

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2020

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Clara LE BRUN

Née le 10 mars 1992 à Caen

Présentée et soutenue publiquement le (*Date de la soutenance*)

**LA PRISE EN CHARGE NON MEDICAMENTEUSE DES TROUBLES ANXIEUX DE
L'ADULTE**

Etude quantitative auprès des médecins généralistes

Président : Monsieur le Professeur Julien NIZARD

Directeur de thèse : Docteur Emmanuel MALPHETTES

Membre du jury : Professeur Céline BOUTON

Membre du jury : Docteur Benjamin AYMARD

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
PARTIE 1 : LES TROUBLES ANXIEUX	7
I. L'EVOLUTION DES CONCEPTS	10
1. TERMINOLOGIE	10
a. La panique.....	10
b. L'angoisse et l'anxiété	10
c. La peur	11
d. Le stress	11
2. ANXIETE NORMALE ET ANXIETE PATHOLOGIQUE	12
3. LE MODELE STRUCTURAL DE L'ANXIETE	12
4. DU CONCEPT D'ANXIETE AUX TROUBLES ANXIEUX	14
II. LES TROUBLES ANXIEUX	15
1. LES TROUBLES ANXIEUX EN MEDECINE GENERALE	15
2. CARACTERISTIQUES DES TROUBLES ANXIEUX	15
a. Troubles anxieux constitutionnels	16
b. Trouble obsessionnel compulsif.....	17
c. Troubles liés aux traumatismes et au stress	18
3. IMPACT DES TROUBLES ANXIEUX SUR LES DEPENSES DE SANTE	19
PARTIE 2 : MODELES DE PRISE EN CHARGE NON MEDICAMENTEUSE	20
I. CLASSES D'ALTERNATIVES NON MEDICAMENTEUSES DANS LES TROUBLES ANXIEUX	21
1. LES PSYCHOTHERAPIES	21
a. Psychothérapies et médecine générale.....	21
b. Recommandations de la HAS pour les troubles anxieux (18)	22
c. Evaluation des psychotherapies.....	23
2. LES MEDECINES ALTERNATIVES ET COMPLEMENTAIRES (MAC).....	24
a. Place des MAC selon l'Académie Nationale de Médecine	25
b. Place des MAC selon l'Organisation Mondiale de la Santé	25
c. Place des MAC selon l'Ordre des Médecins	25
II. MODELE DE PRISE EN CHARGE PAR LA THERAPIE COGNITIVO- COMPORTEMENTALE (TCC)	26
1. DEFINITION	26
2. HISTORIQUE	27
3. TECHNIQUES DE PRISE EN CHARGE	28
a. Le volet cognitif	28
b. Le volet comportemental	29
c. Le volet émotionnel	30
4. DONNEES DE LA LITTERATURE	32
5. FORMATION.....	33
III. MODELE DE PRISE EN CHARGE PAR LA PSYCHOTHERAPIE DYNAMIQUE	33
1. ASPECTS THEORIQUES GENERAUX	33
2. ASPECTS THEORIQUES DANS LES TROUBLES ANXIEUX	34

3.	IMPLICATIONS THERAPEUTIQUES	35
4.	FORMATION.....	36
5.	DONNEES DE LA LITTERATURE.....	36
IV.	MODELE DE PRISE EN CHARGE PAR LES THERAPIES BREVES STRATEGIQUES ET L'HYPNOSE	37
1.	NAISSANCE ET EVOLUTION DU MOUVEMENT SYSTEMIQUE	37
2.	LES GRANDS PRINCIPES DU MODELE STRATEGIQUE	39
3.	OUTILS DE COMMUNICATION	43
	a.. La synchronisation	43
	b. Point sur la suggestion.....	44
	c. Les metaphores	45
4.	OUTILS STRATEGIQUES	46
	a. Le recadrage.....	47
	b. Le questionnement appréciatif	48
	c. La question miracle	48
	d. La recherche exceptions.....	48
	e. Le compliment	49
	e. Le paradoxe.....	49
	f. Les tâches thérapeutiques	50
5.	L'HYPNOSE FORMELLE DANS LES TROULES ANXIEUX.....	52
	a. Type de séance.....	52
	b. Techniques utiles pendant la séance.....	53
6.	LE CHANGEMENT CHEZ LE PATIENT SOUFFRANT DE TROUBLE ANXIEUX.....	54
	a. Les étapes du changement.....	54
	b. Les motivations au changement	55
7.	UN EXEMPLE CONCRET DE PRISE EN CHARGE	56
8.	L'EMDR.....	59
9.	DONNEES DE LA LITTERATURE.....	60
10.	FORMATION.....	60
V.	MODELE DE PRISE EN CHARGE PAR LES MEDECINES ALTERNATIVES ET COMPLEMENTAIRES	61
1.	L'ACUPUNCTURE.....	61
	a. L'acupuncture dans les troubles anxieux	61
	b. Formation et pratique.....	62
	c. Données de la littérature.....	62
2.	MEDECINE MANUELLE OSTEOPATHIQUE.....	63
	a. L'ostéopathie dans les troubles anxieux	63
	b. Formation et pratique.....	63
VI.	CONCLUSION	64
PARTIE 3 : ETUDE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES		64
I.	MATERIEL ET METHODE.....	66
1.	L'OBJECTIF	66
2.	LE TYPE D'ETUDE	66
3.	POPULATION.....	66

4.	LE QUESTIONNAIRE	66
5.	ANALYSE STATISTIQUE	67
II.	RESULTATS	68
1.	PARTICIPATION DES MEDECINS	68
2.	CARACTERISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES DES PARTICIPANTS.....	68
a.	Caractéristiques démographiques	69
b.	Caractéristiques professionnelles	70
3.	FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES	72
a..	Formation initiale	72
b.	Sources de connaissance	72
c..	Formation continue	74
4.	PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ANXIEUX	75
a.	Aisance.....	75
b.	Difficultés à prendre en charge les troubles anxieux	77
c.	Prise en charge médicamenteuse	79
d.	Prise en charge non médicamenteuse	80
5.	BESOIN DE FORMATION	84
III.	DISCUSSION.....	86
1.	LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE	86
a.	Les limites	86
b.	Les forces.....	87
2.	CARACTERISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES DE L'ECHANTILLON	88
3.	FORMATIONS ET ALTERNATIVES NON MEDICAMENTEUSES	89
a.	Formation initiale	89
b.	Les formations continues.....	89
c.	Difficultés à proposer des alternatives non médicamenteuses	94
4.	LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ANXIEUX	96
a.	Aisance.....	96
b.	Difficultés de prise en charge.....	96
c.	Effets des formations sur la prise en charge des troubles anxieux	97
5.	BESOINS DE FORMATION	99
6.	PROPOSITIONS	99
a.	Sur la formation	99
b.	Sur le remboursement de ces alternatives.....	100
c.	Sur la rémunération des Médecins.....	100
d.	Sur les recherches concernant les alternatives médicamenteuses	101
	CONCLUSION	91
	BIBLIOGRAPHIE.....	91
	ANNEXES.....	91

INTRODUCTION

Preamble...

Voilà longtemps que ce sujet me possède...

L'histoire des gens est pour moi la plus belle des Histoires. La manière dont ils s'adaptent à leur environnement, dont ils évoluent parmi les autres, et leur façon parfois inattendue et surprenante de rebondir face à l'adversité et la difficulté. Les ressources qu'ils puisent, aussi insoupçonnées que somptueuses, aussi naturelles que recherchées, me rendent souvent humble et heureuse d'être leur médecin.

Déjà intriguée par la vertu des échanges, j'avais réalisé mon Travail Personnel Encadré (TPE) pour le baccalauréat sur la manière dont l'hypnose et la communication pouvaient accompagner le soin. Également avide de curiosité scientifique, je m'engageais dans des études de médecine. Cependant, celles-ci m'ont un temps éloigné de l'Histoire que je convoitais, de la vie des gens en général : j'ai appris la théorie, dessiné l'anatomie, différencié un globule rouge normal d'un « hors-norme », compris la physiologie avec délectation, mais alors, corps et esprit faisaient deux. Plus tard, la médecine de famille, comme il me plait à l'appeler, a été pour moi une évidence au sein des métiers de la santé. C'est lors d'un stage à l'étranger que j'ai fait une découverte qui bouleversera ma pratique : je me suis retrouvée en salle de consultation d'attention primaire, devant une vitre teintée. Derrière s'y trouvaient des internes de la maison de santé, et des médecins généralistes. Nous étions tous logés à la même enseigne, et j'en ai gardé de précieux souvenirs : les débriefings qui suivaient étaient passionnants et portés par une bienveillance et un engagement sans faille des médecins de famille. N'étant pas parfaitement bilingue, j'ai aussi appris à communiquer autrement : par l'attention du regard, par le toucher et l'expression.

C'est en première année d'internat de médecine générale, que je fus confrontée à une réelle difficulté de communication aux urgences avec une patiente souffrant d'une douleur aiguë. En cherchant des solutions à cette situation, je suis « tombée » sur des stratégies de l'Ecole du Palo Alto, qui sont venues répondre à de nombreuses questions (et ont donné naissance à des réflexions multiples...). En deuxième année d'internat, j'ai pu choisir un maître de stage de médecine générale pratiquant l'hypnose. C'est, il faut le dire, ce qui m'a définitivement liée à cette curiosité d'apprendre la communication (je pensais encore jusqu'alors que la majeure partie de cette discipline était innée), afin d'agencer cet art à celui de la pratique de

l'hypnose dans le cadre de suivis de patients en médecine générale. J'ai découvert que le champ d'application de cet outil n'avait (presque) aucune limite, et j'étais loin d'imaginer qu'il pouvait à ce point apporter un soutien tant au patient qu'au médecin pour une prise en charge globale et cohérente. En effet, ma formation en Communication Thérapeutique et à l'Hypnose, ainsi que mes premières expériences en cabinet de médecine générale m'ont confortée dans cette idée : si le médecin généraliste a un rôle majeur dans le dépistage de lésion organique, la relation privilégiée avec le patient et son suivi le place en première ligne pour échanger sur les problématiques psycho-sociales de ce dernier.

Place du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles anxieux

Selon l'OMS, 25% de la population mondiale est confronté à un moment de sa vie à des troubles mentaux (1). En France, les symptômes d'ordre psychologiques sont la cause la plus fréquente de consultations chez le médecin généraliste et les troubles anxieux comptent parmi les troubles mentaux les plus courants (2). Ils regroupent six entités cliniques : le trouble anxieux généralisé, le trouble panique avec ou sans agoraphobie, le trouble anxieux sociale, la phobie spécifique, le trouble obsessionnel compulsif et l'état de stress post-traumatique. Or, une étude révélait que plus de 75% des médecins généralistes ne se sentaient pas toujours à l'aise dans la prise en charge des troubles anxieux (3) et seule la moitié des troubles anxieux seraient détectés par le médecin généraliste (4).

Devant cette problématique, l'HAS a publié en 2007 des recommandations de prise en charge des troubles anxieux graves. L'importance prépondérante de la prise en charge non médicamenteuse y figure bien mais sans que celle-ci ne soit précisément décrite ou expliquée. En revanche, les indications de traitement médicamenteux sont détaillées, avec les classes médicamenteuses, leurs durées et leurs suivis. Une étude menée en 2017 montre d'ailleurs que ces recommandations médicamenteuses sont bien appliquées par les médecins généralistes (3) mais aucune étude n'apprécie le versant non médicamenteux de la prise en charge.

L'intérêt grandissant pour les techniques non médicamenteuses

Un rapport de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) révèle que la France est le 2^{ème} pays Européens consommateur de traitement psychotrope, dont 82% sont prescrits par le Médecin généraliste (5). Ces résultats ont permis cependant aux médecins prescripteurs de se remettre en question, et de chercher des alternatives. Ainsi, de nombreuses techniques non médicamenteuses se sont développées ces

dernières années. En France, 75% de la population aurait eu recours à une « Médecine Alternative et Complémentaire » au moins une fois dans sa vie (6), dont 16% des demandes pour des troubles anxieux ; et 11,5% des patients aurait eu recours à de la psychothérapie, les troubles anxieux étant au 2^{ème} rang des demandes (7). L'émancipation de ces alternatives augmente cependant le risque de connaître certaines dérives. Pour l'éviter, plusieurs structures reconnues telles que l'OMS, l'Académie Nationale de Médecine ou l'Ordre des médecins ont tenté de faire le « tri » parmi toutes ces techniques. Des études ont démontré que la méconnaissance de ces outils était un frein dans la coordination de soin des patients présentant des troubles anxieux (8), ainsi, depuis 2017, le Collège Universitaire de Médecines Intégratives et Complémentaires a pour mission d'intégrer des informations sur les médecines complémentaires au programme des études de médecine, dès le deuxième cycle.

Au regard de cela, un recours aux prises en charge non pharmacologiques semble être une approche intéressante, et le médecin généraliste tient une place privilégiée pour initier ces alternatives.

Ainsi...

Devant le rôle principal du médecin généraliste face aux troubles anxieux, et l'absence de consensus concernant la prise en charge non médicamenteuse, il nous paraissait intéressant de mener une étude permettant d'apprécier le ressenti des médecins généralistes sur leur prise en charge des troubles anxieux, et d'identifier d'éventuels besoins de formation.

Dans une première partie, nous allons comprendre la genèse du concept des troubles anxieux et les décrire, puis, nous exposerons différents modèles de prise en charge non médicamenteuse. Seront abordés la TCC, la thérapie systémique et l'hypnose, la psychothérapie dynamique, ainsi que les techniques de médecines alternatives que sont l'acupuncture et l'ostéopathie. Enfin, nous présenterons les résultats de l'étude descriptive que nous avons menée pour ce travail.

PARTIE 1
LES TROUBLES ANXIEUX

I. L'EVOLUTION DES CONCEPTS

Les troubles anxieux réunissent un ensemble de termes utilisés de façon imprécises dans le langage courant. Or, ces termes tels que « panique », « anxiété », « angoisse » ou « peur » désignent des notions différentes. Leur définition varie selon la littérature, les courants psychologiques, ou les différentes théories. Il apparaît donc complexe de les définir de façon universelle, mais il est intéressant de les caractériser et de réfléchir à leurs origines.

1. TERMINOLOGIE

a. La panique

Les premiers écrits sur le sujet dérivent de la Grèce antique. Le mythe de Pan permet d'en comprendre l'origine. Pan, mi-homme mi-bouc, Dieu de la Nature Universelle, vivait dans la forêt où il possédait une agilité et une rapidité exceptionnelle et aimait se dissimuler dans les buissons. Les écrits racontent qu'il détestait être dérangé dans son sommeil, et si cela lui arrivait, il exprimait alors un cri d'épouvante provoquant la terreur des mortels, punition pour avoir dérangé le Dieu. On a donné à cette terreur le nom de PANIQUE. Ceci permet de distinguer deux types de panique : la panique exogène, compréhensible et la panique endogène, inattendue et s'exprimant sans qu'aucun élément externe puisse la justifier (9). Contrairement au terme « peur » qui indique un ressenti passivement subi, le verbe « paniquer » est ainsi un verbe actif impliquant une fuite ou un comportement désorganisé et inefficace.

b. L'angoisse et l'anxiété

En latin, les deux mots *ango* et *anxio* ont la même racine, *angere*, qui signifie à la fois *resserrement physique* et *tourment*. Elle a donné naissance à de nombreux termes dans le vocabulaire littéraire médical comme par exemple « angor ou angine ». Dans les langues romanes, existent deux substantifs techniques, angoisse et anxiété. Se posent alors le problème de leur signification : Littré leur propose la valeur de gradient d'intensité (inquiétude puis anxiété puis angoisse) alors que Brissaud oppose un phénomène psychologique (anxiété) à un phénomène somatique (angoisse). Ces entités désignent une réaction affective provoquée par l'anticipation d'événements pénibles et mobilisent ainsi les ressources physiques et psychologiques de l'individu.

L'anxiété est composée d'un pattern complexe de quatre éléments :

- Physiologique : activation du système autonome pour préparer la fuite ou la défense
- Comportemental : mobilisation afin de fuir et de se défendre
- Affectif : sentiment d'appréhension
- Cognitif : sentiment d'irréalité, d'hypervigilance envers soi, difficulté de la pensée, concentration difficile, blocage, difficulté à raisonner, symptômes conceptuels : distorsion cognitives, image effroyables (10)...

c. La peur

Un autre problème tient de la distinction entre l'anxiété et la peur. Cette différence s'est effectuée au cours du XIX^{ème} siècle et a reçu sa formulation classique de Jaspers « *la peur est dirigée vers quelque chose, l'angoisse est sans objet* » (11). Pierre Janet en fera la même distinction. Le tableau ci-contre expose leurs principales caractéristiques :

Peur	Anxiété
Caractère rationnel	Source de danger floue
Focalisation spécifique sur le danger	Lien incertain entre l'anxiété et la menace
Lien clair entre le danger et la peur	Prolongée
Episodique	Nervosité, tension envahissante
Tension circonscrite	Parfois sans objet
Danger identifié	Causes imprécises
Ce qui l'atténue est détectable	Persistante
Limites du danger circonscrites	Ce qui l'atténue est incertain
Danger imminent	Le danger n'a pas de limite bien délimitée
Caractère d'urgence	Danger rarement imminent
Sensation physique de l'urgence	Vigilance élevée avec sensation corporelle

Tableau 1. Distinction entre la peur et l'anxiété selon Graziani (10)

La peur est une émotion dite « primaire, fondamentale », en ce sens qu'elle est universelle, éprouvée par l'ensemble des êtres-vivants. C'est une réaction affective provoquée par la perception d'un danger, et qui s'accompagne d'une activation des systèmes nerveux, cardiovasculaire et respiratoire. Elle suscite une polarisation de l'attention et une impulsion à fuir qui permet de nous protéger (12).

d. Le stress

Selon Seyle, le stress en tant que stimulus est une « réaction de difficulté d'un organisme à faire face à ce qui lui arrive » (13). C'est un signal d'alarme qui permet une tentative d'adaptation, qui, si elle n'est pas faite amène à l'épuisement. Le stress a un impact psychologique et physique sur l'individu, il est indissociable des émotions. Des facteurs

« stressant » tels que la nouveauté, l'imprévisibilité, l'imminence, la durée ou l'ambiguïté ont été mis en évidence.

2. ANXIETE NORMALE ET ANXIETE PATHOLOGIQUE

Comme nous l'avons vu plus haut, l'anxiété mobilise les ressources physiques et psychologiques pour faire face à une menace. Mais elle peut perdre cette fonction adaptative et devenir pathologique : c'est lorsque apparaît l'hypervigilance et l'anticipation du danger. L'anxiété devient elle-même génératrice d'anxiété.

En 1966, Spielberger distingue :

- L'anxiété-état : c'est une émotion transitoire avec perception de sentiments d'appréhensions, de crainte, de tension ;
- L'anxiété-trait : c'est une prédisposition à répondre sur un mode anxieux.

Par la suite, Lazarus expose que l'anxiété trait est existentielle, focalisée sur la valeur de soi et le sens de la vie. L'anxiété répond à une menace existentielle comme la perception d'un danger concernant les structures identitaires du sujet. Elle serait le signal d'une perte de sens et d'incongruence entre les attentes du sujet et la réalité : un effort d'adaptation est nécessaire pour permettre aux structures cognitives de s'intégrer et de s'accommoder au changement. Lazarus fera d'ailleurs de nombreuses études sur les stratégies de coping utilisés par les sujets, c'est-à-dire l'ensemble des conduites mises en place dans le but de réduire et d'éliminer cette anxiété (10). La différence entre anxiété pathologique et anxiété normale est alors la surestimation subjective du danger.

3. LE MODELE STRUCTURAL DE L'ANXIETE

Des chercheurs ont remarqué, chez les personnes souffrant d'anxiété pathologique, que plusieurs structures cérébrales avaient une taille anormale, dont l'amygdale qui semble jouer un rôle prédominant dans ce trouble. Des études d'imagerie par tomographie par émission de positons montrent que l'activité de l'amygdale est considérablement augmentée lorsque l'on présente des enregistrements rappelant leurs pires souvenirs à des personnes souffrant de stress post-traumatique (14). L'amygdale, située dans la partie antéro-inférieure du lobe temporal, est une structure cérébrale décodant les émotions et en particulier les stimuli menaçant pour l'organisme. Elle reçoit de différentes parties du cerveau (principalement les

régions sensorielles du thalamus et du cortex, mais aussi de l'hippocampe et du cortex préfrontal) une information sur les dangers potentiels de l'environnement et entraîne une réponse émotionnelle.

