse: préoccupations liées au bien et au mal, à la moralité, préoccupations liées aux sacrilèges/blasphèmes

Thématique somatique: peur d'être atteint d'une maladie/ obsessions sur l'aspect d'une partie du corps

Compulsions et rituels mentaux: mots que les patients se répètent lentement pour conjurer les effets redoutés de l'obsession



DIAGNOSTIC DSM

1. Compulsions et/ou obsessions
2. Sentiment de détresse, "perte de temps considérable » (> 1h/j) ou altération du fonctionnement

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Schizophrénie: distinction IDD/obsessions par la reconnaissance habituelle du caractère irrationnel des pensées en cas d'obsession
- EDC avec ruminations anxieuses. Si dépression, thème souvent congruent à l'humeur (ruminations centrées sur culpabilité, auto-dévalorisation)
- Troubles anxieux (situations plutôt réelles)

PHYSIOPATHOLOGIE

Vulnérabilité génétique (gènes des systèmes sérotoninergiques et dopaminergiques)

Implication des boucles CSTC (cortico-striato-thalamo-corticales)

Dysrégulation de neurotransmetteurs (5-HT, DA, glutamate)

Facteurs environnementaux infectieux chez l'enfant



ÉVOLUTION

- Chronique
- Fluctuante, augmente en cas de comorbidités ou de stress
- Défavorable sans traitement
- Complications : EDC et TLUA

TRAITEMENT

40% des patients ne répondent pas au traitement de 1^{ère} ligne

-TCC

-Antidépresseurs ISRS ++ à posologie élevée, délai d'apparition plus long que dans l'EDC (6 à 12 semaines)

-tDCS et rTMS

-Neurochirurgie fonctionnelle



PTSD
Post
Traumatic
Stress
Disorder

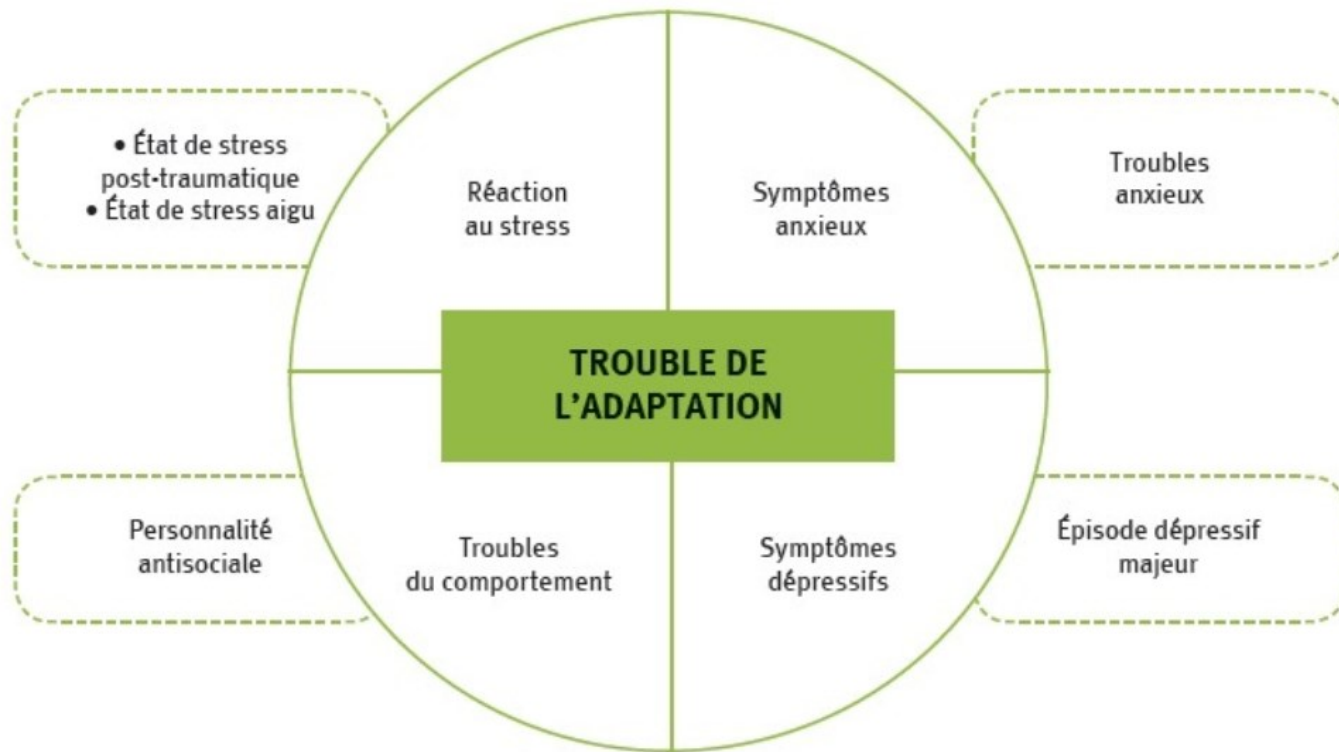
**TROUBLES LIES A DES
FACTEURS DE STRESS**