L'amygdale serait impliquée par ses liens avec (15) :

- **L'hippocampe**, qui permet le stockage d'une collection de stimuli rendant compte du contexte d'une situation. Lors d'un accident, l'hippocampe enregistre toutes les circonstances environnantes (avec qui vous étiez, le pare-brise en éclat, les cris...) mais quand le souvenir sera rappelé à la conscience, c'est l'amygdale qui commandera l'augmentation de la fréquence cardiaque, la moiteur de la peau...
- **Le cortex préfrontal**, serait impliqué dans la dernière phase de la confrontation à un danger. Après la réaction automatique initiale de l'amygdale, le cortex pré frontal permet de choisir la réaction la plus efficace pour se soustraire au danger. Le cortex corrige donc les réactions amygdaliennes « primitives ». Cependant, il arrive que cette connexion puisse aussi créer de l'anxiété en anticipant l'échec d'un scénario donné, jusqu'à imaginer la présence de dangers inexistantes.

Un stimulus externe peut atteindre l'amygdale par deux voies : l'une courte, rapide mais imprécise en provenance du thalamus, l'autre plus longue mais plus précise passant par le cortex (*figure 1*) (16).

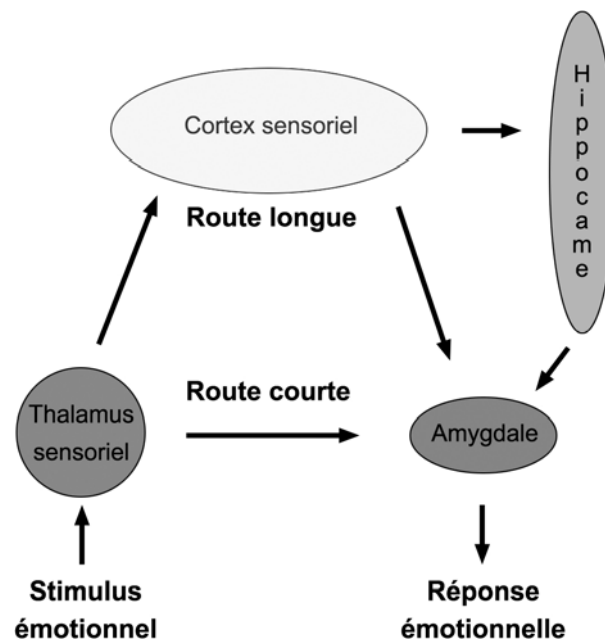


Figure 1. Les voies d'activation de la réponse à un stimulus

La voie courte permet de commencer à se préparer à un danger avant même de savoir exactement ce dont il s'agit, elle est utilisée lors des réponses de survie immédiates : fuir par

exemple. A cette voie courte se superpose une voie longue par le cortex, qui va permettre un traitement conscient et plus lent de l'information. Cette analyse permet d'adapter le comportement que l'on a entrepris, par exemple, si l'on avait commencé à fuir, le cortex pourra se rendre compte plus tard que la masse foncée vue n'est pas un ours mais un buisson, et va inhiber les réactions amygdaliennes. Une atteinte du cortex préfrontal empêche la décroissance des réponses de peur et d'anxiété par l'exposition répétée aux situations provocatrices d'anxiété (17).

Ces connaissances ont un intérêt dans la prise en charge des patients, pour effectuer des recadrages en thérapie systémique, ou dans la thérapie cognitive.

4. DU CONCEPT D'ANXIÉTÉ AUX TROUBLES ANXIEUX

Les médecins se sont intéressés aux troubles anxieux à partir de la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle. En 1866, Morel publie un mémoire sur le délire émotif, dans lequel il présente un premier regroupement des états anxieux en décrivant les manifestations effectives et émotionnelles qui accompagnent les phobies et les obsessions. Quelques années plus tard, le neurologue allemand Westphal isole l'agoraphobie, et le Hongrois Krashaber décrit les manifestations d'une crise d'angoisse. Freud propose en 1885 de décomposer la neurasthénie (terme inventé par Béard regroupant les manifestations de l'anxiété) en deux affections : la névrose d'angoisse étant un état constant d'anxiété et d'inquiétude et les névroses phobiques, hystériques et obsessionnelles (anxiété déplacée respectivement sur un objet, sur le corps et sur des contenus psychiques entraînant des tentatives de contrôle). Enfin, en 1962, Klein réalise des essais thérapeutiques et montre que l'imipramine supprime les attaques de paniques sans agir sur l'anxiété permanente, différenciant ainsi une anxiété aiguë sensible à l'imipramine qu'il appelle « *panique* » et une anxiété permanente qu'il nomme « *anxiety* » (9). C'est donc à partir de là que l'anxiété généralisée est distinguée du trouble panique, et que les troubles anxieux ont été catégorisés.

Finalement, le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux ou DSM, développé par l'Association Américaine de Psychiatrie définit les troubles anxieux comme suit : « *pathologies durables dans lesquelles l'anxiété ou l'angoisse sont les symptômes principaux* » (18).

Nous allons détailler cette classification ci-dessous.

II. LES TROUBLES ANXIEUX

1. LES TROUBLES ANXIEUX EN MEDECINE GENERALE

En 2009, Norton publie un article sur la prévalence des troubles de la santé mentale en médecine générale : il note que 34% des patients remplissent les critères diagnostiques du *Patient Health Questionnaire* (19). Le taux de détection des troubles anxieux varie de 43% (4) à 65% dans l'étude de Norton où le taux de médecin ayant suivi une formation en santé mentale est plus élevé. La non détection était directement liée à la sévérité des troubles : les cas détectés présentaient une symptomatologie sévère. Aussi, Norton met en avant le fait que 51% des patients recevant un traitement médicamenteux ne remplissaient pourtant pas les critères diagnostiques. Dans l'étude de Salkovskis, un patient sur 4 recevait un traitement inadapté (ou absence de traitement), il appelle cela le *Treatment Gap* (20). Son origine pourrait venir d'un manque de formation des médecins en santé mentale, d'un manque de moyens mis à disposition des médecins généralistes, d'un manque de coordination entre le médecin généraliste et les professionnels de santé mentale, et de la difficulté à percevoir l'anxiété derrière des motifs « prétextes ».

2. CARACTERISTIQUES DES TROUBLES ANXIEUX

La classification des troubles anxieux telle que nous allons l'exposer est basée sur la 10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (21) et sur le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) publié en 2013 par l'Association Américaine de Psychiatrie (Annexe 2). L'organisation des chapitres dans cette dernière version a été modifiée afin d'une part de regrouper des entités diagnostiques présentant plusieurs points communs tels que les symptômes, les substrats neurobiologiques ou l'évolution de la maladie, et d'autre part d'être compatible avec la future CIM-11 (22). C'est pourquoi les troubles obsessionnels et compulsifs et les troubles liés aux traumatismes ont été distingués. Nous avons tout de même fait le choix de les conserver ici, pour des raisons de prévalence en médecine générale et de gravité. De plus, leur prise en charge fait partie des recommandations de l'HAS sur les troubles anxieux.

a. Troubles anxieux constitutionnels

➤ L'attaque de panique et le trouble panique

L'attaque de panique est une sensation de danger imminent avec irruption de pensées catastrophiques telles que la peur d'étouffer, de faire un arrêt cardiaque, ou la peur de mourir. Toutes les sensations perçues par le sujet étant vécues comme des signaux de danger immédiat, un état de tension intérieure majeur se crée très rapidement. Un syndrome de dépersonnalisation-déréalisation (sensation de dédoublement et sentiment d'étrangeté du monde extérieur) peut être retrouvé. Ces crises d'angoisses ont des expressions variables, tant sur le plan comportemental (allant de l'inhibition comportementale à des états d'agitation excessive) que sur le plan symptomatique. Les symptômes les plus fréquemment retrouvés sont cardiovasculaires (tachycardie, palpitations, douleurs thoraciques), respiratoires (hyperventilation, dyspnée asthmatiformes, sensation d'étouffement), neuromusculaires et sensoriels (paresthésies, secousses musculaires, tremblement des extrémités, frissons, sueurs céphalées, nausées, vertiges, sensation de flou visuel), ou encore génito-urinaires (pesanteur abdomino-pelvienne, polyurie, pollakiurie).

Le trouble panique a une prévalence de 3% dans la population générale, à prédominance féminine et l'âge de début se situe principalement entre 20 et 30 ans (23). Il est caractérisé par la répétition d'attaques de panique avec une anxiété anticipatoire, associé ou non à une agoraphobie. Celle-ci désigne une anxiété intense liée à des situations desquelles il serait difficile de s'échapper ou d'être secouru : utilisation des transports en commun, présence dans des espaces découverts ou des endroits clos, être seul hors de chez soi, être dans une file d'attente ou dans une foule.

➤ Le trouble anxieux généralisé

C'est le plus fréquent des troubles anxieux, avec une prévalence de 5% à 9% dans la population générale (24). On retrouve une prépondérance féminine (2 femmes pour 1 homme). Le trouble anxieux généralisé peut débuter à tout âge, mais le plus souvent l'âge de début est 35-45 ans.

Sa principale caractéristique est une appréhension continue non associée à un facteur déclencheur. Le patient présente des inquiétudes diverses concernant l'avenir. Cette

préoccupation est excessive, c'est-à-dire non justifiée par des événements réalistes, et non contrôlable. On retrouve aussi des symptômes d'hypervigilance avec des réactions de sursaut. Le trouble anxieux généralisé associe également des troubles fonctionnels chroniques comme des myalgies, des céphalées, des troubles digestifs, des troubles du sommeil, une asthénie ou encore une irritabilité. Les symptômes sont continus.

➤ Le trouble phobique

11 % de la population présente à un moment de la vie une phobie spécifique. Il commence le plus souvent dans l'enfance ou dans l'adolescence (23), avec un sex-ratio de deux femmes pour un homme.

Le trouble phobique se définit par la crainte irraisonnée et incontrôlable d'un objet ou d'une situation qui n'a pas de caractère dangereux objectif. Les phobies typiques concernent les animaux, les éléments naturels, le sang ou encore des situations telles que les lieux clos (claustrophobie). En conséquence, peuvent apparaître des conduites d'évitement de l'objet ou de la situation phobogène et ainsi impacter les activités habituelles. On retrouve parfois une situation traumatique initiale, ou bien des influences environnementales telles que l'imitation de modèle parental.

➤ Le trouble de l'anxiété sociale

L'anxiété sociale est fréquente puisqu'elle est présente chez 4,7% de la population. Le sexe ratio est estimé à 2 femmes pour 1 homme (23).

Elle est caractérisée par la crainte d'agir sous le jugement et le regard d'autrui de façon humiliante, et comprend la peur de parler ou se produire en public. Ce trouble est également accompagné d'anxiété anticipatoire.

b. Trouble obsessionnel compulsif

Sa prévalence sur un an serait de 0,7%, et commence la plupart du temps avant 25 ans. Le début se fait de l'enfance au début de l'âge adulte, avec une atteinte à peu près équivalente des deux sexes (23).

Il est caractérisé par la présence d'obsessions et de compulsions regroupant quatre principales thématiques : la contamination, les pensées interdites, la symétrie et l'accumulation. Le caractère absurde de ces actions est reconnu par le patient.

c. Troubles liés aux traumatismes et au stress

➤ L'Etat de stress aigu

L'état de stress aigu apparaît généralement entre 3 jours et 1 mois après l'exposition à un évènement traumatique vécu par le patient ou dont il a été le témoin direct. Moins de la moitié des personnes exposées à un évènement traumatique présente secondairement un état de stress aigu.

Il se manifeste par des symptômes anxieux du type attaque de panique, avec dans les cas graves, un syndrome de dépersonnalisation-déréalisation. On retrouve également un syndrome de répétition (reviviscence ou flashbacks) entraînant des conduites d'évitement, et une hyperactivation neurovégétative (hypervigilance, irritabilité).

L'état de stress aigu peut durer quelques semaines, mais également persister et se transformer en un trouble chronique entraînant des troubles psychiques et sociaux importants : l'état de stress post-traumatique.

➤ L'état de stress post traumatique

La prévalence de ce trouble sur la vie entière et dans la population générale est d'environ 1%, mais peut atteindre 30 à 50% des victimes d'enlèvements ou de combats militaire, et elle est plus élevée chez les sujets fréquemment exposés (pompiers, policiers, personnels médicaux, militaires...). Le sexe ration est de 1/1 (23).

La symptomatologie est similaire à celle de l'état de stress aigu, mais dure plus d'un mois. Sa particularité est aussi l'existence de complications fréquentes telles : abus d'alcool, de drogues, de médicaments, dépression, troubles alimentaires, troubles de la personnalité, et l'association à d'autres troubles anxieux.

3. IMPACT DES TROUBLES ANXIEUX SUR LES DEPENSES DE SANTE

Selon un rapport de l' Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (Inserm), la prévalence d'usage de médicaments psychotropes pour les troubles anxieux est nettement plus élevée en France par rapport à la prévalence moyenne des autres pays Européens (25). L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) évalue la prévalence de consommation de benzodiazépine à 13,4% dans la population Française plaçant la France étant au 2^{ème} rang de la consommation Européenne. Ces traitements sont initiés par un médecin généraliste dans 82% des cas. Cependant, les dernières études observent une diminution de la consommation (26).

D'autre part, l'étude des approches thérapeutiques employées pour les troubles anxieux par l'OMS révélait que 57% des cas avait un traitement pharmacologique, 16% n'en avait aucun, et 4,2% seulement des patients suivaient une psychothérapie (27).

Au regard de cela, un recours aux alternatives non pharmacologiques semble être une approche intéressante, et le médecin généraliste tient une place privilégiée pour initier ces alternatives. Dans une deuxième partie, nous verrons quelles peuvent être les propositions non médicamenteuses pour les troubles anxieux.

PARTIE 2
MODELES DE PRISE EN CHARGE NON
MEDICAMENTEUSE DES TROUBLES ANXIEUX

I. CLASSES D'ALTERNATIVES NON MEDICAMENTEUSES DANS LES TROUBLES ANXIEUX

En 2007, pour pallier l'absence de consensus concernant la prise en charge des troubles anxieux, la HAS publie un premier guide de prise en charge des troubles anxieux graves (18). Ces recommandations mettent en avant la place prépondérante des psychothérapies à visée de soutien psychologique, ainsi que des psychothérapies dites « structurées » que sont la TCC, la psychanalyse, les thérapies brèves, ou les thérapies appelées « self-help » ou gestion de l'anxiété par soi-même. Il est intéressant de noter que dès 2003, l'Académie Nationale de Médecine reconnaissait le bénéfice des psychothérapies comme outil thérapeutique dans le cadre de la « santé mentale » (28).

1. LES PSYCHOTHERAPIES

Gerin propose de définir la psychothérapie comme un ensemble de « *méthodes psychologiques dont le but est de soulager une souffrance dans un cadre contractuel* » (29). Le noyau commun des psychothérapies est l'établissement d'une relation thérapeutique positive, le développement d'une compréhension partagée de la problématique du patient et la promotion du changement (30). Elles constituent un outil thérapeutique recouvrant plusieurs pratiques, comme la psychanalyse, la thérapie cognitivo-comportementale ou la thérapie systémique. 11,5% de la population y aurait recours au moins une fois dans la vie, les troubles anxieux étant le deuxième motif d'usage (derrière la dépression) (7).

a. Psychothérapies et médecine générale

Le médecin généraliste est en première ligne dans la prise en charge des troubles anxieux. Les praticiens formés aux techniques de psychothérapie que nous allons voir plus loin sont minoritaires. Or, la coordination de soin peut être mise en difficulté : d'une part, la démographie médicale avec une répartition des correspondants inégale, le nombre de psychiatre étant insuffisant, les délais de consultation sont souvent longs. D'autre part, le patient peut être réticent à l'idée de consulter un spécialiste, par peur de la stigmatisation du trouble. Pour cette raison, le médecin généraliste a un rôle privilégiée pour effectuer une psychothérapie de soutien dont les compétences sont implicites à sa fonction (30). Par sa

communication, la reformulation, l'empathie, le médecin généraliste pourra accompagner son patient. Comme l'expliquent Nardone et Watzlawick, le simple fait de s'intéresser au problème peut faire évoluer la situation de façon positive : c'est l'effet Hawthorne (31). Ainsi, le patient traduira par une motivation le fait de savoir que son médecin s'implique dans sa prise en charge. De plus, il semble important que le médecin généraliste ait des connaissances sur les autres psychothérapies afin d'en informer son patient, de pouvoir l'adresser au bon correspondant, ou même d'initier une psychothérapie adaptée en fonction de sa formation.

b. Recommandations de la HAS pour les troubles anxieux (18)

➤ Abord et information du patient

Avant tout, l'abord du patient avec écoute attentive est primordial. La HAS recommande également au médecin traitant d'informer son patient sur son trouble de l'anxiété : ses symptômes, sa fréquence et les difficultés du diagnostic. Des ouvrages adaptés peuvent lui être proposés, et le médecin traitant peut sensibiliser son patient et ses aidants sur l'existence d'associations de patients. L'information concerne également des conseils sur l'adaptation du mode de vie telles des mesures hygiéno-diététiques, avec quantité de sommeil suffisante, bon équilibre alimentaire, tempérance ou abstinence vis-à-vis de l'alcool, du café, du tabac et de drogues, ainsi qu'une pratique régulière de l'exercice physique. Il est aussi mentionné d'expliquer au patient les différents traitements, dont les psychothérapies possibles.

➤ Indications des psychothérapies selon l'HAS

Avant même les moyens médicamenteux, la recommandation est axée sur les techniques non chimiques de prise en charge des troubles anxieux. Il est également mentionné que si un traitement médicamenteux est choisi, il devra être associé à une prise en charge non médicamenteuse. Ainsi, « *une psychothérapie non structurée d'accompagnement, un soutien psychologique, une écoute attentive et des conseils à court terme sont systématiques* » (18).

La HAS parle également de « *psychothérapies structurées* » (elles seront expliquées plus loin) :

- La thérapie comportementale et cognitive (TCC) est « *orientée vers la gestion des problèmes actuels et le futur* ». C'est la psychothérapie de première intention dans les troubles anxieux, tous confondus. Certains troubles anxieux doivent faire privilégier une méthode d'exposition (trouble de l'anxiété sociale et trouble phobique). Elle est souvent à associer à une « *gestion de l'anxiété par le patient lui-même* » ou « *thérapie self-help* ». Selon le rapport de la HAS, la TCC serait aussi efficace que les médicaments, et son effet durerait plus longtemps.
Pour le trouble anxieux généralisé, il est noté que « *la thérapie cognitivo-comportementale doit être privilégiée par rapport aux traitements médicamenteux* ».
- La psychothérapie d'inspiration analytique est « *centrée sur l'individu et ses conflits psychiques* ».
- La thérapie « *self help* », ou gestion de l'anxiété par soi-même, « *met l'accent sur l'information du patient et les moyens de changer par lui-même* ». Cette thérapie comprend la relaxation, le contrôle respiratoire, la gestion émotionnelle, d'exposition et d'affirmation de soi. Le contact avec le thérapeute reste cependant indispensable.
- Les thérapies brèves, comprenant l'hypnose et l'EMDR (« *eye movement desensitization and reprocessing* ») sont mentionnées pour la prise en charge de l'état de stress post-traumatique.

c. Evaluation des psychothérapies

Le problème de l'évaluation des alternatives non médicamenteuse et notamment des psychothérapies est récurrent, et constitue un frein au développement de ces pratiques. Les premières recherches en psychothérapie ont porté sur l'étude de cas individuels, rapportés par Freud ou Janet (29). Elles ont permis d'élaborer des protocoles qui ont été généralisés, permettant ainsi de promouvoir la recherche clinique. Constituer un groupe contrôle pour évaluer une méthode de psychothérapie est difficile : la comparaison en double aveugle d'une psychothérapie à un placebo est impossible, l'interaction du patient avec son médecin étant un des éléments de tout système psychothérapeutique. Aussi, des problèmes éthiques se posent pour une telle comparaison avec un groupe contrôle. Par ailleurs, l'alliance

thérapeutique étant l'un des éléments clé de toutes les psychothérapies, le biais lié à la singularité du thérapeute est non négligeable.

Dans le cadre des études sur les psychothérapies, les mesures portent souvent sur un critère subjectif : ce biais a été amoindri avec l'utilisation d'échelle d'évaluation. Mais le risque est toujours puisqu'il existe une variabilité de réponses selon de multiples facteurs environnementaux qui ne sont pas contrôlables.