LE TROUBLE DE L'ADAPTATION

= facteur de stress identifiable <3 mois, dépassement des capacités d'adaptation, symptômes émotionnels ou comportementaux

- A. Survenue de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s), au cours des 3 mois suivant l'exposition au(x) facteur(s) de stress.
- B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoigne(nt) un ou deux élément(s) suivant(s) :
 1. détresse marquée hors de proportion par rapport à la gravité ou à l'intensité du facteur de stress, compte tenu du contexte externe et des facteurs culturels qui pourraient influencer la gravité des symptômes et la présentation ;
 2. altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

**PAS d'évitement ou de syndrome de répétition (sinon ESA ou ESPT)
FIN avant 6 mois (sinon EDC ou TAG)**



PTSD

= Survenue de S. caractéristiques à la suite d'un événement traumatique

5 à 10% en population générale

Plus importante si émigration récente de zones géographiques instables/de guerre

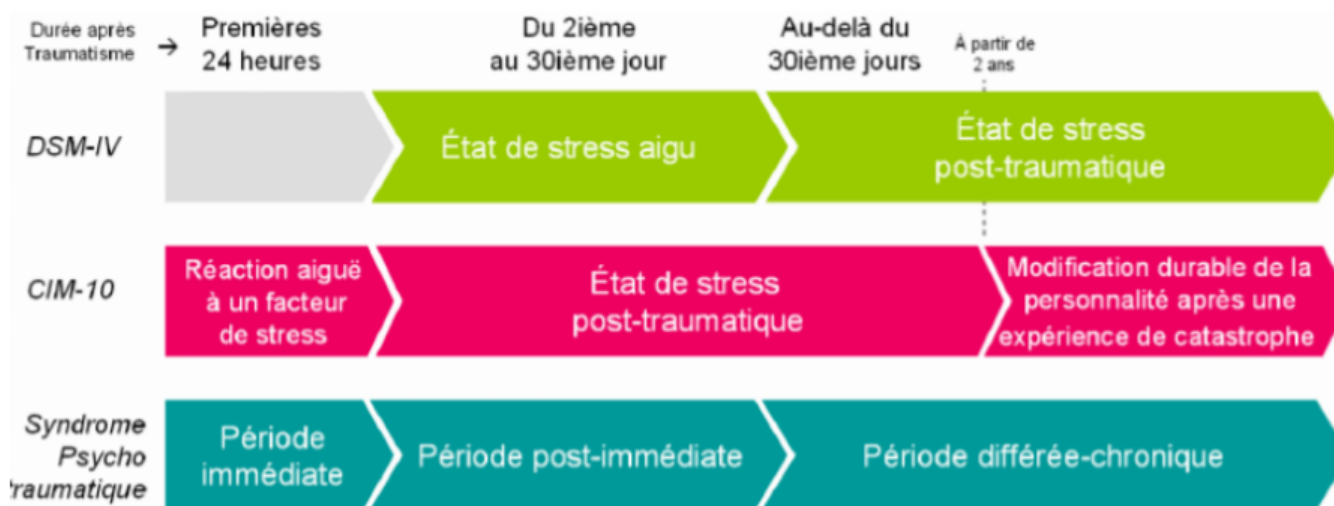
Jusqu'à 50% chez les victimes de viol, survivants de combats, situations de torture ou d'enfermement

2 femmes pour 1 homme

TROUBLE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET TROUBLE STRESS AIGU

□ carré diagnostique =

- *Syndrome de répétition*
- *Syndrome d'évitement*
- *Hyperactivation neurovégétative*
- *Altération négative des cognitions et de l'humeur*



Comparaison schématique des classifications DSM-IV, CIM et du syndrome psycho-traumatique proposé par L. Crocq.