Enfin, les psychothérapies ayant des caractéristiques communes, il est, selon Shedler, inconcevable de les comparer entre elles. D'une part parce que l'évaluation des effets produits comporte des biais de classement tel que nous l'avons dit, mais aussi par ce que le « principe actif » du traitement n'est pas nécessairement celui qui est évalué. Ces éléments constituant le noyau commun des psychothérapies sont essentiellement une relation thérapeutique basée sur une écoute active, une empathie authentique et l'implication du médecin ; le développement d'une compréhension partagée de la problématique du patient et la promotion du changement (30). Shedler note alors qu' il est parfois difficile de déterminer, à partir de transcriptions verbatim de séances de thérapie, quelle est la méthode utilisée mais que l'observation à partir de vidéo est plus instructive (29).

2. LES MEDECINES ALTERNATIVES ET COMPLEMENTAIRES (MAC)

Il est référencé 5 types de MAC (32) :

- Les thérapies biologiques, utilisant des produits naturels issus de plantes, de minéraux ou d'animaux (phytothérapie, aromathérapie par exemple) ;
- Les thérapies manuelles, axées sur la manipulation (ostéopathie, chiropraxie par exemple) ;
- Les approches corps-esprit, avec utilisation de l'esprit pour agir sur les mécanismes de guérison (hypnose médicale, méditation, sophrologie par exemple) ;
- Les systèmes complets, reposant sur des fondements théoriques et pratiques propres (acupuncture, homéopathie par exemple) ;
- Les traitements énergétiques, avec utilisation de l'énergie corporelle (Tai-chi, Reiki par exemple).

a. Place des MAC selon l'Académie Nationale de Médecine

Très tôt, l'Académie Nationale de Médecine s'est intéressée aux prises en charge non médicamenteuses, et a publié en 2013 un rapport sur les thérapies complémentaires, motivé par le fait que plus de 4 français sur 10 y font appel (28). Quatre techniques sont retenues et analysées : l'hypnose, l'acupuncture, la médecine manuelle ostéopathique et le tai-chi. Les symptômes fonctionnels des troubles anxieux sont mentionnés dans les indications de l'hypnose et de l'acupuncture. De manière globale, l'Académie rapporte qu'un des modes d'action de ces alternatives serait « *l'effet médecin* » et « *tout ce qui entoure l'acte thérapeutique* ». Ces faits seront expliqués dans la seconde partie.

b. Place des MAC selon l'Organisation Mondiale de la Santé

Suite à l'essor de ces alternatives et à leur importance économique dans le monde, l'OMS décide de clarifier leur intégration dans le système de santé. En 2013, l'OMS publie ses « *Stratégies pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023* ». Le terme choisi est celui de « *médecine traditionnelle et complémentaire* » car elle étudie également les pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, « *utilisées dans la préservation de la santé, dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales* » (33).

Les objectifs ainsi émis par l'OMS sont de renforcer la base de connaissances de ces alternatives par des politiques nationales appropriées, de comprendre et reconnaître leur rôle et leur potentiel, et de renforcer la sécurité et l'usage approprié en réglementant les produits, pratiques et praticiens de ces alternatives.

c. Place des MAC selon l'Ordre des Médecins

Parce que les médecines alternatives et complémentaires font appel à des techniques et pratiques aussi nombreuses que diversifiées et que 40% des Français aurait recours à une MAC, l'Ordre des Médecins a réglementé 4 pratiques de « médecine alternative et complémentaire » par la reconnaissance de diplôme. Ce sont l'acupuncture, l'ostéopathie, l'homéopathie et la mésothérapie. 7% des médecins posséderaient un de ces diplômes en France (34). On note que l'hypnose médicale fait partie des MAC étudiées par l'Ordre des

médecins, sans que sa pratique puisse faire l'objet de titre et de mention autorisée sur les plaques et ordonnance.

Dans ce travail, nous avons choisi de mettre en évidence 5 modèles de prise en charge non médicamenteuse des troubles anxieux, dont le choix a été fait en prenant en compte les recommandations ci-dessus. Nous verrons ainsi les trois psychothérapies évaluées par l'Inserm dans son rapport sur les psychothérapies : la TCC, la psychanalyse et la thérapie systémique ; ainsi que les médecines alternatives et complémentaires que sont l'acupuncture et l'ostéopathie. L'hypnose présente un statut particulier, étant considérée à la fois comme un outil de psychothérapie systémique, et comme une médecine alternative par les instances que nous avons citées ci-dessus. Nous l'avons intégré à la partie « thérapie systémique » puisque son usage dans les troubles anxieux vérifie tous les éléments d'une psychothérapie.

II. MODELE DE PRISE EN CHARGE PAR LA THERAPIE COGNITIVO- COMPORTEMENTALE (TCC)

1. DEFINITION

La thérapie cognitivo-comportementale est un ensemble d'interventions, à la fois comportementales, cognitives et émotionnelles. La thérapie cognitive vise à modifier des pensées automatiques dysfonctionnelles tandis que les interventions comportementales permettent d'agir en diminuant les comportements dysfonctionnels et en renforçant ceux qui sont adaptés, afin d'aboutir à un nouvel apprentissage. Différentes techniques permettent d'arriver à ce but.

La TCC est une thérapie centrée sur le problème et limitée dans le temps, nécessitant une bonne alliance thérapeutique entre le patient et son thérapeute. La méthode est dite « Socratique », c'est-à-dire qu'elle est basée sur le questionnement du patient de manière structurée et directive. Le modèle instructif permet de considérer les convictions du patient comme des hypothèses à vérifier ou infirmer : le patient est donc véritablement acteur de sa thérapie, et pourra également avoir des exercices à faire à la maison.

2. HISTORIQUE

On met en évidence trois « mouvements » dans le développement de la TCC, ayant participé à l'essor de celle-ci et à sa pratique tel qu'on la connaît aujourd'hui.

Le premier est celui qui a vu naître la **thérapie comportementaliste**. En 1927, Pavlov développe les premières théories de l'apprentissage et décrit le conditionnement « classique ». Selon lui, le comportement est l'expression d'une réponse interne telle qu'une pensée ou une image mentale, ou externe sous forme verbale et motrice. Il étudie la relation entre deux stimuli et observe la séquence stimulus-réponse : en associant un stimulus neutre (une sonnerie), un quart de seconde avant un stimulus inconditionnel (la nourriture), il remarque que le stimulus neutre déclenchera par la suite, à lui seul, la réponse (17). Puis Skinner en 1937, distingue le conditionnement opérant. Pour lui, un comportement est soit renforcé soit affaibli en fonction des conséquences qu'il produit.

A ces théories comportementales, s'est ensuite **ajoutée l'approche cognitive** développée par Beck, en premier lieu pour la dépression puis pour l'anxiété. Nos peurs seraient la conséquence de notre façon de voir les choses plutôt que les choses elles même. Les difficultés proviennent du décalage entre ce que nos capacités nous permettent de faire et les attentes que nous avons de nous-même et envers le monde. L'objectif de la thérapie est donc d'aider le patient à accepter le monde et soi-même tels qu'ils sont et non tel qu'ils devraient être. Il faut attendre les années cinquante pour voir apparaître les premières applications pratiques de ces théories. Ainsi en 1958, Wolpe a été le premier à utiliser le terme de thérapie comportementale en mettant au point un traitement de désensibilisation systématique des phobies. Puis, Marks élabore en 1987 une technique d'exposition dans le traitement de l'agoraphobie. Barlow, en 1988 intègre des facteurs de risques biologiques et psychologiques au trouble panique (9).

Enfin, dans les années 1990, une nouvelle « vague » centrée sur les **émotions** permet d'étendre le domaine d'application des TCC, s'appliquant plus personnellement au contexte des symptômes et au vécu du patient. L'objectif est le développement d'une flexibilité psychologique (35).

3. TECHNIQUES DE PRISE EN CHARGE

Avant tout, le thérapeute devra faire une analyse fonctionnelle, dont le but est d'établir une ligne directrice de traitement adaptée au patient : analyse du stimulus, des croyances, des distorsions, de la réaction du sujet, impact de la réponse sur l'environnement, et analyse des distorsions cognitives. Celles-ci sont souvent :

- L'inférence arbitraire, c'est-à-dire tirer des conclusions définitives à partir d'indices non probants extraits de la situation ou de ses propres émotions
- Généralisation : jamais et toujours
- Pensée dichotomique : tout ou rien
- Maximalisation et minimisation
- Interprétation : lien causal généralisé à toutes les situations
- Personnalisation : se sent concerné par tout

Ensuite, il conviendra d'évaluer l'anxiété grâce à des échelles d'évaluation (Annexe 3).

Enfin, le choix des techniques thérapeutiques pourra être pris.

a. Le volet cognitif : démythification des symptômes, identification des pensées automatiques et questionnement Socratique

Les thérapeutes incitent leurs patients à comprendre parfaitement chaque rouage de leur trouble. Chacune des manifestations ressenties par le patient lui est expliquée en détail. Avec l'idée que la connaissance des facteurs déclenchants de ses symptômes pourra lui éviter d'imputer leur apparition à une maladie mystérieuse et grave, et qu'il pourra pratiquer volontairement des exercices de déclenchement et d'exposition. Les pensées dysfonctionnelles sont également testées par un questionnement socratique mettant en évidence les distorsions cognitives du patient et permettant une restructuration cognitive. Ceci permet de dédramatiser la symptomatologie présentée.

Par exemple, dans le cas de l'attaque de panique, il existe une confusion entre la réaction d'alarme (tachycardie, sueurs) avec un signal de danger. Surgit alors une cognition paniquante de type « *je vais mourir* », qui va par la suite augmenter la réaction d'alarme qui l'alimentera à son tour, augmentant la peur...C'est le cercle vicieux de l'attaque de panique, aboutissant à une perte de contrôle, et à des cognitions de plus en plus irrationnelles. Plus les récurrences sont fréquentes, plus le cercle vicieux se fige. Si la pensée paniquante n'est pas

remise en cause rapidement, la probabilité de survenue d'une nouvelle attaque est élevée (9). Ainsi, des explications rationnelles et appuyées pourront être données sur toute la théorie de construction de l'attaque de panique, avec l'idée que la compréhension du problème peut amener à sa résolution.

b. Le volet comportemental : l'exposition

L'habituation est la réduction progressive des symptômes anxieux lorsque le sujet est soumis à un stress prolongé (c'est l'inverse du phénomène de la sensibilisation). C'est sur ce principe que s'intègrent les exercices comportementaux. L'exposition régulière et prolongée diminue l'intensité et la durée de l'anxiété de l'exposition suivante et permet ainsi un déconditionnement de la peur et de la réaction d'alarme. Chaque exposition doit être prolongée jusqu'à obtenir une baisse de 50 % de l'anxiété, pour obtenir à terme l'extinction de la réponse d'évitement (*figure 2*) (36). On note qu'il est important avant de s'engager dans cette thérapie d'avoir banni les mesures d'évitement, au risque de rendre inutile l'exposition.

Si l'on reprend notre exemple de l'attaque de panique, le patient va mettre ces mesures d'évitement, qui deviennent alors responsables de la fixation du trouble, comme la fuite et l'évitement : l'évitement régulier augmente progressivement la peur et conditionne une réaction d'alarme de plus en plus forte à l'idée même de l'objet de l'évitement. A chaque évitement, l'anxiété diminue rapidement mais en augmentant l'anxiété d'anticipation. La demande d'aide constitue également une stratégie vouée à l'échec car ne faisant qu'« officialiser » le problème. Il faut donc veiller à s'affranchir de ces « fausses stratégies » avant d'entreprendre le volet comportemental.

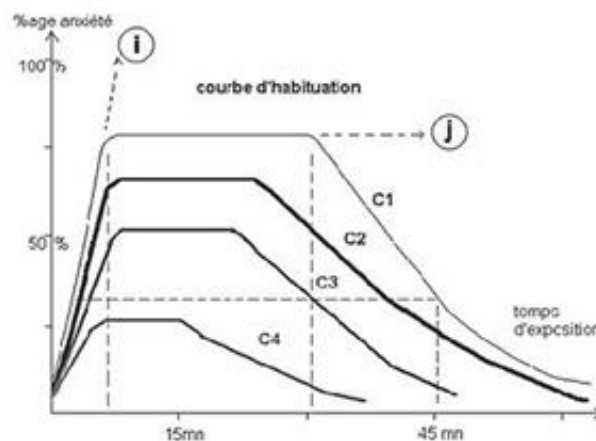


Figure 2. L'habituation selon Denis.
 C1 : pourcentage d'anxiété lors d'une première séance d'exposition
 C2-3-4 : lors des expositions suivantes, l'intensité de l'anxiété diminue

- Exposition aux facteurs externes : c'est l'exposition aux situations angoissantes. Avec l'aide des échelles d'angoisse le patient va se constituer des étapes d'exposition en graduant les situations et en évitant les comportements de sécurité (par exemple pour quelqu'un ayant peur de prendre le tramway : d'abord se rendre à la station, puis monter-descendre immédiatement, puis faire un arrêt, puis un aller-retour...). L'exposition graduée in vivo peut être précédée d'une exposition graduée en imagination. Il faudra, à chaque fois, valoriser les réussites et les efforts du patient (renforcement positif).
- Exposition aux facteurs internes : c'est l'exposition aux sensations physiques. Il permettra de travailler sur la stratégie néfaste d'hypervigilance mise en place par le patient, accordant une trop grande attention des sensations physiques et créant ainsi un état de tension permanent. Cette hypervigilance accroît l'activité du système sympathique et diminue le seuil de perception de certains processus comme l'hyperventilation. Par exemple, pour les sensations d'oppression respiratoire, l'exercice pourra être de respirer à travers un mouchoir pendant une minute. Cet exercice est répété plusieurs fois, avec des durées de plus en plus longues (9).

Un travail d'auto-observation doit être réalisé immédiatement après chaque exposition. Il permettra au patient de prendre du recul et ainsi, de s'attaquer aux problèmes point par point. L'auto-observation en centrant la personne sur le présent est aussi un bon moyen d'éviter les anticipations négatives, et permet d'aborder le volet émotionnel de la TCC. Il s'agit d'un apprentissage, à la différence de la thérapie brève stratégique dans laquelle les prescriptions sont indirectes pour créer une découverte qui elle-même permettra secondairement une modification du système de perception-réaction.

c. Le volet émotionnel : l'acceptation, la mindfulness et la relaxation

Tout d'abord la **thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)** développée par Hayes est intéressante lorsque l'approche cognitive pure échoue. Elle vise à améliorer la flexibilité psychologique : c'est la capacité d'être au contact avec des émotions qui peuvent être désagréables tout en maintenant ses objectifs ou ses valeurs. Les valeurs doivent être mises en avant, pour aider à accepter ses émotions négatives. Par exemple, dans le cas d'une anxiété chez un sujet devant prendre un avion, cette thérapie pourra lui permettre d'accepter

de vivre une anxiété qui va de pair avec ses objectifs (voyager librement par exemple). C'est une thérapie de choix pour les troubles anxieux généralisés et son effet à long terme (12 mois) a été démontré (37). La méditation de pleine conscience peut être un des moyens d'y parvenir.

Également, **la mindfulness**, ou thérapie de pleine conscience, consiste à développer la capacité d'attention et de conscience à l'expérience présente. L'approche de défusion cognitive qu'elle intègre, constitue un levier pour décentrer le sujet de son expérience interne douloureuse en apprenant à prendre du recul et à se détacher de certaines inquiétudes. Il a été démontré que cultiver ses capacités de pleine conscience diminue la perception des événements de vie stressant en aidant à la régulation émotionnelle du stress (38).

La **psychologie positive** de Seligman peut être également employée en TCC. Son objectif est de promouvoir l'épanouissement et l'accomplissement de soi. Elle est constituée de cinq composantes : les émotions positives, l'engagement, les relations personnelles positives, le sens et la réussite (si la réussite permet le bonheur, le bonheur permet une certaine réussite). Aucune composante ne définit à elle seule le bien-être, mais chacune y contribue (39).

L'affirmation de soi peut également être travaillée par des exercices d'auto-observation (sur un carnet de bord par exemple, via des tâches thérapeutiques ou des jeux de rôle), très utile dans les troubles de l'anxiété sociale.

De plus, la gestion des manifestations physiques lors des paroxysmes anxieux, par l'apprentissage de la technique du **contrôle respiratoire** est abordée. Son but est d'apporter une sensation de contrôle aux symptômes déclenchée par l'attaque de panique. On peut aussi intégrer à la prise en charge un module de relaxation pour apprendre au sujet à contrôler l'état d'hypervigilance vis-à-vis de ses stimuli physiologiques : les protocoles de relaxation les plus utilisés sont le training autogène de Schultz et la relaxation musculaire progressive de Jacobson (40). Cette technique permet d'obtenir une hypotonie musculaire antagonistes à celles de l'anxiété. Un réflexe étant inhibé par l'activation d'un autre qui lui est antagoniste, cette relaxation est considérée comme un moyen de désensibilisation (41).

4. DONNEES DE LA LITTERATURE

Dans le cadre des troubles anxieux, les TCC ont démontré au travers d'études cliniques et méta-analytiques leur efficacité, surtout sur le trouble panique :

- Pour le trouble panique : la TCC fait preuve d'une efficacité démontrée dans la littérature. Dans une méta-analyse incluant 5 études contrôlées randomisées versus placebo, on retrouve une taille d'effet modérée ($ES=0,35$, $IC95\%(0,04;0,65)$), et la taille de l'effet augmente dans les études non contrôlées ($ES=1,53$) (42). Une autre méta-analyse réalisée par Gould et coll. et qui incluait 43 études contrôlées, retrouvait une taille d'effet supérieure pour la thérapie cognitivo-comportementale, comparée à la pharmacothérapie (43).
- Pour le TAG : des essais non randomisés mettent en avant une large taille d'effet des TCC avec $ES=1,80$ (42). Les études de comparaison retrouvent aussi une efficacité supérieure d'une prise en charge TCC ou TCC+ pharmacothérapie versus pharmacothérapie seule (44). En ce qui concerne les études contrôlées, la taille de l'effet est modérée ($ES=0,51$ $IC95\%(0,05;0,97)$) (45). Une méta-analyse Cochrane conclut qu'une approche cognitivo-comportementale dans le trouble anxieux généralisé est plus efficace qu'une prise en charge habituelle avec $RR=0,64$, $IC95\%(0,55;0,74)$ (46). Une autre méta-analyse de Gould et coll. (1997a) incluait 35 études contrôlées portant sur les thérapies cognitivo-comportementales et sur les traitements médicamenteux : les deux approches donnaient des résultats comparables mais le groupe de patients traités par médicaments avaient le plus haut taux de perdus de vue et l'efficacité de ce traitement diminuait au sevrage alors que les effets des TCC se maintenaient (43).
- Pour les troubles de l'anxiété sociale : les données de la littérature évaluant l'efficacité des TCC vont également dans le sens d'une efficacité importante $ES=1,04$ avec un $IC95\% (0,79;1,29)$ (43).
- Pour le Stress post traumatique : les études montrent un effet modéré dans les essais contrôlés versus placebo ($ES=0,62$ $IC95\%(0,28;0,96)$) (45) et un effet plus important ($ES=1,86$) pour les interventions TCC non contrôlées (42). Les données de la littérature évaluant l'efficacité de ces thérapie dans la pratique habituelle vont également dans le sens d'une efficacité importante ($ES=1,04$; $IC95\%(0,79;1,29)$) (43).

5. FORMATION

En France, il existe 12 diplômes universitaires ou inter universitaire (47), dont la durée de formation est de 2 ans ou 3 ans (entre 250 et 300 heures de formation). Ces diplômes sont pour la plupart accessibles aux médecins généralistes.

La répartition de ces diplômes sur le territoire national est assez inégale. Pour pallier cette démographie, et aussi pour contribuer au développement de la TCC, de nombreux programmes de iTCC, ou « self-help thérapie » ont été élaboré depuis les années 2000 (48). Ces programmes misent avant tout sur l'éducation thérapeutique du patient par son médecin, et à l'accompagnement de celui-ci, le but n'étant pas de faire une rupture de contact, mais bien de soutenir le patient au quotidien, selon les contextes présents.

La TCC est donc une thérapie ayant fait ses preuves, et dont l'Inserm, dans son rapport met en avant l'efficacité (17). C'est ainsi la psychothérapie de choix dans les troubles anxieux, comme le mentionne les recommandations de l'HAS.