CLINIQUE COMMUNE TSPT/TSA

- **Syndrome de répétition**
 1. *Reviviscences diurnes ou cauchemars traumatiques*
 2. *Flash-backs avec réactions dissociatives possibles (le malade revit l'expérience)*
- **Syndrome d'évitement**
 1. *Evitement de tous les stimuli/indices internes (pensées, souvenirs) et externes (lieux, personnes)*
- **Hyperactivation neurovégétative**
 1. *Irritabilité*
 2. *Altérations du sommeil*
 3. *Hypervigilance, sursauts exagérés*
- **Altération négative des cognitions et de l'humeur (diag. différentiel = EDC)**
 1. *Diminution des intérêts*
 2. *Détachement*
 3. *Incapacité à éprouver des émotions positives*

TSA/ESA

Le **trouble stress aigu** (TSA) désigne l'apparition d'une **symptomatologie similaire au TSPT** (syndrome de répétition, syndrome d'évitement, hyperactivation neurovégétative, altérations négatives des cognitions et de l'humeur) dans les jours suivant le traumatisme mais ne perdurant pas au-delà d'un mois.

Le TSA débute typiquement immédiatement après le traumatisme et dure entre 3 jours et 1 mois.

Son évolution est souvent spontanément résolutive, mais peut aussi se compliquer d'un TSPT. Cette évolution défavorable est plus fréquente lorsque le patient présente dans les suites immédiates du traumatisme, une symptomatologie dissociative avec mutisme, errance, état de détachement, dépersonnalisation, déréalisation, voire une amnésie de l'événement ou s'il présente des facteurs de risque (antécédents psychiatriques, antécédents d'autres événements traumatiques).

CRITERES DIAGNOSTIQUES

- A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
 1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
 2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
 3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami.
 4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. : intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).
- B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
 1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
 2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
 3. Réactions dissociatives au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire.
 4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
 5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.
- C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :
 1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
 2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

CRITERES DIAGNOSTIQUES (2)

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques.
2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde.
3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
4. État émotionnel négatif persistant.
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives.

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. Comportement irréflecti ou autodestructeur.
3. Hypervigilance.
4. Réaction de sursaut exagérée.
5. Problèmes de concentration.
6. Perturbation du sommeil.

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

PTSD/TSA

TRAITEMENT :

- **Phase aiguë : déhocage psychologique**
- **Thérapies cognitives comportementales (TCC)**
 - *Gestion anxiété*
 - *Lutte contre évitements*
 - *Techniques d'exposition graduée*
- **Thérapie d'exposition prolongée**
- **Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)**
 - Stimulation des processus de traitement de l'information
- **ISRS en seconde intention**
- **PAS de BZD !!**

Troubles « anxieux »

Troubles obsessionnels-compulsifs et en rapport

- TOC
- Peur d'une dysmorphie corporelle (BDD)
- Thésaurisation pathologique (*hoarding*)
- Trichotillomanie
- Dermatillomanie
- TOC induits et autres

Troubles anxieux et phobique

- Anxiété de séparation
- Phobie spécifique
- Anxiété sociale
- **Trouble panique**
- **Agoraphobie**
- **Anxiété généralisée**

Troubles post-traumatiques et liés au stress

- Etat de stress aigu
- ESPT
- Troubles de l'adaptation

Nom de la question	1
Enoncé	<p>Vous êtes interne au Service d'Accueil des Urgences. L'infirmière d'accueil vous interpelle car, parmi la foule des patients dans le couloir, un jeune homme de 25 ans est affolé, en sueur, et porte sa main à la poitrine : « je m'étouffe, aidez-moi, j'ai besoin d'espace! ».</p> <p>Face à une plainte de palpitations avec douleur thoracique et dyspnée, vous réalisez les examens complémentaires adéquats (dont un ECG) qui reviennent négatifs.</p>
Question	Que pouvez-vous dire à ce stade ? (une ou plusieurs réponse(s) possible(s))

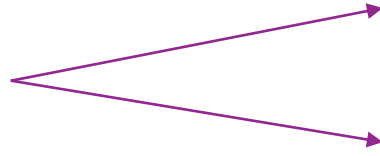
A	Le tableau clinique est compatible avec une attaque de panique
B	Vous pouvez poser le diagnostic de trouble panique
C	Vous pouvez poser le diagnostic d'agoraphobie
D	Une telle symptomatologie peut se retrouver dans l'état de stress aigu
E	Une prise de toxique peut déclencher une attaque de panique