III. MODELE DE PRISE EN CHARGE PAR LA PSYCHOTHERAPIE DYNAMIQUE

1. ASPECTS THEORIQUES GENERAUX

La psychanalyse est une approche théorique et thérapeutique dont le fondement a été formulé par Freud. Un concept central de la psychanalyse est celui d'une investigation visant à élucider la signification inconsciente des conduites. En psychothérapie psychanalytique, il est considéré que les difficultés du patient auraient leurs origines dans les conflits irrésolus de l'enfance. La méthode analytique consiste donc à prendre conscience de l'influence des conflits inconscients sur les fonctionnements actuels afin de s'en dégager, par le biais de la verbalisation. C'est d'ailleurs un principe fondamental de la psychanalyse que celui de l'association-libre, c'est-à-dire que le patient ne doit refouler aucune pensée ni « *les affects, les émois, les sentiments, ainsi que les impressions sensorielles ou sensibles dont il est l'objet* » (49), Freud dit que « *le patient doit donc lutter contre ses résistances* » (50).

Le fondement de la méthodologie de l'analyse est donc d'abord né de la qualité de l'écoute de Sigmund Freud. Aussi, le cadre semble jouer un rôle important : les conditions opératoires

sont constantes, des conventions relationnelles et économiques sont établies comme le nombre de séances, les honoraires, la poignée de main ou pas. La disposition de la pièce est telle que l'analysant est allongé sur le dos et ne peut voir l'analyste. Ce dernier est positionné derrière le patient, et peut en voir les postures (position des mains, tremblement, changement de position...) voire parfois une partie du visage. La durée de séance à 50 minutes par session énoncée par Freud reste à ce jour la règle générale.

Le but de la psychothérapie est donc d'aider le patient à développer une prise de conscience des origines et des déterminants des conduites dysfonctionnelles (51).

2. ASPECTS THEORIQUES DANS LES TROUBLES ANXIEUX

Après l'avoir différencié de la névrose phobique, Freud décrit la névrose d'angoisse comme étant un état constant d'anxiété et d'inquiétude. Il se tourna vers les concepts de traumatisme en distinguant deux grands types d'angoisse : l'angoisse de castration et l'angoisse de séparation. La phobie serait le déplacement de l'angoisse sur un objet ou une situation suite au refoulement d'un désir. Pour Lacan, l'angoisse est la traduction de la quête d'un objet perdu. Elle survient chez un sujet quand cet objet, structurellement manquant, devient un objet de partage ou d'échange. Ainsi, ce qui constitue l'angoisse, « *c'est quand quelque chose, n'importe quoi vient apparaître à la place qu'occupe l'objet cause du désir* » (52). Les psychanalystes s'accordent cependant à affirmer qu'il existe une vulnérabilité aux attaques de panique, puis aux rechutes, reliée à certains facteurs psycho-sociaux mal pris en compte par les approches biologiques ou cognitives et comportementales. Selon eux, une place centrale est accordée à des angoisses de séparation d'une part, et à un problème de reconnaissance de la colère et d'expression de celle-ci d'autre part. Les individus vulnérables seraient confrontés tôt dans l'enfance à des sentiments pénibles de devoir dépendre des parents vécus comme inadéquats. Cette dépendance menaçante pour la sécurité du sujet se développerait sur la base d'une crainte excessive du bébé face à l'inconnu ou en lien à des expériences traumatiques de pertes ou d'abandon. Le maintien de la relation serait encore davantage compromis, le sentiment de dépendance accru, et le cycle pourrait recommencer. A l'âge adulte, ce processus se répéterait à l'occasion de désirs d'autonomisation ou d'expériences de séparation, et l'attaque de panique surviendrait dès le moment où le système défensif est débordé (53).

Ainsi, la psychothérapie psychodynamique pourrait rendre les patients souffrant de trouble panique moins vulnérables aux facteurs psychosociaux qui déclenchent la récurrence des attaques de panique.

3. IMPLICATIONS THERAPEUTIQUES

L'approche psychanalytique va se concentrer sur les peurs et les angoisses sous-jacentes et leurs significations inconscientes. Les thèmes abordés sont le plus souvent ceux de la séparation, l'indépendance, le narcissisme et l'estime de soi (54). L'objectif sera aussi d'aider les patients à éviter de transmettre leurs propres angoisses à leurs enfants.

Si la psychanalyse diffère également des autres psychothérapies par sa durée, celle-ci étant la plupart du temps sur plusieurs années, le courant actuel se tourne vers des protocoles plus courts. Ainsi, Milrod a élaboré un protocole de traitement par psychothérapie psychodynamique sur le trouble panique en cure courte (51). Ce protocole de 24 séances est résumé ci-dessous, il a depuis été repris par de nombreux psychanalystes : 21 sujets souffrant d'un trouble panique ont été inclus dans l'étude. Au moment de commencer, ils n'avaient aucun autre traitement, en particulier médicamenteux. Des 17 sujets qui ont terminé l'étude, 16 ont présenté une rémission de leur trouble, y compris de l'agoraphobie lorsque celle-ci était présente. L'amélioration symptomatique était maintenue au moment du follow-up à 6 mois (55).

Phase I : Traitement de la panique aiguë	
<i>Objectifs</i>	<p>A. Evaluation initiale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exploration des circonstances de déclenchement du trouble - Exploration du contenu des épisodes de panique - Exploration des significations personnelles des symptômes - Exploration des sentiments résultants - Exploration des mécanismes de défenses utilisés pour maintenir inconscient le sentiment de colère (somatisation avec focalisation sur le corps, externalisation) <p>B. Mise en évidence des conflits psychodynamiques dans le trouble panique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Séparation et indépendance - Reconnaissance de la colère : gestion et action avec expression - Excitation sexuelle et ses dangers perçus
<i>Réponses attendues</i>	<p>Réduction des symptômes</p> <p>Description des symptômes sous une forme organisée</p> <p>Diminution de l'inquiétude de l'entourage</p> <p>Relation établie avec le thérapeute</p>
Phase II : Traitement de la vulnérabilité à la panique	
<i>Objectifs</i>	<p>A. Dégager la nature du transfert</p> <p>B. Approfondir l'exploration des conflits, les intensifier pour une prise de conscience</p>

<i>Réponses attendues</i>	Amélioration des relations, Réduction des conflits et de l'expérience anxieuse de la séparation, de la colère et de la sexualité Réduction de la récurrence de la panique
Phase III : Fin et consolidation	
<i>Objectifs</i>	Refaire l'expérience de la séparation centrale et des thèmes de colère en présence du thérapeute
<i>Réponses attendues</i>	Recrudescence possible des symptômes alors que ces sentiments sont vécus dans la thérapie Nouvelle capacité de gérer les séparations et l'indépendance.

Tableau 2. Protocole de psychothérapie dynamique pour le trouble panique selon Milrod (51)

4. FORMATION

La profession de psychanalyste n'est pas réglementée. Il est aujourd'hui impossible de connaître le nombre exact de médecin généraliste étant psychanalystes. La plupart des psychanalystes sont soit des psychiatres, soit des psychologues ayant obtenu un master (recherche en psychologie, psychologie clinique, psychanalyse). Dans tous les cas, il faut avoir suivi une analyse soi-même pour prétendre au titre de psychanalyste, la condition exigible pour être analyste étant la maîtrise du contre-transfert selon Freud.

En plus des universités, plusieurs écoles ou fédérations proposent des formations (Annexe 4).

5. DONNEES DE LA LITTERATURE

Peu d'études contrôlées existent sur l'efficacité de la psychanalyse. En 2001, Milrod, étant l'auteur du protocole ci-dessus, inclut 21 patients souffrant d'un trouble panique comme nous l'avons décrit (55). Cependant, Wampold démontre que les données mettent en évidence une efficacité de même ordre pour toutes les formes de traitement : la différence maximale que l'on peut mettre en évidence entre deux formes de psychothérapie spécifique ne contribue qu'à 1 % de la variance des résultats, alors que des facteurs tels que l'alliance thérapeutique, l'adhésion du psychothérapeute à la méthode qu'il emploie ou la compétence individuelle du psychothérapeute permettent d'expliquer de manière beaucoup plus significative le résultat des traitements dans les études comparatives (51). Une autre étude a montré que statistiquement les symptômes d'anxiété sont diminués à court terme dans le groupe psychanalyse par rapport au groupe soutien seul chez des sujets souffrant de trouble de l'anxiété généralisée, mais les résultats ne sont pas significatifs et il manque des études des effets à long terme (56). Enfin, concernant l'état de stress post traumatique, l'étude de

Brom et coll. (1989) a testé trois méthodes : la thérapie comportementale par désensibilisation systématique, l'hypnothérapie et la thérapie psychodynamique. Les résultats indiquent que les cas traités ont présenté un taux significativement plus bas de symptômes liés au traumatisme que le groupe contrôle. Dans la thérapie psychodynamique, l'anxiété a été particulièrement réduite, notamment au suivi. D'autre part, les effets sur l'évitement ont été nettement plus importants. En revanche, les effets de la désensibilisation et de l'hypnothérapie étaient supérieurs sur les symptômes d'intrusion (51).

Shelder tente néanmoins de relégitimer la psychanalyse dans le champ des psychothérapies : pour lui, l'une des raisons de la difficulté à conclure à des différences d'efficacité est la non-adéquation entre les buts poursuivis par la thérapie psychodynamique et les résultats mesurés par les études. Ces buts ne se limitent pas à la disparition des symptômes mais concernent un mieux-être général, qui peut survenir à distance de la fin de la psychothérapie, et ainsi ne pas être quantifier à court ou moyen terme (57).

Comme nous l'avons dit dans l'introduction de cette partie, les études de haut niveau de preuve manquent pour réellement juger de l'efficacité de la psychanalyse.

IV. MODELE DE PRISE EN CHARGE PAR LES THERAPIES BREVES STRATEGIQUES ET L'HYPNOSE

1. NAISSANCE ET EVOLUTION DU MOUVEMENT SYSTEMIQUE

Un autre courant apporte un regard différent sur les troubles anxieux, celui de l'approche systémique développée par l'Ecole de Palo Alto. Au sein de ce courant, naissent les thérapies brèves parmi lesquelles l'hypnose. C'est Gregory Bateson qui est à l'origine de ce courant, suite à la publication d'un ouvrage « *Naven* » (paru en 1936) qui est une réflexion sur les rapports entre individus et société. Dans cet ouvrage, il montre que la réalité est dépendante de l'observateur, ce qui est réel et objectif pour lui ne correspond à rien pour un homme d'une culture différente. Ainsi, « *la description n'est que la réalité construite de l'homme de science* » (58). En 1952, Bateson fonde un groupe de chercheurs (avec J. Weakland, J. Haley et W. Fry), qui sera désigné sous le nom de « Groupe de Palo Alto ». L'Ecole de Palo

Alto élabore une théorie de la communication partant du postulat essentiel qu'il est impossible de ne pas communiquer car tout comportement est communication. Ainsi sont mis en évidence de nouveaux outils parmi lesquels une vision des problèmes sur un mode systémique c'est-à-dire basé sur les interactions, l'étude du contexte, la rétroaction, l'information et son codage, l'apprentissage, et la causalité circulaire (chaque élément est en interdépendance avec les autres).

Une autre personne joua un rôle fondamental dans le groupe de Palo Alto, **de** par son influence, il s'agit de Milton H. Erickson. Psychiatre, et hypnothérapeute dont les travaux portent notamment sur l'importance des mécanismes d'influence entre le thérapeute et son patient dans le processus de guérison. A dix-sept ans, Erickson est atteint de poliomyélite : il se réveille d'un coma avec uniquement la possibilité d'entendre et de voir. « *C'est ainsi que j'ai passé des heures à essayer de localiser ma main, mon pied ou mes orteils, en guettant la moindre sensation, et je suis devenu particulièrement attentif à ce que sont les mouvements* » (59). Il redécouvre alors les phénomènes idéo-moteurs : pour remarquer, il se met à observer sa petite sœur qui apprend à marcher, et découvre que l'idée du mouvement permet le mouvement. De ces expériences, il acquiert la certitude qu'il existe en chacun de nous des **ressources** hors d'atteinte de la conscience. Il découvre aussi qu'introduire un petit changement dans une situation vécue comme inextricable, peut faire passer du fatalisme à l'espoir, avec la possibilité d'entrevoir des changements plus grands. En 1922, alors qu'il a encore du mal à marcher, il fait un périple en canoé sans jamais demander de l'aide, l'objectif étant que les gens coopèrent spontanément (60). Par obtenir quelque chose sans demander, il découvre les **suggestions indirectes** et le pouvoir de **la position basse**. Poursuivant ces réflexions, il découvre l'hypnose grâce à un psychiatre nommé Clark Hull. Il démontre que les états altérés de conscience et les phénomènes de transe constituent une partie normale de la vie de tous les jours et développe la notion de singularité dans l'hypnose : chaque individu est unique et chaque thérapie se doit d'être « sur mesure ». Le **patient est expert** de son problème, au thérapeute de l'aider à mobiliser les ressources qu'il possède dans une position basse de collaboration. En dégagant les objectifs du patient ayant une posture de « client », on fera en sorte qu'il fasse le **plus petit changement possible** qui amènera une nouvelle ouverture.

2. LES GRANDS PRINCIPES DU MODELE STRATEGIQUE

a. Le constructivisme

Plus tard, Watzlawick s'oriente vers une approche beaucoup plus thérapeutique et développe un cadre de recherche qui écrira les bases de la thérapie brève. Il exprime qu'il y a deux niveaux de réalité : l'image de la réalité que nous recevons de nos sens, et la signification que nous en attribuons. Ce serait cette réalité de deuxième ordre qui est responsable des problèmes. Epictète disait à ce sujet « *ce ne sont pas les choses qui nous préoccupent, mais les opinions que nous avons des choses* ». Le rôle de la psychothérapie serait donc de remplacer une construction de la réalité qui n'est plus adaptée par une autre qui l'est mieux, c'est-à-dire à recadrer la vision du monde : la réalité de premier ordre reste inchangée mais la réalité de deuxième ordre (la façon dont nous la percevons) est à présent supportable. C'est la théorie du constructivisme (61). **Nous pouvons donc en déduire, que le fruit d'une thérapie réussie s'installera par une modification de la perception du problème.**

b. L'autonomie relationnelle

Les thérapies brèves systémiques s'appuient sur ce principe : le sujet et sa singularité existe à travers la relation. Lorsque qu'il est en relation, il habite son corps et est dans la capacité de lâcher prise et de faire confiance à l'autre.

Dès lors qu'il y a contradiction entre l'autonomie et la relation, il y a une souffrance. Si la relation existe sans autonomie, nous entrons dans le monde de la maltraitance (privation de la liberté, le sujet est réduit à un objet non singulier). S'il y a l'autonomie sans relation, nous sommes dans le monde de l'abandon. Ainsi, les deux grandes problématiques des sujets anxieux sont l'abandon et la maltraitance, et les sensations vécues par le patient anxieux résonnent comme un signal de refus de poursuivre dans cette direction.

c. La logique circulaire

La prise en charge des troubles anxieux par le modèle systémique a connu son essor dans les années 1990 avec Giorgio Nardone qui publia des protocoles de soins spécifiques (Annexe 5). Alors que les principales thérapies se basaient sur l'origine du problème, Nardone propose un modèle **qui ne cherche pas pourquoi le problème existe mais comment il**

fonctionne et ce qui l'amène à persister (62). Ceci permet de voir le problème dans sa globalité pour passer de l'analyse du contenu à l'analyse du processus, s'intéressant ainsi à une causalité circulaire plutôt qu'à une causalité linéaire : chaque élément est en interdépendance avec les autres.

Le premier travail de Nardone fut de déconstruire certaines idées reçues sur les origines de l'anxiété. Pendant trois ans, dans son bureau équipé de caméra, il expérimenta des techniques, analysa comment certaines techniques fonctionnaient et d'autres pas. En découlera une étude sur 152 cas souffrant d'agoraphobie, d'attaques de paniques avec ou sans agoraphobie, de compulsions phobo-obsessionnelles et d'hypochondrie (62). En fait, Nardone observe que les troubles anxieux graves sont apparus et se sont graduellement compliqués à partir de doutes et de pensées entraînant la perception de tomber malade : ces patients tombent en quelques sortes dans le même piège que le mille-pattes d'Erickson qui se met à réfléchir à la difficulté de coordonner toutes ses pattes et qui par conséquent n'arrive plus à avancer¹. **Il semble ainsi que ce qui détermine l'ancrage d'une symptomatologie forte ne soit pas l'évènement initial mais tout ce que la personne fait (les tentatives de solutions) pour éviter la peur, et la personne devient prisonnière de son système de perception de la réalité fondé sur la peur** : par la suite le sujet n'a pas besoin d'être exposé à sa peur pour avoir des réactions anxieuses puisque son système perception-réaction est figé.

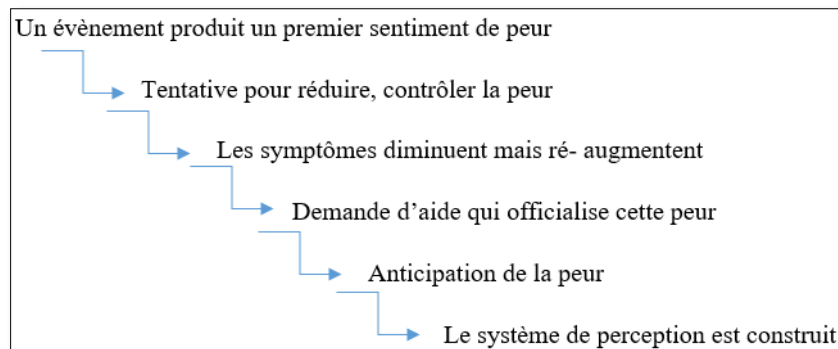


Figure 3. Construction du système de perception selon Nardone (62)

Cette découverte sur l'effet délétère des tentatives de solutions va fonder le concept de base des thérapies stratégiques : c'est en les connaissant et empruntant un « virage à 180° » à leur

¹ « Pratiquement tout homme sait nouer son nœud papillon sur lui-même jusqu'à ce que vous lui demandiez : "Maintenant, laquelle des deux mains se déplace la première " Et, bien sûr, vous connaissez ce délicieux poème d'Ogden Nash que j'aime citer en le déformant ; il y a un mille-pattes qui se porte sans problème jusqu'à ce que quelqu'un lui demande : "Quel pied vient après l'autre ?", et maintenant ce pauvre mille-pattes est couché dans le fossé ! » (63)

égard, comme préconise le groupe de Palo Alto, que le système de perception du patient pourra être réorganisé.

d. Les tentatives de solutions

Le principe fondamental de prise en charge par la thérapie stratégique est de chercher les tentatives de solution déjà entreprises par le patient. Ses solutions fonctionnent au début de la pathologie anxieuse : elles sont ainsi répétées, jusqu'à devenir réflexes, entraînant une rigidité du système de perception-réaction et devenant elles même un problème (alors même que la cause initiale de l'angoisse peut avoir disparue). Les tentatives de solutions peuvent être cognitives ou comportementales :

➤ L'évitement et la demande d'aide

Le sujet va éviter les situations où il pourrait se sentir angoissé et petit à petit, va se replier sur lui-même. Le seuil d'activation de la peur deviendra de plus en plus faible, et les événements pouvant provoquer la panique pourront devenir innombrables. Le corolaire de l'évitement la demande d'aide. Ainsi, un sujet souffrant de trouble panique avec agoraphobie va tout d'abord demander à quelqu'un d'aller faire les courses pour lui. Cette demande officialise ainsi le problème : « *je t'aide parce que tu es malade* ». La répétition de cette solution va confirmer au sujet la gravité de sa maladie, et pourra fonctionner comme une prophétie auto-réalisatrice : « *je ne peux pas sortir seul car je suis malade* ». Ainsi les choses sont bien fixées, avec le risque de devoir multiplier les demandes d'aide pour des faits qui ne posaient pas de problème auparavant (d'abord aller dans un supermarché, puis dans un petit commerce, jusqu'à demander de l'aide pour sortir de chez soi).

➤ Le contrôle

Le sujet va tenter de contrôler l'incontrôlable, ce qui va provoquer une sensation douloureuse de perte de contrôle. Le contrôle peut concerner soi-même (une pensée, un comportement, un symptôme) : citons l'exemple d'une attaque de panique, avec la prophétie auto-réalisatrice dans laquelle l'angoisse de l'étouffement va provoquer l'hyperventilation, et la tentative de contrôle aboutira à sa majoration. Le contrôle peut aussi concerner les autres (escalade symétrique, culpabiliser l'autre, chercher à le convaincre) ou le monde (tenter de contrôler l'environnement, des objets, ou même l'avenir). Dans l'exemple des troubles obsessionnels et compulsifs, la vérification obsessionnelle est une tentative de contrôle.