Nom de la question	1
Enoncé	<p>Vous êtes interne au Service d'Accueil des Urgences. L'infirmière d'accueil vous interpelle car, parmi la foule des patients dans le couloir, un jeune homme de 25 ans est affolé, en sueur, et porte sa main à la poitrine : « je m'étouffe, aidez-moi, j'ai besoin d'espace! ».</p> <p>Face à une plainte de palpitations avec douleur thoracique et dyspnée, vous réalisez les examens complémentaires adéquats (dont un ECG) qui reviennent négatifs.</p>
Question	Que pouvez-vous dire à ce stade ? (une ou plusieurs réponse(s) possible(s))

A	Le tableau clinique est compatible avec une attaque de panique
B	Vous pouvez poser le diagnostic de trouble panique
C	Vous pouvez poser le diagnostic d'agoraphobie
D	Une telle symptomatologie peut se retrouver dans l'état de stress aigu
E	Une prise de toxique peut déclencher une attaque de panique

L'ATTAQUE DE PANIQUE... AUX ETIOLOGIES MULTIPLES

Attaque de panique
(30min, pic d'anxiété en qq S à qq M)



attendue (ex : *phobie spécifique*)

inattendue (ex : *trouble panique*)

Objet de l'AP =

- sans objet (*trouble panique*)
- idée délirante (*trouble psychotique*)
- situation phobogène (*phobie spécifique, phobie sociale*)
- peur de mourir (*trouble panique*)
- ruminations anxieuses (*trouble anxieux généralisé, dépression*)
- traumatisme ou indice rappelant un événement traumatique (*état de stress aigu et stress post-traumatique*)
- « pour tout et pour rien »/petits soucis de la vie (*trouble anxieux généralisé*)

 **Diagnostics différentiels : somatique ou intoxication aiguë/sevrage ++**

Nom de la question	2
Énoncé	Vous le rassurez et proposez un exercice de respiration, et le patient s'apaise. Il vous explique subir ce genre de crise plusieurs fois par semaine depuis environ quatre mois : « quand ça m'arrive c'est d'un seul coup. Les deux dernières fois c'était dans le bus et au cinéma, j'ai senti comme si ma poitrine se faisait écraser ». Il explique avoir peur de faire une crise cardiaque lors des épisodes, et vit dans la crainte que cela se reproduise. Le patient n'a pas de symptôme de la sphère psychotique, ni de symptôme thymique, et ne rapporte pas de consommation de toxique.
Question	Vous souhaitez poser un diagnostic. Quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) vraie(s) ?
A	Vous posez le diagnostic de trouble panique
B	Vous posez le diagnostic d'agoraphobie
C	Vous posez le diagnostic de phobie spécifique des transports
D	Les benzodiazépines sont un traitement de fond du trouble que présente le patient
E	Une psychothérapie centrée sur l'exposition aux sensations physiques a prouvé son efficacité dans ce trouble

Nom de la question	2
Énoncé	Vous le rassurez et proposez un exercice de respiration, et le patient s'apaise. Il vous explique subir ce genre de crise plusieurs fois par semaine depuis environ quatre mois : « quand ça m'arrive c'est d'un seul coup. Les deux dernières fois c'était dans le bus et au cinéma, j'ai senti comme si ma poitrine se faisait écraser ». Il explique avoir peur de faire une crise cardiaque lors des épisodes, et vit dans la crainte que cela se reproduise. Le patient n'a pas de symptôme de la sphère psychotique, ni de symptôme thymique, et ne rapporte pas de consommation de toxique.
Question	Vous souhaitez poser un diagnostic. Quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) vraie(s) ?
A	Vous posez le diagnostic de trouble panique
B	Vous posez le diagnostic d'agoraphobie
C	Vous posez le diagnostic de phobie spécifique des transports
D	Les benzodiazépines sont un traitement de fond du trouble que présente le patient
E	Une psychothérapie centrée sur l'exposition aux sensations physiques a prouvé son efficacité dans ce trouble

Nom de la question	3
Enoncé	A propos de la sémiologie du trouble panique.
Question	Parmi les éléments sémiologiques suivants, lequel(lesquels) vous conforte(nt) dans l'hypothèse d'un trouble panique ?

A	Facteur déclenchant stéréotypé
B	Pas de facteur déclenchant identifié
C	Anxiété anticipatoire
D	Attaques de panique en réponse à des idées délirantes
E	Syndrome dépressif marqué actuel

Nom de la question	3
Enoncé	A propos de la sémiologie du trouble panique.
Question	Parmi les éléments sémiologiques suivants, lequel(lesquels) vous conforte(nt) dans l'hypothèse d'un trouble panique ?

A	Facteur déclenchant stéréotypé
B	Pas de facteur déclenchant identifié
C	Anxiété anticipatoire
D	Attaques de panique en réponse à des idées délirantes
E	Syndrome dépressif marqué actuel

TROUBLE PANIQUE (1)



Evolution naturelle du trouble panique

- 1^{er} AP soudaine, imprévisible (mais contexte souvent de stress, événements de vie, éloignement,...)
- Répétition d'AP spontanées, anxiété anticipatoire croissante
- Conditionnement agoraphobique, évitements
- Augmentation des AP prévisibles (anxiété anticipatoire et agoraphobie), diminution des AP spontanées
- Résolution possible en quelques mois ou années, récurrences par épisodes
- Réduction des AP, accentuation de l'agoraphobie
- Complications : dépression, addiction (BZD, alcool)

TROUBLE PANIQUE (2)

Le diagnostic du TP repose sur les critères du DSM-5 :

A. Attaques de panique récurrentes et inattendues.

B. Au moins une des attaques a été suivie par une période d'un mois (ou plus) de l'un ou des deux symptômes suivants :

- crainte persistante ou inquiétude d'autres attaques de panique ou de leurs conséquences (p. ex. : de perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou ») ;
- changement de comportement significatif et inadapté en relation avec les attaques (p. ex. : comportements en lien avec l'évitement du déclenchement d'une attaque de panique tels que l'évitement d'exercices ou de situations non familières).

Nom de la question	4
Enoncé	<p>Vous êtes le médecin traitant qui réalise le suivi, et apprenez que votre patient s'automédique aux benzodiazépines. Il prend de l'Alprazolam chaque fois qu'il prend un transport en commun, ainsi qu'avant de faire ses courses ou de rentrer dans tout autre magasin. Il vous dit prendre ces médicaments en prévention d'une attaque de panique dans ces lieux qu'il considère dangereux, avec la peur de ne pas pouvoir s'en échapper si cela survenait. Vous posez le diagnostic d'agoraphobie associée au trouble panique.</p>
Question	<p>Si vous appreniez que les attaques de panique surviennent exclusivement en réponse à des situations sociales redoutées, quel serait votre diagnostic ? (QROC, nom du trouble en majuscule et en deux mots)</p>

Nom de la question	4
Énoncé	Vous êtes le médecin traitant qui réalise le suivi, et apprenez que votre patient s'automédique aux benzodiazépines. Il prend de l'Alprazolam chaque fois qu'il prend un transport en commun, ainsi qu'avant de faire ses courses ou de rentrer dans tout autre magasin. Il vous dit prendre ces médicaments en prévention d'une attaque de panique dans ces lieux qu'il considère dangereux, avec la peur de ne pas pouvoir s'en échapper si cela survenait. Vous posez le diagnostic d'agoraphobie associée au trouble panique.
Question	Si vous appreniez que les attaques de panique surviennent exclusivement en réponse à des situations sociales redoutées, quel serait votre diagnostic ? (QROC, nom du trouble en majuscule et en deux mots)

ANXIETE SOCIALE

PHOBIE SOCIALE

Nom de la question	5
Enoncé	Ce patient consomme donc des benzodiazépines en grande quantité depuis plus de trois mois, pour palier à son anxiété dans les transports et dans les magasins.
Question	A propos de cette consommation, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) vraie(s) ?

A	La prescription de benzodiazépines devrait être limitée à 4 semaines
B	Chez ce patient, il s'agit d'un usage à risque
C	Il s'expose à un syndrome de sevrage à l'arrêt brutal
D	La polytoxicomanie augmente le risque de sévérité du syndrome de sevrage
E	Il faut proposer un sevrage sur quelques semaines voire quelques mois

Nom de la question	5
Enoncé	Ce patient consomme donc des benzodiazépines en grande quantité depuis plus de trois mois, pour palier à son anxiété dans les transports et dans les magasins.
Question	A propos de cette consommation, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) vraie(s) ?