➤ La confirmation de croyance

Les croyances permettent une certaine prévisibilité. Mais elles sont par essence irrationnelles et ne peuvent donc pas être modifiées par une argumentation logique. Ces croyances concernent soi-même (« je suis malade » pour un hypochondriaque), les autres (« il vaut plus que moi), ou encore le monde (« ce monde est injuste »). L'attention du sujet est uniquement focalisée sur ce qui va confirmer la croyance : pour reprendre l'exemple de l'hypochondriaque, le sujet va observer le moindre signe d'altération organique, et les rendez-vous médicaux objectivant la « non anomalie » augmentent les craintes car il considérera que les moyens mis en œuvre pour établir le diagnostic ne sont pas assez précis.

Ce n'est seulement après avoir recherché les tentatives de solution, qu'il est possible d'orienter la thérapie.

e. Principe de prise en charge

Le but de la prise en charge repose sur les deux grandes problématiques des sujets anxieux que nous avons abordés plus haut. Chez le sujet qui se sent abandonné, l'objectif va être de travailler sur la relation ; et chez le sujet se sentant maltraité, le travail va porter sur la liberté et le choix.

Le terme « virage à 180° » a été utilisé en premier par l'Ecole du Palo Alto et fonde encore aujourd'hui le principe de base de la prise en charge par la thérapie stratégique. Comme expliqué ci-dessus, le problème persiste suite à la répétition des tentatives de solution dysfonctionnelles, la prise en charge stratégique consiste donc à faire l'inverse des tentatives de solutions.

Nous allons tout d'abord détailler **quelques outils communicationnels et hypnotiques** intéressants en thérapie stratégique puisque visant à faire émerger la liberté par le développement de la relation, puis nous utiliserons une vignette clinique pour illustrer cette prise en charge.

3. OUTILS DE COMMUNICATION

Dès l'Antiquité, rhétorique et persuasion étaient utilisées pour produire des changements chez les individus. Désormais, les auteurs s'accordent à dire que le but de la psychothérapie est de conduire le patient à changer son mode de percevoir.

On distingue deux types de rhétoriques privilégiées en thérapie (64):

- La rhétorique rationaliste et démonstrative émanant de Descartes : le principe est que le savoir provoque le changement (l'intellect est donc le guide du changement) et la répétition d'exercices raisonnés permettra de l'induire. C'est la rhétorique utilisée dans la **TCC** où le changement s'effectue suite à un apprentissage, qui pourra être plus facilement employée chez des patients collaborant (64).
- La rhétorique stratégique et suggestive, dérivant de Pascal : le principe est que le changement provoque le savoir. La rhétorique est là pour induire le sujet à agir, par les émotions et des expériences concrètes. C'est la rhétorique utilisée en **thérapie stratégique** où le changement opère suite à des expériences de liberté et de relation.

Les outils expliqués ci-dessous sont au service de cette rhétorique. Ils sont utilisés toujours dans ce but de construire ou développer la relation, et de faire émerger chez le patient une sensation de liberté.

a. La synchronisation

La synchronisation émane de l'hypnose Ericksonienne. Elle permet de « se mettre d'accord », d'entrer dans le monde du patient pour qu'il se sente compris et puisse accepter l'élaboration du changement. C'est ce que l'on appelle aussi l'« accordage » ou le « mirroring ». Il s'agit des postures, des gestes, des expressions, du rythme respiratoire aboutissant à la **cocréation d'un espace relationnel**. Ces mouvements peuvent s'observer dans la visualisation d'une séance de thérapie derrière un miroir sans tain : c'est une méthode qui sera à la base de l'apprentissage de la communication à l'Ecole de Palo Alto.

Par exemple, la **synchronisation verbale** peut être dans le choix des mots : utiliser les mêmes mots que le patient, les mêmes expressions, son vocabulaire, de manière imprécise, à connotation sensorielle (utilisation des canaux sensoriels préférentiels du patient) ; ou le

choix des images métaphoriques, correspondant à la fois au patient et au thérapeute (afin qu'elle sonne « vraie ») : une métaphore sur la mécanique pourra avoir un effet sur une personne mais on évitera de l'employer sur d'autres.

En ce qui concerne la **synchronisation paraverbale**, elle est fondamentale en hypnose :

- La voix : monocorde, basse ;
- Le rythme : marqué, avec des pauses, laisser de la place au silence ;
- Intonation : emphase (appuyer sur les mots importants), ton passionné, ton brusque, rupture d'intonation (provoquer la surprise ainsi le patient sera plus attentif à ce que l'on va dire juste après) ;
- Temps respiratoire : parler sur la phase expiratoire.

La **position du thérapeute** est également une notion importante dans l'établissement de la relation :

- La position « haute » est celle du pouvoir et du savoir. Elle permet l'action : elle est donc exposée et risquée mais contrôlée.
- La **position « basse »** est celle qui permet d'observer, de recevoir et d'apprendre. Cette position autorise l'entrée dans le monde du patient, et renforce l'alliance thérapeutique, le thérapeute n'étant pas en position de « chef », mais plutôt de partenaire de soin. Ceci permet une meilleure acceptabilité de la nouvelle perception des choses puisque c'est ensemble que le thérapeute et le patient la bâtissent, et non le thérapeute qui l'impose au patient. Cette position basse est paradoxale car inattendue en psychothérapie et permet également au thérapeute de se trouver plus confiant (65). Le patient venu chercher une solution à son problème auprès du thérapeute adoptant une position basse, s'aperçoit alors que lui seul est expert dans son problème et en détient la clef. C'est en cela que réside le paradoxe : le renversement des savoirs. La confusion passée, il permet d'accéder aux ressources naturelles du patient.

b. Point sur la suggestion

L'exposition des techniques de suggestion mérite une mise au point. La suggestion est souvent utilisée en hypnose formelle, mais peut également être employée en hypnose

conversationnelle en consultation de médecine générale. L'hypnose Ericksonienne se distingue de l'hypnose de suggestion utilisée par Bernheim au XIX^e siècle : Erickson inclut le principe fondamental de liberté. Il parle de « *coopération totale et volontaire du sujet* » et de « *coopération interpersonnelle* » (66). Il existe deux types de suggestion :

- Les techniques de suggestions **directes** : elles sont parfois utiles mais peuvent être vécu comme une privation de liberté, une maltraitance si elles sont trop fermes car elles renvoient facilement le thérapeute à la position haute et ne tiennent pas assez compte des besoins personnels de chacun. Elles peuvent heurter les croyances.
- Les techniques de suggestions **indirectes** : plus ouvertes, elles permettent souvent une meilleure adhésion et une meilleure implication de la part du patient, puisque leur principe est de laisser le choix au patient. Il fait ainsi une **expérience de liberté** au sein de la relation. On cite notamment :
 - Le choix illusoire, le double lien : « *préférez-vous le faire demain ou la semaine prochaine ?* » ; « *quand installerez-vous ce changement ? plutôt dans un mois ou plutôt dans trois mois ?* » ;
 - L'anticipation : « *qu'est-ce qu'il aura fallu pour réussir cet examen ?* » ;
 - La ratification consiste à observer ce qui se passe : « *vous pouvez laisser parler vos émotions* » (si le patient a la larme à l'œil) ; **accepter une sensation**, c'est s'autoriser à ressentir, c'est aussi une expérience de liberté
 - Le clivage, dissociation : « *la main gauche et la main droite* » ; « *le corps et l'esprit* » ;
 - Le saupoudrage : semer des idées et des mots à connotation positive « *agréable* », « *harmonieux* » ;
 - La négation : nier des choses que l'on veut mettre en place : « *vous n'êtes pas obligé d'écouter tout ce que je vais dire* ».

c. Les métaphores

« *La métaphore thérapeutique est une histoire réelle ou fictive, une anecdote, un conte [...] [qui] attirent l'attention consciente d'une personne et servent à déjouer ses mécanismes inconscients de défense [...] Ce sont des forces riches d'alternatives et de solutions à une*

problématique rencontrée qui bloque le développement de la personne » (67). Ainsi, le but de la métaphore est de permettre une ouverture des **choix** en semant des alternatives, des découvertes, des apprentissages, des idées... Elle propose sans imposer puisqu'il s'agit « simplement » d'une histoire !

Pour qu'une métaphore soit réussie, il faut qu'elle soit en accord avec les valeurs et les représentations du patient. Elle repose nécessairement sur une bonne alliance thérapeutique. L'usage de la métaphore respecte les mêmes principes étudiés plus haut : le vocabulaire utilisé devra être celui du patient, les mots imprécis pour que le patient ait une liberté d'interprétation (les mots trop précis enferment et privent de liberté), à connotation positive. Souvent, le message passé est une idée de croissance, de confiance, de choix, de changement ou d'apprentissage (68). En annexe 6, on peut lire un récit métaphorique qui aborde le principe de l'autonomie relationnelle.

Il est important également de rebondir sur les métaphores du patient :

- « *Je ne vois pas le bout du tunnel...*
- *Vous savez, parfois, la sortie est juste derrière une courbe, si bien qu'on ne la voit pas alors qu'on est tout près.* »

Ou bien :

- « *Ça représente une montagne pour moi.*
- *Ah... et qu'est-ce qu'il y a derrière la montagne ?* »

La métaphore est donc un élément important de la communication. Elle peut être utilisée dans une séance d'hypnose mais aussi comme anecdote au sein d'une consultation de médecine générale.

4. OUTILS STRATEGIQUES

Les outils de communication vus ci-dessus, peuvent se rendre au service des outils stratégiques. Nous allons en décrire quelques-uns, qui peuvent être employés dans une consultation de médecine générale.

a. Le recadrage

Les recadrages sont essentiels et doivent figurer autant que possible dans les consultations. Ils ne changent pas la perception de la réalité mais la signification que le patient lui attribue en faisant resurgir des doutes qui rompent la rigidité du système, doute qui sera le point de départ du changement (69). En recadrant, le thérapeute peut aussi montrer au patient que l'objectif qu'il cherche à atteindre est beaucoup plus modeste qu'il ne le pensait. Savoir recadrer une plainte est souvent le premier pas de la thérapie. Par exemple, il sera très utile dans les « problèmes identitaires » :

- « *Je suis anxieux.*
- *Vous voulez dire que vous ressentez de l'anxiété ?* »

Ce simple recadrage permettra de pouvoir amorcer le travail, en refusant l'idée que le patient se définisse ainsi, mais en comprenant son problème. Ce recadrage permet de mettre en avant que **la sensation est un signal** qui dit non à quelque chose (à la maltraitance, à l'abandon). Ainsi, accepter cette sensation, c'est s'autoriser à ressentir. Également, cette sensation d'angoisse que décrit le patient, si elle dit non à la maltraitance, peut dire oui à une valeur positive, le respect par exemple.

Exemple de recadrage chez un patient anxieux évitant : par citation « *Je porte en moi les blessures des batailles que j'ai évitées et ce sont des blessures qui ne cicatrisent jamais* » (citation de Fernando Pessoa) ; ou d'après une histoire « *ce fut la peur qui le rendit courageux* ».

Exemple de recadrage chez un patient anxieux contrôlant : par l'anecdote du mille-pattes contée **en page 38** de cette thèse (un mille-pattes se met à réfléchir comment il fait pour coordonner toutes ses pattes, et à partir de ce moment, il n'arrive plus à marcher).

Ces recadrages sont nécessaires avant d'entreprendre un changement, pour que le patient modifie puisse modifier sa perception du problème.

b. Le questionnement appréciatif

Il s'agit de mettre en avant des valeurs incarnées par le patient : l'intention portée est ainsi obtenue en termes positifs. Par exemple, si la sensation d'angoisse vient dire non à l'abandon, elle vient dire oui à une valeur. Par un questionnement appréciatif, on pourra mettre en avant cette valeur : « *Quelle était votre intention ? En quoi cela a-t-il de l'importance pour vous ?* ». Puis « *Y a-t-il d'autre situation où vous vous sentez courageux/fière... ?* ». Ensuite, son rapport dans la relation pourra être questionné : « *Qui ne serait pas surpris... ?* ». Ici, on recherche une personne sécurisante et partageant les mêmes valeurs, afin toujours de respecter le principe de l'autonomie relationnelle.

c. La question miracle

Cette question est une technique élaborée par le Brief Family Therapy Center: « *J'ai une question assez inhabituelle, qui demande un peu d'imagination.... Imaginons...Après que nous ayons fini, vous rentrez à la maison, vous faites ce que vous avez l'habitude de faire.... Vous allez vous coucher... Et pendant que vous êtes en train de dormir, un miracle se produit...Et tous les problèmes qui vous ont mené ici sont résolus, juste comme ça... Comme ceci est arrivé pendant que vous dormiez, vous ne savez pas encore que c'est arrivé. Quand vous vous réveillez le matin, comment découvrez-vous qu'un miracle s'est produit ?* » (70). La particularité de cette question est qu'elle illustre le résultat de la résolution des problèmes : en faisant référence à des moments passés de « non-problème », le patient est ainsi plus apte à trouver des ressources. L'exploitation de cette question permet également de réintroduire le patient dans la relation : « *Comment votre meilleur ami va se rendre compte qu'un miracle vous est arrivé ?* ».

d. La recherche exceptions

Les exceptions sont des moments pendant lesquels le problème n'a pas surgi, ou bien était moins grave, alors même que c'est une période difficile pour le patient. Ces exceptions passent souvent inaperçues par le patient, et il convient de les rechercher pour les faire décrire par le patient et ainsi les mettre en lumière : par exemple, lors de la préparation d'un plat, ou d'une sortie au parc avec son enfant...

e. Le compliment

Il semble important de verbaliser les progrès du patient. Pour les mettre en évidence, il est possible de se servir d'échelles numériques, de demander au patient « *qu'est ce qui est mieux depuis la dernière fois ?* ». La reformulation et les autres outils « techniques » vus dans le paragraphe précédent sont indispensables pour mettre en lumière les progrès fait par le patient. Le compliment apporte un soutien (« *je suis impressionnée par ce que vous êtes capable de faire* »), et prépare également le patient au futur, sous entendant « *vous êtes donc capable de vous sortir de situations compliquées...* ».

d. Le paradoxe

Dans « *Un thérapeute hors du commun* », J. Haley raconte comment M. H. Erickson, alors enfant, découvre l'utilité du paradoxe : pour un faire entrer un veau récalcitrant à l'étable, il remarque que s'il lui tire la queue du côté où il doit aller, le veau va de l'autre côté (60). Il se servira de cette expérience en thérapie, en poussant le patient dans une direction de façon à l'inciter à en prendre une autre. Le paradoxe est intéressant dans l'effet de surprise qu'il crée : cela concoure à aborder les choses de manière différente, et aider le patient à percevoir son problème avec un autre angle de vue, son système de perception étant perturbé. Une histoire racontée par Nardone et Watzlawick permet de mieux rendre compte de la portée du paradoxe : l'histoire se passe en Autriche dans les années 1920. Un jeune homme tente de se suicider en sautant d'un pont, mais celui-là n'est pas assez haut et le jeune homme se retrouve dans la rivière en dessous, vivant. Les passants essaient de lui venir en aide en tendant leurs mains mais il ne les saisit pas. C'est alors qu'un policier arrive, et braque son arme sur lui « *sortez immédiatement ou je tire !* » : le jeune homme se dépêcha de sortir (31). L'initiation d'un changement par une prescription paradoxale, est due à la fragilisation du système qu'elle provoque, de telle sorte qu'il est plus facile d'introduire de l'extérieur la modification que le système était incapable d'engendrer par lui-même. Le but est ainsi de produire une expérience vérifiant le principe d'autonomie relationnelle.

e. Les tâches thérapeutiques

Le paradoxe permet ainsi d'introduire le principe du « virage à 180° », duquel émane le principe de prise en charge des thérapies brèves. Ainsi, l'idée des tâches thérapeutiques est en quelques sortes de **bloquer les tentatives de solution**, ou de prescrire leur inverse, de manière directe ou indirecte (prescription d'un comportement dont l'objectif est caché). Elles suivent forcément un recadrage. **Là où la TCC utilise le principe de l'apprentissage, le modèle stratégique utilise l'expérience correctrice.**

➤ Pour l'anxieux qui évite

Le but d'une tâche thérapeutique pour l'évitant sera de **faire face** :

- La prescription de symptôme : par exemple, demander au patient de faire volontairement une maladresse (ou de poser une question absurde) permettra d'une part que ce cela soit volontaire, et si par ailleurs la maladresse arrive réellement, de diminuer l'angoisse qui lui est liée. Autre exemple, la demi-heure du pire consiste à demander au patient de penser volontairement à ce qui pourrait lui arriver de pire, l'effet est d'une part de vivre le pire pendant la demi-heure est d'être soulagé le reste du temps, mais aussi de provoquer un effet paradoxal si le patient n'arrive pas à penser au pire.
- Les dangers de l'amélioration : lister tous les dangers qui seraient liés à une amélioration et les inconvénients du changement permet de réévaluer la demande.
- Le travail d'écriture (sans se relire) : carnet de bord, récit des catastrophes, contemplation du désastre, lettres à l'émotion. Cette tâche « d'observation » est plus facilement accessible.
- L'exposition déguisée : Nardone demandait à ses patients agoraphobes s'ils étaient d'accord pour aller lui chercher une pomme pour qu'il puisse manger à déjeuner. Le commerce le plus proche était un supermarché après une grande place.
- Le check-up personnel : destiné particulièrement aux hypocondriaques, consiste à demander au patient de prendre un carnet et de noter trois fois par jour de façon systématique l'ensemble de ses sensations et surtout les plus alarmantes. Cela conduit à la perception d'une réalité différente de celle à laquelle il croit.

➤ Pour l'anxieux qui contrôle

Le but d'une tâche thérapeutique pour le sujet qui contrôle sera de **lâcher-prise**.

- La « conspiration du silence » et la « chaire de vérité » : dire ce que l'on a à dire ...et puis se taire.
- Le sabotage bienveillant : utile chez les patients ayant une posture de plaignant. Pour amener l'autre à bouger, la personne qui consulte va être amenée à lui glisser des conséquences au comportement non désiré qui soient logiques et inconfortables tout en restant en position basse afin de protéger la relation.
- La prescription de symptômes est aussi une tâche qui peut être donnée au sujet qui contrôle : par exemple, à un patient qui ronge son pouce, on lui demandera de ronger tous les autres doigts avec la même précaution. Cette tâche permet plusieurs choses : d'abord de faire sien le comportement (utile chez les personnes affirmant « c'est plus fort que moi »), ensuite, si le patient est dans l'opposition générale, faire le symptôme l'amène à collaborer et s'il veut rester dans l'opposition, il devra cesser le symptôme ; enfin, accorder autant de temps à se ronger tous les doigts est contraignant pour le patient, qui pourra préférer arrêter de se ronger les ongles.
- Prescrire un petit changement dans l'organisation du symptôme : on demandera au patient de se ronger les ongles à une heure précise, de commencer d'abord par la main gauche, de le faire dans une certaine pièce de la maison... A un couple qui se dispute, on pourra leur demander de ne se disputer que dans la cuisine par exemple.
- Le travail d'écriture est aussi utile pour le sujet anxieux qui contrôle : noter les ruminations, les pensées envahissantes, écrire à ses émotions.

➤ Pour l'anxieux avec croyances erronées

Le but des tâches thérapeutiques va être de **créer une brèche**, une faiblesse dans la croyance

- Faire « comme si » : la tâche implique que le problème est résolu. « *Comportez-vous comme si on vous appréciait* » ou « *que feriez-vous d'autre si vous étiez persuadé que les autres n'ont pas d'intention malveillante* ». Cela interrompt la lutte contre la croyance.
- La tâche de l'anthropologue : à un sujet ayant la phobie des araignées, on pourra lui demander de faire des recherches sur celles-ci.
- Le « check-up » chez les hypochondriaques comme mentionné au-dessus.

Au regard de ces tâches thérapeutiques, il est aisé de comprendre qu'elles ne peuvent être demandées seulement en cas de bonne alliance thérapeutique, et si elles n'entrent pas en contradiction avec les valeurs du sujet.