A	La prescription de benzodiazépines devrait être limitée à 4 semaines
B	Chez ce patient, il s'agit d'un usage à risque
C	Il s'expose à un syndrome de sevrage à l'arrêt brutal
D	La polytoxicomanie augmente le risque de sévérité du syndrome de sevrage
E	Il faut proposer un sevrage sur quelques semaines voire quelques mois

Nom de la question	6
Enoncé	Revenons un peu en arrière. Imaginons que votre patient fait des attaques de panique dans les transports en commun mais que vous apprenez qu'il a en réalité été renversé par un bus il y a deux mois ; un accident qui par chance n'avait nécessité qu'une courte hospitalisation mais qui lui avait fait très peur. Depuis, il garde un sentiment de détresse quand il y repense.
Question	Quel(s) diagnostic(s) pourriez-vous poser avec ces seules informations et en l'absence d'autres symptômes ?

A	Trouble stress aigu
B	Trouble de stress post-traumatique
C	Deuil compliqué persistant
D	Deuil pathologique
E	Trouble de l'adaptation

Nom de la question	6
Enoncé	Revenons un peu en arrière. Imaginons que votre patient fait des attaques de panique dans les transports en commun mais que vous apprenez qu'il a en réalité été renversé par un bus il y a deux mois ; un accident qui par chance n'avait nécessité qu'une courte hospitalisation mais qui lui avait fait très peur. Depuis, il garde un sentiment de détresse quand il y repense.
Question	Quel(s) diagnostic(s) pourriez-vous poser avec ces seules informations et en l'absence d'autres symptômes ?

A	Trouble stress aigu
B	Trouble de stress post-traumatique
C	Deuil compliqué persistant
D	Deuil pathologique
E	Trouble de l'adaptation

LES TROUBLES LIES AU STRESS (1)

TROUBLE DE L'ADAPTATION = facteur de stress identifiable <3 mois, dépassement des capacités d'adaptation, symptômes émotionnels ou comportementaux

- A. Survenue de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s), au cours des 3 mois suivant l'exposition au(x) facteur(s) de stress.
- B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoigne(nt) un ou deux élément(s) suivant(s) :
 1. détresse marquée hors de proportion par rapport à la gravité ou à l'intensité du facteur de stress, compte tenu du contexte externe et des facteurs culturels qui pourraient influencer la gravité des symptômes et la présentation ;
 2. altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

PAS d'évitement ou de syndrome de répétition (sinon ESA ou ESPT)

FIN avant 6 mois (sinon EDC ou TAG)



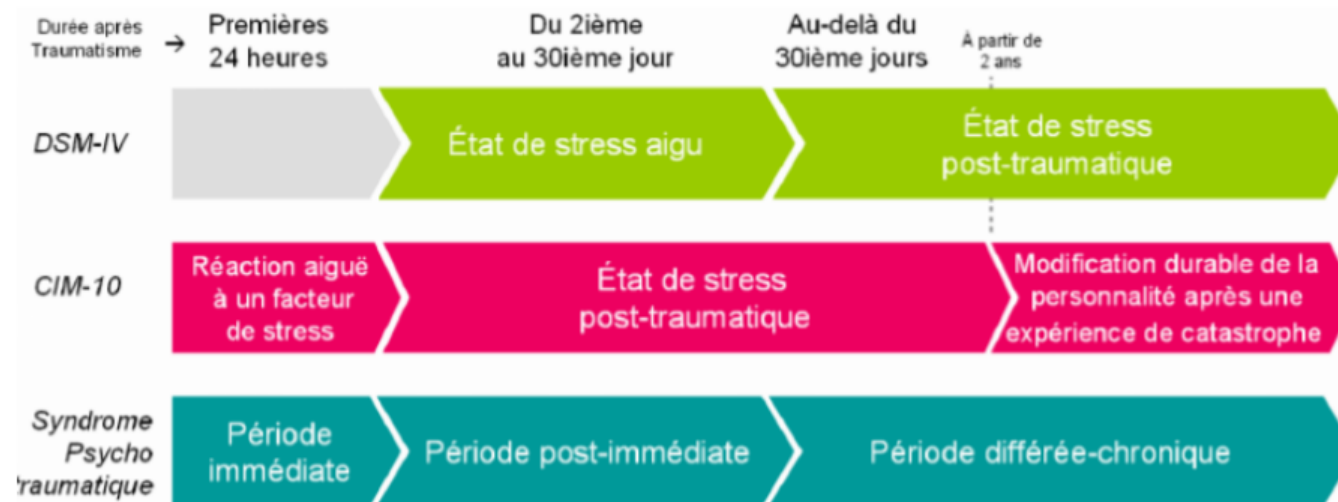
Nom de la question	7	
Énoncé	<p>Vous explorez plus en détail la symptomatologie actuelle.</p> <p>Il y a des évitements (il a très peur de traverser la route) et il vous signale aussi être irritable et sursauter parfois de façon exagérée, par exemple quand une porte de la maison claque. Il a du mal à éprouver de la joie ou du plaisir dans ses activités. Il lui arrive régulièrement de rêver qu'il se fait renverser par une voiture ou un train, et se réveille très angoissé par cela. Il n'y a pas d'autre symptôme.</p>	
Question	Trouble stress aigu	Quel est votre diagnostic final ? (QRU)
B	Trouble de stress post-traumatique	
C	Episode dépressif caractérisé	
D	Trouble anxieux généralisé	
E	Trouble de l'adaptation	