5. L'HYPNOSE FORMELLE DANS LES TROUBLES ANXIEUX

Les outils de communication et les outils stratégiques vus auparavant peuvent être employés en consultation de médecine générale. L'hypnose formelle peut également être utilisée : elle recourt à tous ses outils. Le but est toujours de vivre une **expérience émotionnelle** dans laquelle le patient se sent **libre et en relation**.

a. Types de séances

Ces types de séances sont loin d'être exhaustifs, mais sont un exemple de la pratique possible de l'hypnose dans le cadre des troubles anxieux. Nous garderons à l'esprit qu'une séance d'hypnose ne peut être écrite à l'avance car il s'agit avant tout d'un dialogue.

- **Le lieu sûr** : c'est un endroit où le sujet construit **un sentiment important de sécurité** interne et de protection. Dans ce lieu, le patient doit être actif : on parle de lieu sûr actif. Le but de ce lieu est d'apporter un apaisement, une détente, et ainsi de pouvoir par la suite plus efficacement mobiliser les ressources pour trouver des solutions. L'hypnose du lieu sûr peut être utilisée en première séance comme amorce d'un travail futur. C'est une très bonne séance à reproduire en autohypnose chez soi, pour faire face à des situations anxiogènes (Cas clinique en Annexe 7).
- **Le travail sur le passé** avec la régression en âge : dans l'approche systémique, contrairement à la psychanalyse, le travail sur le passé ne consiste absolument pas à trouver l'origine du problème mais à **rechercher des ressources relationnelles** et actives. Par exemple, pour un patient agoraphobe, faire revivre un événement joyeux où il a déjà exploité la ressource dont il a besoin (célébration d'une victoire par exemple).

- **Le travail sur l'avenir** : l'anticipation est un travail sur le présent en rapport avec l'avenir et consiste à rechercher des ressources nécessaires pour vivre le futur une fois le problème résolu. Par exemple, chez un patient phobique refusant de prendre l'avion, faire vivre en hypnose un moment de voyage entre amis, et lui demander comment il a fait pour en arriver là.
- **Hypnose d'acceptation** : le principe est que le patient accueille ses sensations sans les rejeter, car elles existent comme un signal. S'autoriser à ressentir, c'est aussi une expérience de liberté. Par exemple, chez une patiente présentant une sensation de « boule d'angoisse » sur le ventre, le praticien peut lui demander d'observer cette boule d'angoisse, de la décrire, de la situer, lui donner une forme, une couleur, et d'observer simplement ce qu'il se passe pendant la séance d'hypnose (Cas Clinique en Annexe 8).

b. Techniques utiles pendant la séance

Tous les éléments d'hypnose conversationnelle vus au-dessus sont également utilisés : les truismes, la valorisation, la répétition, la digression... En plus, nous citerons ici de manière non exhaustive d'autres outils propres à l'hypnose formelle et qui sont très utiles dans le cadre des troubles anxieux :

- **L'ancrage** : consiste à lier un état interne à une situation physique. Par exemple, chez un sujet souffrant d'un trouble anxieux généralisé, et qui est passionné de voile par équipe, on pourra pendant une séance de lieu sécurisé actif, faire vivre une séance de voile, et ancrer un geste, par exemple celui permettant de border une voile. Il pourra alors réutiliser ce geste comme « geste d'apaisement » dans sa vie quotidienne.
- **Le saupoudrage** : consiste à semer des idées en choisissant certains mots, adverbes, adjectifs à connotation positives pour susciter un état interne en lien avec une expérience de calme et de détente. Par exemple, semer des mots tels que « sérénité », « paix » chez un sujet souffrant d'un trouble anxieux généralisé. L'objectif étant encore que le sujet vive une expérience émotionnelle correctrice.

- **Toucher sécure** : c'est un accompagnement et une réassurance. Il conviendra de demander l'autorisation préalable au patient. Il est aussi très utile en situation d'urgence ou chez les personnes dyscommunicantes, car permet, sans parole, d'entrer en communication avec le patient et que ce dernier se sente compris, par exemple, chez un sujet faisant une attaque de panique.
- **Les écrans** : la technique des écrans permet au patient d'être libre d'entrevoir des alternatives. Par exemple, chez un patient ayant une phobie du train, on pourra lui suggérer que la fenêtre de du train fonctionne comme un écran dans lequel il peut projeter son lieu sécure. Le patient est ensuite libre de faire des arrêts sur image, des avances rapides, mettre sur pause, ou faire des allers retours entre un écran et un autre (Cas clinique en Annexe 8).

6. LE CHANGEMENT CHEZ LE PATIENT SOUFFRANT DE TROUBLE ANXIEUX

a. Les étapes du changement

La première étape d'un changement consiste à décrire l'interaction du problème sur le système holistique du patient, à travers des questions stratégiques : *en quoi est-ce un problème ?* C'est à ce moment-là aussi qu'il est possible de chercher les tentatives de solution ont été essayées afin de ne pas les réitérer, et de rechercher les exceptions.

Ensuite, l'objectif de changement devra être établi et précisé : il constitue le socle de la réussite du changement. En exprimant son accord sur le but à atteindre, il y a le sous-entendu « *vous en êtes capable* », une attente positive améliorant les chances de réussite.

L'objectif doit être (71) :

- **Concret** : par une action ou un comportement (et non utopique ou basé sur les émotions) ;
- **Descriptible en termes positifs** (par exemple, un changement qui viserait à arrêter de s'énerver pour un rien ne serait pas acceptable, on lui préférera celui d'être un bon père de famille qui accompagne ses enfants au parc) ;

- **Modeste** : viser le plus petit changement possible (à un de ses patients athlète qui se voyait incapable de sauter la barre des 3 mètres alors qu'il sautait parfaitement 2m95, Erickson lui précisa que 3 mètres n'était rien de plus que 2m95 + 1, puis +1, puis +1...);
- **Interactionnel**, observable par un tiers. Ceci est fondamental pour respecter le principe de l'autonomie relationnelle (le concept d'autonomie existe à travers la relation);
- **Celui du patient** : la formulation du changement doit appartenir au patient.

Enfin, il y aura une étape de consolidation de la nouvelle perception acquise. Pour se faire, la verbalisation des émotions nées du constat que l'on peut surmonter le problème par des expériences concrètes et réaliser progressivement des nouveaux changements est fondamental. On pourra faire décrire au patient ce qui est mieux et ce que cela lui permet de faire qu'il ne faisait pas avant. L'auto-description a ainsi de la valeur, bien plus que la « validation » du médecin : « *Que diriez-vous d'une personne qui ne pouvait plus prendre le bus... et qui maintenant réussi à faire un trajet ?* ». La consolidation permettra également d'anticiper des évènements futurs : « *Quelle est votre confiance dans la stabilité de l'état actuel ?* », « *Qu'est ce qui pourrait survenir qui vous remettrait dans les problèmes ?* », « *Que feriez-vous à ce moment-là ?* ».

La rhétorique est donc primordiale puisque c'est par la redéfinition explicative des changements, de la perception et de la relation à soi, aux autres et au monde que s'inscrit cette consolidation. Aussi, les prescriptions comportementales, les recadrages et les prévisions paradoxales de la rechute que nous avons abordé plus haut sont des outils majeurs de cette étape. Les compliments seront axés sur la capacité du patient à changer lui-même la situation. On pourra ainsi demander au patient ce qu'il pense des changements qu'il a réussi à faire, et quelle est sa confiance dans la stabilité de l'état actuel. Il est également judicieux de savoir ce qu'il ferait en cas de rechute afin de tester cette confiance et ses ressources.

b. Les motivations au changement

La notion d'homéostasie a été soulevée par Claude Bernard surtout dans le monde biologique : il s'agit, pour un organisme vivant, de conserver son équilibre de

fonctionnement dans un environnement qui varie fréquemment. Ainsi, l'homéostasie de tout système s'oppose à son changement, et donc le changement impose une rupture de l'homéostasie. Cette rupture peut être amenée par différents éléments :

- **La posture de Client** : quand il y a demande d'aide, le système s'ouvre à un nouveau membre (le thérapeute), modifiant ainsi les conditions d'homéostasie(71). Cette posture s'oppose à celle du patient Touriste ou Plaignant avec lesquels le travail sera différent.
- **L'alliance thérapeutique** : une bonne relation thérapeutique détourne l'énergie de l'homéostasie pour la faire évoluer d'une manière entropique (cette donnée impose la position de Client). L'alliance est considérée ainsi comme un moteur du changement. Ainsi, Doutreligne affirme : « *Être thérapeute, c'est être une occasion de changement* » (72).
- **L'identification de la situation comme problématique** est fondamentale pour mener un changement. Erickson appelle ceci « la nécessité ». Il existe plusieurs raisons pour qu'une situation qui était jusqu'alors considérée comme non problématique, le devienne : l'épuisement des « tentatives de solution », une désintégration de l'environnement socio-professionnel, des conséquences qui auraient été jusqu'à maintenant des bénéfices secondaires, et qui à présent ne sont plus acceptables pour le patient. Ceci peut être, par exemple, le cas de l'attaque de panique. Alors qu'au début la crise intervient en présence d'une certaine circonstance, elle peut arriver désormais sans même la présence de l'objet phobique ou de la place à traverser en cas d'agoraphobie.... Ceci est responsable de comportements tellement invalidants qu'ils sont à l'origine d'une demande de changement. C'est en ce sens que la **crise** constitue une occasion de changement.

7. UN EXEMPLE CONCRET DE PRISE EN CHARGE

Pour illustrer concrètement la prise en charge des troubles anxieux par le modèle stratégique, nous prendrons l'exemple d'une patiente souffrant d'une phobie de conduire sa voiture.

a. Quelles ont été les tentatives de solution ?

- **L'évitement** : « *je ne prends plus la voiture toute seule, je demande à mon mari de me conduire quelque part si j'ai besoin* » « *au début, ça se passait bien comme cela, mais maintenant, il en a marre de tout le temps m'accompagner* ».
- **Le contrôle** : « *Quand j'y pense il m'arrive d'avoir comme un poids à l'estomac, pourtant j'essaie de me dire que ce n'est pas dangereux* ».

Les **objectifs** de la thérapie vont donc être de faire un virage à 180° : faire face à sa peur et lâcher-prise.

b. D'abord construire l'alliance thérapeutique

Pour cela, les outils de communication sont fondamentaux : par exemple, l'emploi de la **position basse, la synchronisation, la reformulation** pour montrer qu'on a compris le patient, et que l'on va travailler sur le même objectif. « *Si je comprends bien, vous avez peur de prendre la voiture toute seule, et vous demandez à votre mari de vous accompagner lors de vos trajets. Mais plus il vous aide, plus c'est pire, plus vous avez besoin de lui, même pour des petits trajets. Votre mari se plaint de votre comportement, et vous vous sentez incomprise. Et vous ne pouvez pas vous empêcher de penser que vous allez avoir un accident, vous y pensez même quand vous n'êtes pas en voiture, à tel point d'avoir un poids sur l'estomac. Et vous voulez être capable de vous rendre en voiture quelque part en autonomie, et vous ne savez plus comment faire, est-ce bien cela ?* »

c. Ensuite, les outils stratégiques

- **Recadrage sur la demande d'aide** : « *Chaque fois que vous demandez de l'aide et que vous la recevez, je voudrais que vous pensiez que vous êtes en train de recevoir simultanément deux messages : l'un est évident « je tiens à vous » et le second, moins évident mais plus fort « je vous aide parce que vous ne pouvez pas vous en sortir toute seule ». A long terme, le second de ce message contribue non seulement à faire persister vos symptômes de peur, mais encore les exacerbe. Mais notez bien que je ne vous demande pas d'arrêter de demander de l'aide car vous n'en êtes pas encore capable de vous débrouiller sans aide ? je suis simplement en train de vous demander de penser que*

chaque fois que vous demandez de l'aide et que vous la recevez, vous contribuez à la persistance et à l'aggravation de vos symptômes ».

- **Recadrage sur la peur** : *« La peur est utile, elle permet de réagir face à un danger. Si vous n'aviez absolument aucune peur, vous pourriez être dangereuse. »*
- **Questionnement avec anticipation** : *« Que feriez-vous de plus que vous ne pouvez pas faire aujourd'hui ? » - « J'irai voir ma fille, elle vient d'avoir un petit garçon » - « En quoi c'est important pour vous d'aller la voir » - « Je voudrais aller l'aider, avec un bébé ce n'est pas facile tous les jours ; et puis je voudrais être une bonne grand-mère pour mon petit fils ».*
- L'**hypnose formelle** peut être utilisée: on pourra d'abord faire vivre une expérience de sécurité (**hypnose du lieu sûr**), puis faire vivre une expérience où elle se sent être une bonne grand-mère et demander ce qu'il aura fallu pour en arriver là (**hypnose d'anticipation**), lui permettre d'ancrer les sensations de bien être qu'elle a vécu en hypnose par un geste qu'elle pourra refaire dans sa vie quotidienne, travailler sur les sensations (sur le « poids » dont elle parle) (**hypnose d'acceptation**).

d. Les tâches thérapeutiques

- **Faire face** : *« Chaque jour cette semaine, vous irez dans votre voiture, vous mettrez votre ceinture, et allumerez le contact. Vous resterez 5 min comme cela, puis éteindrez le contact et ressortirez ». Cette tâche peut être vécue avant en hypnose formelle si besoin. Une tâche d'observation peut être également associée, avec un carnet de bord.*
- **Lâcher prise** : *« Chaque jour, pendant 10 minutes, il faudra mettre une sonnerie à la fin des 30 minutes, vous irez dans un endroit où vous ne pouvez être dérangée. Vous ferez venir volontairement le poids sur votre estomac comme vous me l'avez dit. Sur un carnet, vous noterez à quoi ressemble ce poids, ce qui vient à votre esprit à ce moment-là, vos émotions. Quand la sonnerie retentit, vous l'éteindrez et cesserez toutes les pensées et les sensations que vous avez provoquées, puis vous irez reprendre vos activités quotidiennes. »*

e. La consolidation

« Qu'est-ce qui est mieux ? qu'est-ce que cela vous permet de faire que vous ne faisiez pas avant ? qu'est-ce que ça vous fait, concrètement ? quand était la dernière fois que vous vous êtes sentie fière de vous ? Quelqu'un a-t-il remarqué un changement en vous ? »

8. L'EMDR

Nous avons expliqué ci-dessus les principes fondamentaux des thérapies brèves, et mentionné principalement des outils rhétoriques utilisés par les solutionnistes, ainsi que l'hypnose. Il nous paraît important de préciser le rôle de l'EMDR, car c'est une technique reconnue par l'Inserm et l'OMS dans le stress post traumatique et indiquée par l'HAS. Nous avons décidé de parler de l'EMDR au sein de ce chapitre car c'est ainsi qu'il a été étudié par l'Inserm, même si c'est une technique à part, souvent utilisée par les thérapeutes de TCC.

EMDR signifie « eye movement desensitization and reprocessing », dont la traduction donnerait « désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires ». Cette méthode a été mise au point par Shapiro en 1987 : elle remarque que ses pensées dérangeantes peuvent disparaître soudainement et sans effort lorsque ses yeux bougent rapidement ; et que lorsque ses pensées reviennent, elles sont moins gênantes (73). La thérapie EMDR est basée sur le modèle du traitement adaptatif de l'information selon lequel les origines principales des troubles viennent de souvenirs non correctement traités. Ainsi, l'expérience resterait stockée dans sa forme initiale avec ses composants délétères perçus au moment de l'évènement stressant ou traumatogène (pensées négatives, contenus sensoriels douloureux). L'objectif de la thérapie est une « métabolisation de l'expérience traumatique » afin qu'ils migrent dans une zone de stockage, ce qui permettrait de modifier la perception du traumatisme. Les études ont montré les effets des stimulations bilatérales alternées tels que la diminution de la fréquence cardiaque et respiratoire par activation du système nerveux parasympathique et inhibition du système sympathique (74).

En pratique, le patient doit se concentrer sur le souvenir traumatique et les aspects sensoriels perturbants, qui y sont associés. Le praticien applique des séries de stimulations bilatérales alternées rapides ; entre chaque série, le patient évoque ce qui lui vient à l'esprit. Ceci est

fait jusqu'à ce que le souvenir ne génère plus de perturbations. Ensuite il aide le patient à associer à ce souvenir une pensée positive et constructive.

9. DONNEES DE LA LITTERATURE

L'efficacité de l'hypnose a été étudiée dans le rapport de l'Inserm de 2015 et reconnue pour baisser significativement la consommation de sédatif et d'antalgique lors d'un acte invasif et aussi dans le syndrome de l'intestin irritable (75). Cependant, il existe très peu de données de littérature évaluant l'efficacité de l'hypnose dans les troubles anxieux, ce qui paraît étonnant au vu de la prévalence de cette pathologie dans la population générale et des effets présumés de l'hypnose. Dans l'état de stress post traumatique, une étude contrôlée montre que le groupe TCC+ hypnose a des meilleurs résultats sur la reviviscence mais ce bénéfice disparaît à 6 mois pour obtenir des résultats comparable au groupe TCC seule à 6 mois, par rapport au groupe contrôle (thérapie de soutien simple) (76). Nous n'avons pas retrouvé de travaux sur les thérapies stratégiques à proprement parlé, et peu d'auteurs étudient les effets de l'hypnose seule : le plus souvent l'hypnose est étudiée en association à d'autres méthodes, souvent la TCC, comme élément de potentialisation éventuelle. En revanche, la thérapie brève de type EMDR a montré son efficacité sur l'état de stress post traumatique (77) comme le démontre une revue Cochrane incluant 15 essais avec intervention en EMDR (75). A l'évidence des études de fort niveau de preuve sont difficiles à établir mais l'étude de Geoffrion en 2016 de type avant-après hypnose pour des troubles anxio-dépressifs montre que l'hypnose permet de faire diminuer significativement le nombre de consommateurs de médicaments psychotropes 6 mois après le début de l'hypnothérapie (78).

10. FORMATION

Il existe 21 D.U ou D.I.U d'hypnose en France, et 32 instituts de formations privées. La formation est ainsi très hétérogène en termes de durée, et de professionnels de santé concernés. Les thérapies brèves sont également enseignées par ces instituts privés principalement, dans ce cas, la durée de formation est au minimum de deux ans. En ce qui concerne l'EMDR, les formations sont homogénéisées au niveau national et européen pour obtenir le titre de « Praticien EMDR Europe » : elles s'effectuent sur deux ans, et une formation continue doit être nécessairement validée sous peine de perdre le diplôme. Les

autres thérapies brèves sont enseignées au sein d'organismes de formations privés ou associatifs, de durée variable.

V. MODELE DE PRISE EN CHARGE PAR LES MEDECINES ALTERNATIVES ET COMPLEMENTAIRES

En 2013, l'Académie Nationale de Médecine a publié un rapport sur les médecines complémentaires dans lequel elle reconnaît officiellement quatre d'entre elles : l'hypnose que nous avons vue ci-dessus, l'acupuncture, l'ostéopathie et le tai-chi. Cette dernière discipline de tradition chinoise signifie « maîtrise de l'énergie », obtenue par la maîtrise du souffle associant mouvements lents, exercices respiratoires et concentration. Nous décrirons dans ce paragraphe l'ostéopathie et l'acupuncture dont la pratique par les médecins nécessite un diplôme.