Nom de la question	7
Énoncé	<p>Vous explorez plus en détail la symptomatologie actuelle.</p> <p>Il y a des évitements (il a très peur de traverser la route) et il vous signale aussi être irritable et sursauter parfois de façon exagérée, par exemple quand une porte de la maison claque. Il a du mal à éprouver de la joie ou du plaisir dans ses activités. Il lui arrive régulièrement de rêver qu'il se fait renverser par une voiture ou un train, et se réveille très angoissé par cela. Il n'y a pas d'autre symptôme.</p>
Question	<p>A Trouble stress aigu</p> <p>Quelle est votre diagnostic final ? (QRU)</p>
B	Trouble de stress post-traumatique
C	Episode dépressif caractérisé
D	Trouble anxieux généralisé
E	Trouble de l'adaptation

LES TROUBLES LIES AU STRESS (2)

TSPT / TSA :

- ❑ événement traumatique
- ❑ carré diagnostique =
 - *Syndrome de répétition*
 - *Syndrome d'évitement*
 - *Hyperactivation neurovégétative*
 - *Altération négative des cognitions et de l'humeur*



Comparaison schématique des classifications DSM-IV, CIM et du syndrome psycho-traumatique proposé par L. Crocq.

LE STRESS POST-TRAUMATIQUE (1)

- **Syndrome de répétition**
 1. *Reviviscences diurnes ou cauchemars traumatiques*
 2. *Flash-backs avec réactions dissociatives possibles (le malade revit l'expérience)*
- **Syndrome d'évitement**
 1. *Evitement de tous les stimuli/indices internes (pensées, souvenirs) et externes (lieux, personnes)*
- **Hyperactivation neurovégétative**
 1. *Irritabilité*
 2. *Altérations du sommeil*
 3. *Hypervigilance, sursauts exagérés*
- **Altération négative des cognitions et de l'humeur (diag. différentiel = EDC)**
 1. *Diminution des intérêts*
 2. *Détachement*
 3. *Incapacité à éprouver des émotions positives*

Nom de la question	8
Enoncé	Vous diagnostiquez un trouble de stress post-traumatique que vous prenez en charge.
Question	Quel(s) traitement(s) sont utilisable(s) en première intention ?

A	Thérapie basée sur l'exposition
B	Benzodiazépines
C	ISRS
D	TCC centrées sur la gestion de l'anxiété et la lutte contre les évitements
E	Thérapie basée sur la stimulation des processus de traitement de l'information

Nom de la question	8
Enoncé	Vous diagnostiquez un trouble de stress post-traumatique que vous prenez en charge.
Question	Quel(s) traitement(s) sont utilisable(s) en première intention ?

A	Thérapie basée sur l'exposition
B	Benzodiazépines
C	ISRS
D	TCC centrées sur la gestion de l'anxiété et la lutte contre les évitements
E	Thérapie basée sur la stimulation des processus de traitement de l'information

LE STRESS POST-TRAUMATIQUE (2)

TRAITEMENT :

- **Phase aiguë : déhocage psychologique**
- **Thérapies cognitives comportementales (TCC)**
 - *Gestion anxiété*
 - *Lutte contre évitements*
 - *Techniques d'exposition graduée*
- **Thérapie d'exposition prolongée**
- **Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)**
 - Stimulation des processus de traitement de l'information
- **ISRS en seconde intention**
- **PAS de BZD !!**