1. L'ACUPUNCTURE

L'acupuncture est une discipline issue de la tradition médicale chinoise consistant en une stimulation de « points d'acupuncture ». La théorie globale de cette pratique repose sur le fait que les maladies sont liées à une perturbation de l'équilibre énergétique. La thérapie se base sur la stimulation de points spécifiques de l'organisme afin de rétablir la bonne circulation de cette énergie à travers le corps. Cette stimulation est principalement effectuée via l'implantation et la manipulation de fines aiguilles. Le Collège Français d'acupuncture précise que les « points » sont définis selon la tradition médicale chinoise par leurs dénominations, localisations, fonctions, indications et leurs modalités d'utilisation.

a. L'acupuncture dans les troubles anxieux

Les états anxieux font partis des indications apparaissant sur le site du syndicat national des médecins acupuncteurs, mais ne font pas parti de la liste établie par l'OMS. La HAS quant à elle, a émis un avis favorable de la pratique de l'acupuncture pour les troubles anxieux si celle-ci est pratiquée dans le cadre d'une « prise en charge globale » (79). Une étude belge montre que le stress et l'anxiété font partis des motifs de consultation en acupuncture les

plus fréquents après les douleurs (80), comme le souligne également l'Inserm dans son rapport.

b. Formation et pratique

L'acupuncture est une « orientation médicale » reconnue par le Conseil national de l'Ordre des médecins depuis 1974 : le DIU fait partie des diplômes et mentions autorisés en tant que titre sur les plaques et ordonnances. La pratique de l'acupuncture est soumise à l'article L. 4161-1 4 du Code de la santé publique, et n'est de ce fait autorisée qu'aux seuls membres des professions médicales (médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes). L'acupuncture est inscrite dans la classification commune des actes médicaux (CCAM). L'acte est coté « Acte technique Médical » (QZRB001) (79). Le rapport DREES de 2011 fait état de 3442 médecins généralistes acupuncteurs à partir du répertoire administratif Adeli, soit environ 4% des médecins généralistes (81).

c. Données de la littérature

Plusieurs études ont montré la diminution du score d'anxiété sur l'échelle d'Hamilton après des séances d'acupuncture, mais il s'agit d'études de faible niveau de preuve, et évaluant les périodes péri-opératoires. Concernant les troubles anxieux spécifiques, trois essais non contrôlés n'ont pas montré de différence significative entre l'acupuncture et les médicaments dans les troubles anxieux, mais ces essais sont de qualité médiocre, utilisant différents types d'acupuncture (82), tandis que deux essais randomisés avec groupe contrôle sous paroxétine ou alprazolam n'ont pas montré de différence significative sur le score d'anxiété, mais une iatrogénie moindre dans le groupe Acupuncture (82). Un essai randomisé réalisé en 2018 montre une diminution du score global d'anxiété en période pré-examen par l'acupuncture auriculaire chez des étudiants (83). Aussi, une étude randomisée publiée en 2019 montre une diminution significative du score d'anxiété sur l'échelle GAD après 12 mois de prise en charge par les médecines alternatives parmi lesquelles l'acupuncture (84).

2. MEDECINE MANUELLE OSTEOPATHIQUE

L'ostéopathie est une pratique de manipulations musculo-squelettiques et myofasciales dont le but est de pallier les dysfonctionnements de mobilité des tissus du corps humain. Elle s'exerce après un diagnostic spécifique de lésions tissulaires. D'après l'OMS, l'ostéopathie « *respecte la relation entre le corps, la pensée et l'esprit* », l'être humain étant une unité fonctionnelle dont l'état de santé est influencé par ces trois composantes (85). L'ostéopathie est reconnue depuis 1996 par le conseil de l'ordre des médecins.

a. L'ostéopathie dans les troubles anxieux

L'anxiété est une indication retenue par le syndicat français des ostéopathes. Cependant, il n'existe que très peu d'étude relatant de l'efficacité de l'ostéopathie sur les troubles anxieux à notre connaissance. L'unique que nous ayons trouvée date de 2014 et son critère de jugement a été obtenu avec un questionnaire de satisfaction corporelle et de perception globale de soi. Elle a été réalisée sur des jeunes femmes asymptomatiques versus un groupe contrôle et montrait une différence significative dans le groupe ayant reçu des manipulations ostéopathiques (86). Une autre étude montrait que l'anxiété représentait environ 2,4% des motifs de consultations d'un ostéopathe (87).

b. Formation et pratique

Le titre d'ostéopathe est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé. Communément, la pratique est appelée « médecine manuelle ostéopathique » (MNO) quand elle est pratiquée par un médecin : les docteurs en médecine (généralistes et spécialistes) ou étudiants en médecine à partir du troisième cycle, peuvent obtenir le diplôme d'ostéopathe en validant un DIU ou DU de médecine manuelle ostéopathique d'une durée de 3 ans en moyenne. Cet enseignement est dispensé dans 16 universités en France.

Discipline à usage strictement médical jusqu'en 2002, l'ostéopathie est désormais pratiquée par différents praticiens : les ostéopathes « exclusifs » (non médecins) obtiennent leur diplôme après 5 ans de formation. En 2017, on comptait plus de 28 000 ostéopathes en

France: plus de 60% d'entre eux sont des ostéopathes « exclusifs », et 5% sont des médecins (88) ; 1,7% des médecins généralistes ont effectué cette formation (34). La demande a largement augmenté, puisque le nombre de consultations a été multiplié par 6.5 entre 2002 et 2016 (89). Les actes d'ostéopathie ne sont pas remboursés par la sécurité sociale, mais certaines mutuelles acceptent une prise en charge partielle.

VI. CONCLUSION

Ainsi, les recommandations font de la prise en charge non médicamenteuse un choix de première intention dans les troubles anxieux. La HAS précise l'importance majeure des psychothérapies, qui doivent être menées par des professionnels spécialement formés et entraînés (18). De plus, l'OMS rapporte que plus d'un patient sur deux aurait recours aux médecines alternatives et complémentaires, la demande étant de plus en plus importante (90).

Les médecins généralistes sont en première ligne devant un patient souffrant de troubles anxieux. Deux études menées en 2009 et 2016, montrent qu'ils connaissent la prise en charge médicamenteuse (3) (91). Mais qu'en est-il des alternatives non médicamenteuses ?

L'étude que nous présentons dans la troisième partie de ce travail tente d'apprécier le ressenti des médecins généralistes sur la prise en charge non médicamenteuse des troubles anxieux.

PARTIE 3
ETUDE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES

I. MATERIEL ET METHODE

1. L'OBJECTIF

Cette étude a pour but d'analyser la prise en charge non médicamenteuse des troubles anxieux par les médecins généralistes et de connaître leur ressenti. L'objectif secondaire consiste à évaluer le besoin éventuel de formation des médecins sur cette thématique.

2. LE TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive transversale par questionnaire auto-administré sur internet, répartie sur le territoire national.

3. POPULATION

La population cible était l'ensemble des médecins généralistes exerçant en France, quel que soit leur mode d'exercice, salarié ou libéral. En effet, le choix d'inclusion d'un praticien reposait sur l'existence d'un suivi auprès d'une patientèle. Le seul critère d'exclusion concernait le fait d'être médecin généraliste remplaçant.

4. LE QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été créé en ligne sur la plateforme GoogleForm ®. Il comportait 25 questions, construites autour de 3 thématiques :

- Les caractéristiques démographiques et professionnelles des médecins répondant
- Leur prise en charge non médicamenteuse des troubles anxieux
- Les besoins de formation

Les questions étaient majoritairement fermées. Un item « autre » était disponible pour 3 questions et il y avait 2 questions libres optionnelles. L'ordre de présentation des propositions de réponses aux QCM était rendu aléatoire afin d'éviter un biais lié à la surreprésentation des réponses de début de liste.

Les modalités de réponses étaient :

- Valeurs numériques

- Choix binaires
- Choix multiples
- Echelles à support numérique à 10 points
- Texte libre

Le questionnaire a été préalablement testé sur 7 médecins généralistes afin de l'optimiser. Sa diffusion a été assurée par l'intermédiaire du conseil de l'Ordre des Médecins : certains départements ont choisi de l'envoyer par mail aux médecins généralistes, et d'autres l'ont mis en ligne sur leur site internet. Les réponses ont été obtenues du 27 janvier au 23 mars 2020, date de clôture de l'étude.

5. ANALYSE STATISTIQUE

Les résultats ont été exploités au moyen du logiciel Microsoft Excel® version Professionnel Plus 2019. Le risque de première espèce alpha a été fixé à 5% pour toutes les analyses. Le caractère Gaussien des variables quantitatives a été vérifié.

II. RESULTATS

1. PARTICIPATION DES MEDECINS

Au total, 353 questionnaires remplis nous ont été retournés. Six questionnaires ont été remplis par des médecins remplaçants et trois questionnaires ont été envoyé en doublon. Après exclusion de ces questionnaires, l'analyse a pu être réalisée sur **344 réponses**. Dans l'ensemble, le questionnaire semble avoir été accepté. J'ai reçu plusieurs mails d'encouragement suite à sa diffusion, et certains médecins m'ont demandé de leur envoyer les résultats une fois l'étude terminée.

La carte ci-dessous représente le nombre de réponses par région.

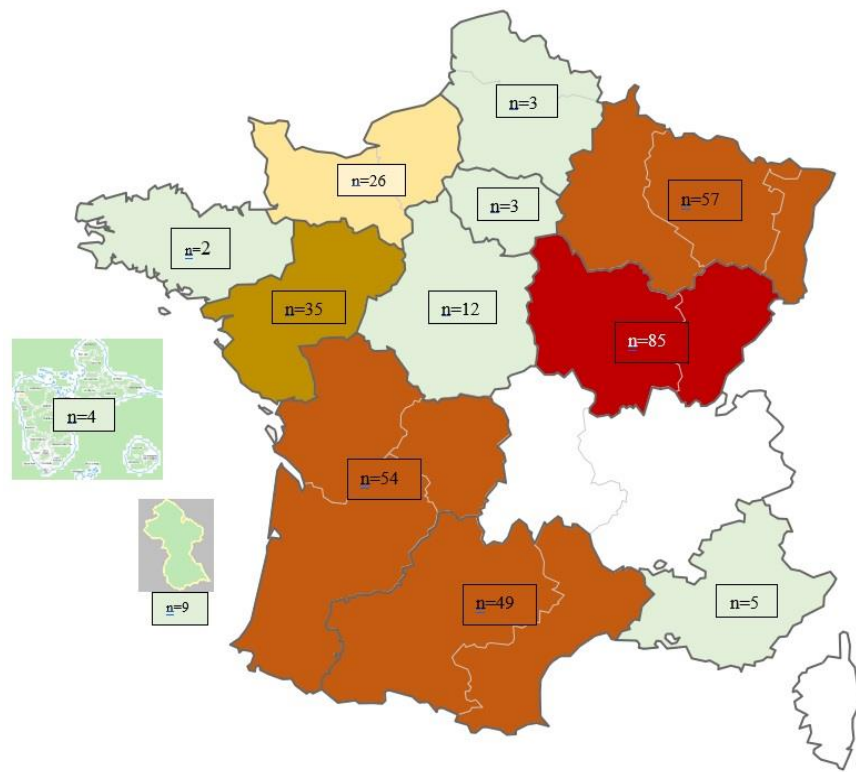


Figure 4. Nombre de réponses par région.

2. CARACTERISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES DES PARTICIPANTS

La première partie du questionnaire traitait des caractéristiques démographiques et professionnelles des médecins de l'étude. Les résultats sont reproduits dans le *Tableau 4*.

	Total	< 40 ans	40-49 ans	50-59 ans	>60 ans
Effectif	344 (100%)	112(32,5%)	68 (19,7%)	93 (27%)	61 (18%)
Sexe					
Femme	169 (49,1%)	71 (20,6%)	37 (10,7%)	43 (12,5%)	15 (4,4%)
Homme	174 (50,5 %)	41 (12%)	31 (9%)	49 (14,2%)	47 (13,7%)
Durée d'exercice (moyenne en années)	18,5	5,8	14,5	24,8	34,4
< 4 ans	39 (11,3%)	35 (10,2%)	3 (0,9%)	0	0
5-9 ans	64 (18,6%)	58 (16,9%)	3 (0,9%)	2 (0,6%)	1 (0,3%)
10-14 ans	46 (13,4%)	17 (4,9%)	26 (7,6%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)
15-19 ans	36 (10,5%)	1 (0,3%)	27 (7,8%)	7 (2%)	0
20-24 ans	33 (9,6%)	0	9 (2,6%)	23 (6,7%)	1 (0,3%)
>25 ans	124 (36%)	0	0	60 (17,4%)	57 (16,5%)
<i>Non répondu</i>	2	1	0	0	1
Nombre de consultations (moyenne par semaine- écart type)	108 (39)	96,4 (34)	117,8 (41)	111,2 (36)	115 (48)
Durée des consultations (moyenne en minutes – écart type)	18,2 (4,4)	18 (3,6)	17,4 (4,4)	18 (4,6)	19,5 (5,3)

Tableau 3. Caractéristiques socio-professionnelles

a. Caractéristiques démographiques

L'âge moyen des médecins généralistes ayant participé à l'étude était de 47,7 ans. Les femmes avaient en moyenne 44,5 ans et les hommes 51 ans. Le participant le plus jeune a 28 ans, et le plus âgé 73 ans.

Dans notre étude, 50,5 % des médecins sont des hommes, et les femmes représentent 49,1% de notre échantillon. On remarque que 63% des médecins de moins de 40 ans sont des femmes

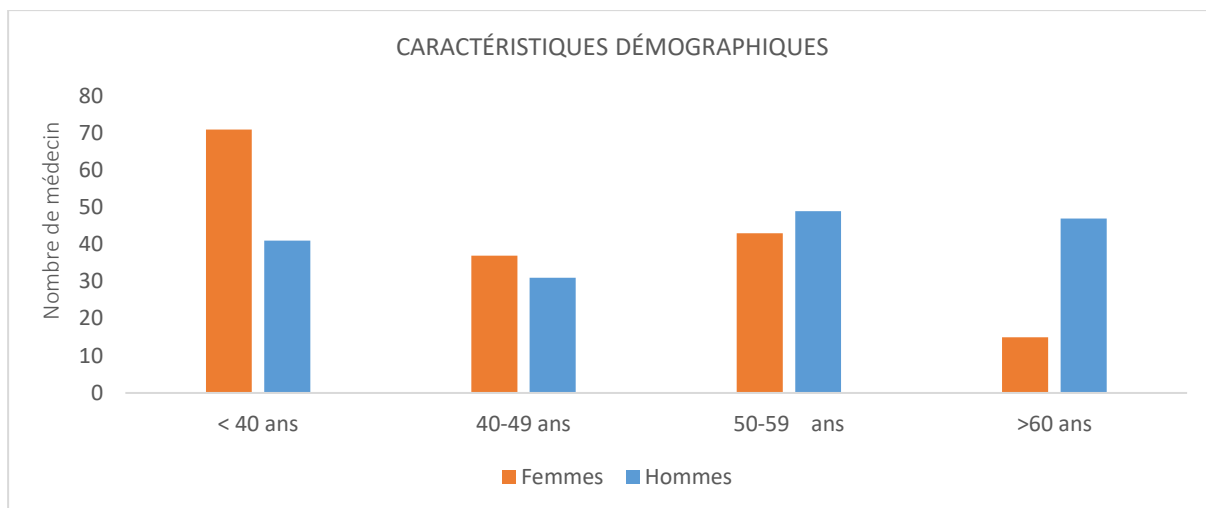


Figure 5. Caractéristiques démographiques.

b. Caractéristiques professionnelles

En moyenne, les médecins ayant répondu au questionnaire exercent la médecine générale depuis 18,5 ans. Deux médecins sont installés depuis moins de 1 an et la durée maximale est une installation depuis 45 ans.

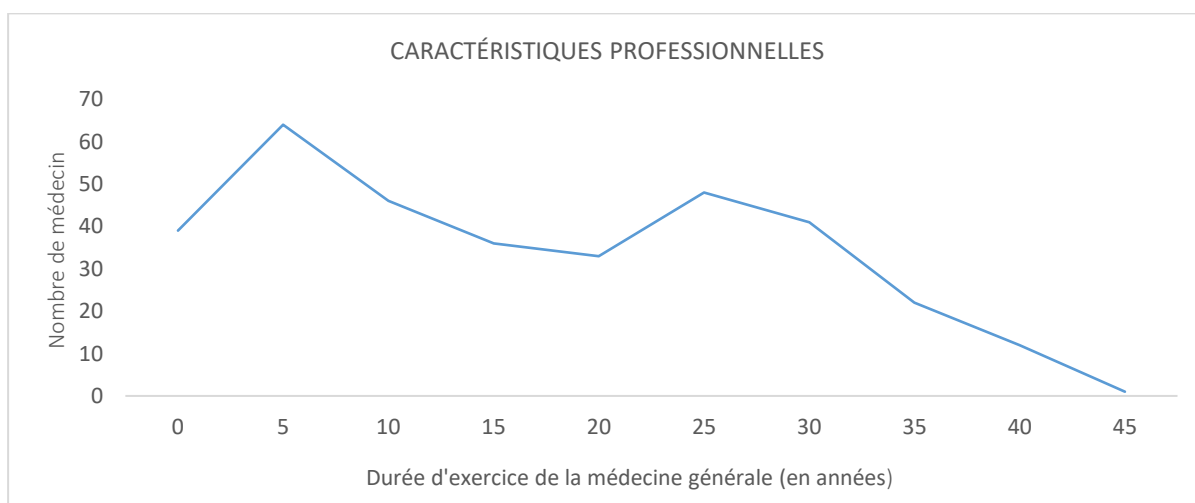


Figure 6. Durée d'exercice de la médecine générale

En moyenne, les médecins interrogés effectuaient 108 consultations par semaine, le minimum étant de 15 consultations par semaine, et le maximum de 250. 16 médecins (4,6%) effectuaient moins de 50 consultations par semaine.

Les consultations des médecins interrogés durent en moyenne 18,2 minutes (écart type 4,4). 85,5% des médecins effectuaient des consultations de 15 à 20 minutes. 3 médecins font des

consultations de plus de 40 minutes, et 2 médecins font des consultations durant moins de 10 minutes. Il n'y a pas de différence selon les classes d'âge.

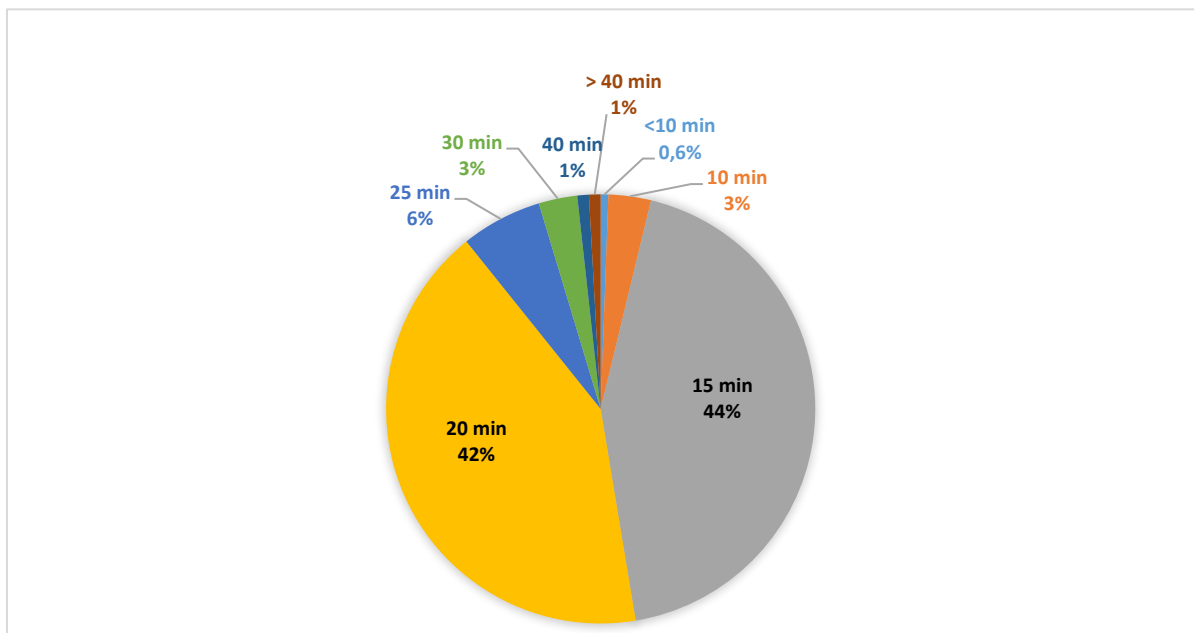


Figure 7. Durée des consultations

Parmi les médecins faisant moins de 50 consultations par semaine, la durée de consultation est allongée à 23 minutes en moyenne, et 37% d'entre eux font plus de 25 minutes de consultation. En revanche, les médecins faisant plus de 200 consultations par semaine ont une moyenne de durée de consultation de 14,6 minutes.

On remarque une différence entre les classes d'âge : les médecins qui ont moins de 40 ans font en moyenne 96 consultations par semaine, ce qui est significativement moins que les autres classes d'âge ($p=0,0009$).

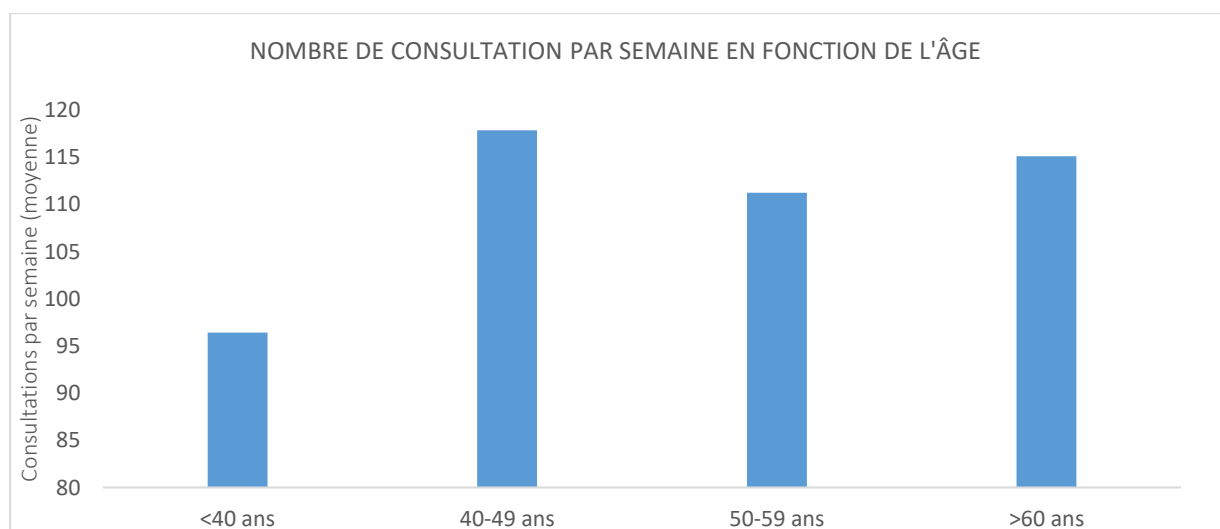


Figure 8. Nombre de consultation par semaine

3. FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES

a. Formation initiale

Parmi les médecins interrogés, **58,4% déclarent ne pas avoir eu de cours sur les troubles anxieux pendant leur formation initiale**. Il existe un lien significatif entre l'âge des médecins et l'existence d'une formation sur les troubles anxieux pendant les études ($p < 0,001$).

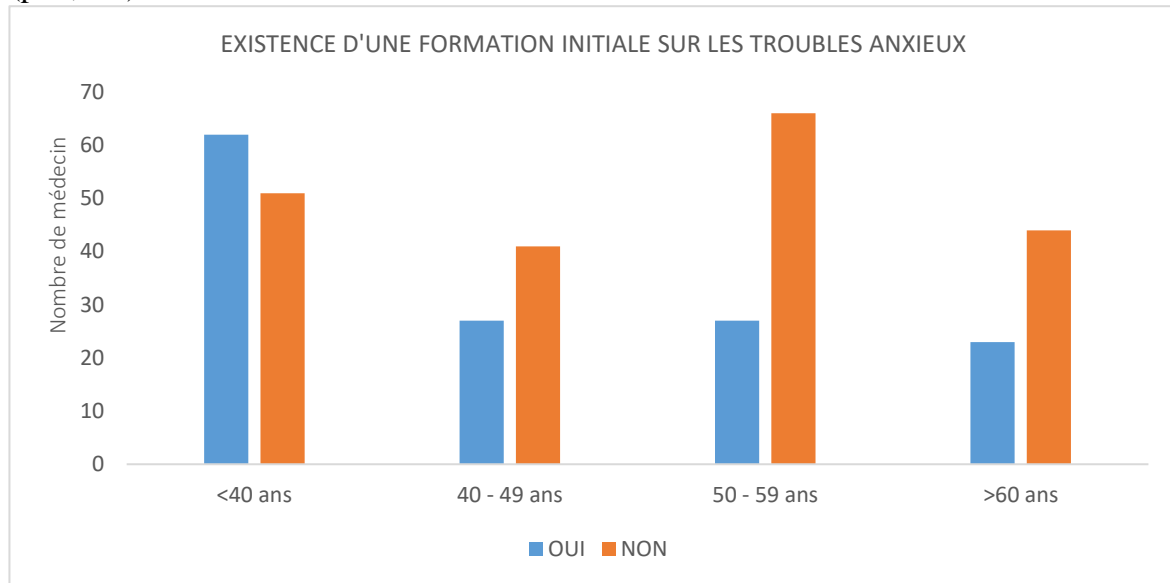


Figure 9. Formation initiale en fonction de l'âge

b. Sources de connaissance

Les médecins généralistes ayant participé à l'étude déclarent tenir leurs connaissances pour prendre en charge les troubles anxieux essentiellement par la formation continue (59%), suivi des revues de médecine (47,4%) et des recommandations de bonnes pratiques (31%). Les congrès ne sont cités qu'en 8^{ème} place (source d'information pour 16% des médecins interrogés). On note que 78,2% des médecins font confiance à leur expérience personnelle. Il n'y a pas de différence de sources de connaissance selon l'âge du médecin en dehors des cours pendant les études comme nous l'avons déjà constaté plus haut.

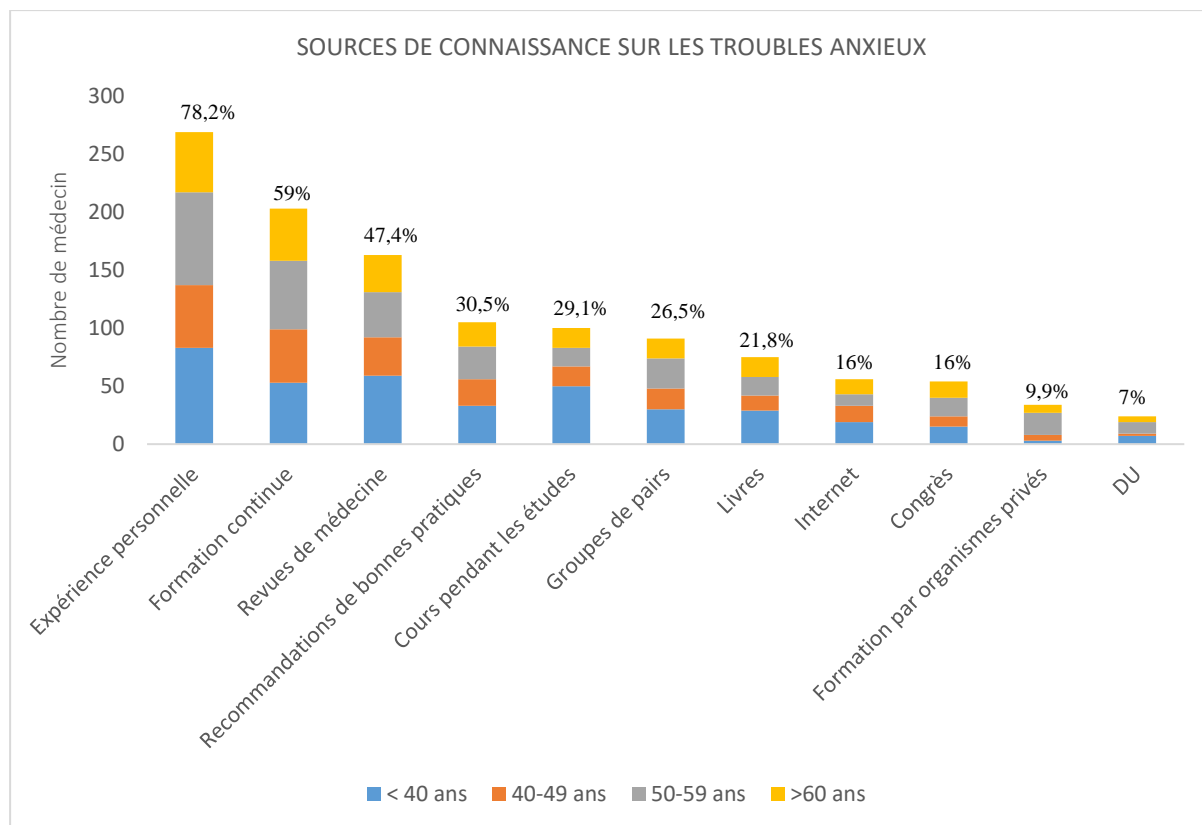


Figure 10. Sources de connaissance.

Pour cette question il existait un item « autre » dont les caractéristiques sont résumées ci-dessous :

Lié à la formation	Lié à la coordination des soins	Lié à la vie personnelle
« Stage de psychiatrie » ou « Stages » « DMG, UFR » « Par mes stagiaires internes » « Supervision » « Formations locales » « Cours de communication en santé » « Lectures » « CDI 10% dans un service de psychiatrie » « DU d'auriculothérapie » « Interrogatoire homéopathique »	« Fréquentations et échanges avec psychothérapeute » « Discussion avec amis psychologues » « Discussion avec amis éducateurs spé »	« Psychothérapie personnelle » « Intérêt personnel » « Mon mari psychiatre et hypnothérapeute »

Tableau 4. Autres sources de connaissance.

c. Formation continue

Nous demandions tout d'abord aux médecins s'ils avaient bénéficié d'une formation particulière sur la communication. Ensuite nous demandions s'ils avaient été **formé** en thérapie cognitivo-comportementale (TCC), en hypnose et autres thérapies brèves, en psychanalyse, en acupuncture ou encore en ostéopathie. Ensuite, nous avons abordé le cas particulier de l'hypnose.

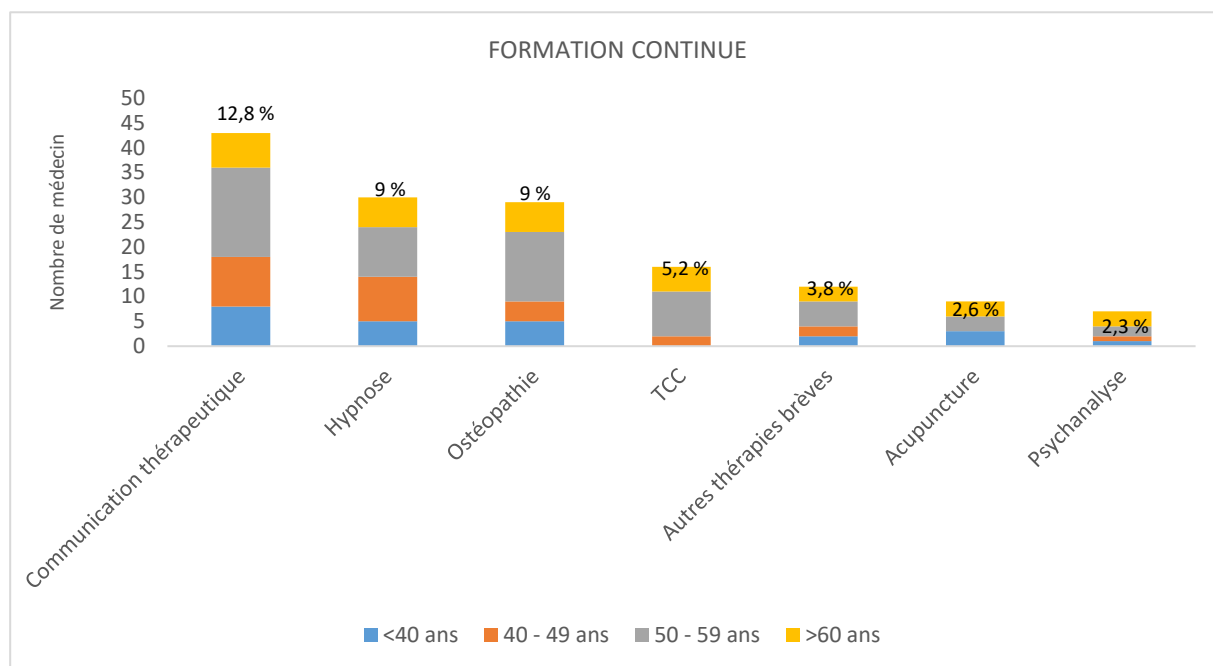


Figure 11. Formation continue.

Dans notre étude, **68,4% des médecins interrogés n'ont reçu aucune formation complémentaire** parmi celles proposées : ces médecins sont significativement plus jeunes ($p=0,021$). La formation la plus représentée est la communication thérapeutique avec 44 médecins formés soit 12,8%, suivi de l'hypnose et de l'ostéopathie (9%). Parmi les médecins formés, il n'y a pas de lien entre l'âge et le type de formation choisie.

Nous avons demandé aux médecins s'ils avaient reçu une autre formation à visée de soutien psychothérapeutique. 51 d'entre eux (14,9%) ont répondu par l'affirmative. Nous les avons classés en quatre catégories : médecine conventionnelle, médecine complémentaire, psychothérapie et communication. Il s'agit d'une classification arbitraire que nous avons choisi pour clarifier les réponses.

MEDECINE CONVENTIONNELLE	MEDECINE COMPLEMENTAIRE	PSYCHOTHERAPIE (<i>autre que celles proposées</i>)	COMMUNICATION
<ul style="list-style-type: none"> - Addictologie - Sexologie - Psychopathologie de l'enfant et adolescent - Trouble des apprentissages scolaires - Pratiques psychocorporelles et santé intégrative - Médecine psychosomatique - Formation en psychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> - Homéopathie - Phytothérapie - Auriculothérapie scientifique - Médecine anthroposophique - Méditation pleine conscience - Cohérence cardiaque 	<ul style="list-style-type: none"> - « Thérapie interpersonnelle » - « Analyse non psychanalytique » » 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien motivationnel et intervention brève - Groupe Balint - Communication non violente - Education thérapeutique

Tableau 5. Autres formations à visée de soutien psychothérapeutique.

➤ Cas particulier de l'hypnose

Dans notre échantillon, 9% des médecins ont été formés à l'hypnose. En moyenne, la durée de la formation était de 15 jours. On remarque que la durée est hétérogène (écart type 10,5) : la moitié des médecins formés à l'hypnose ont suivi moins de 12 jours de formation, et l'autre moitié des formations allant de 12 à 36 jours.

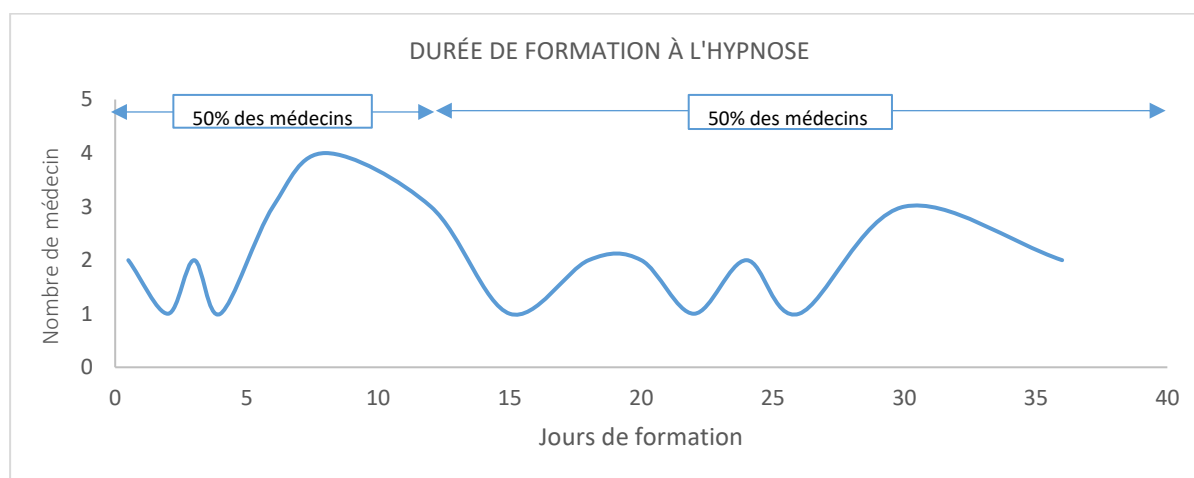


Figure 12. Durée de formation à l'hypnose.

4. PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ANXIEUX

a. Aisance

Pour aborder la question de l'aisance ressentie par le médecin dans la prise en charge des troubles anxieux, nous avons choisi une échelle à support numérique à 10 points afin d'approcher le plus possible de la perception de chacun.

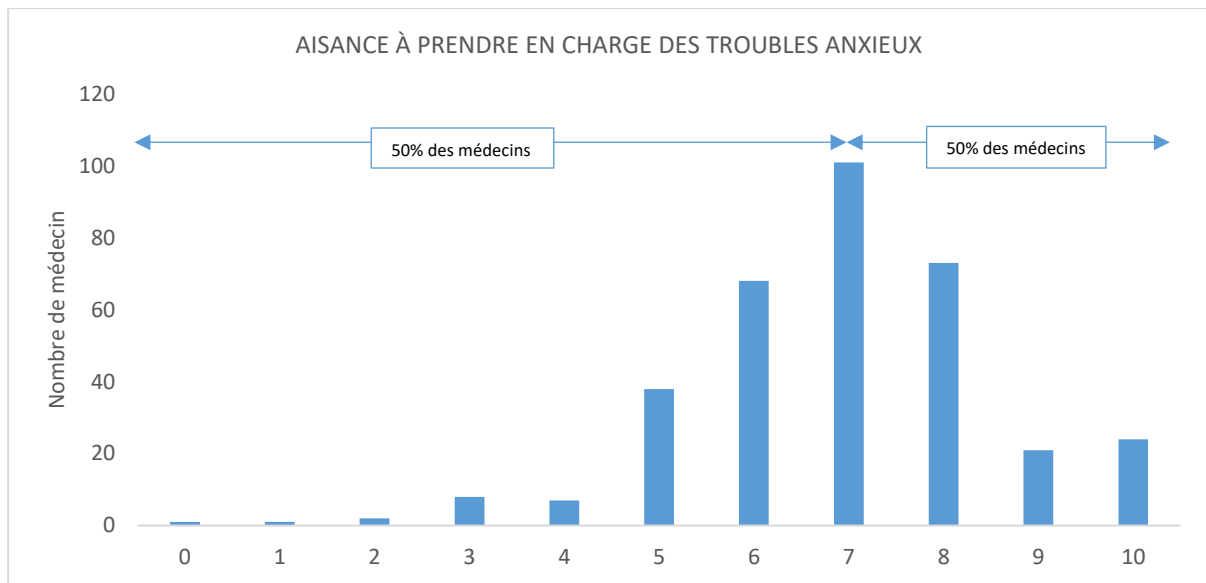


Figure 13. Aisance à prendre en charge des troubles anxieux.

La médiane d’aisance est à **7/10**.

Plus les médecins sont âgés, plus ils se sentent à l’aise pour prendre en charge cette pathologie ($p < 0,0001$).

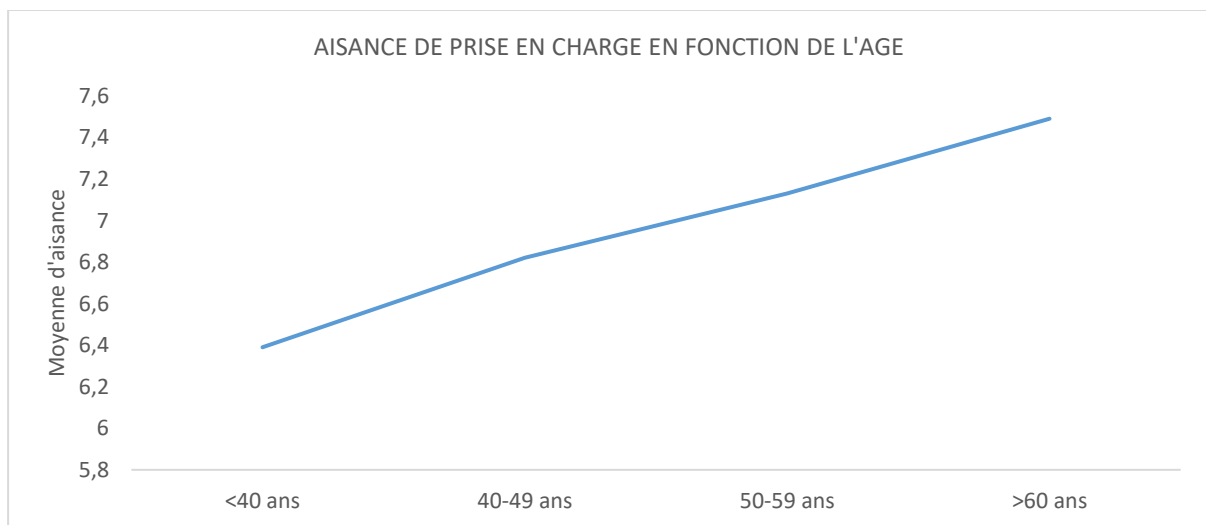


Figure 14. Aisance de prise en charge en fonction de l’âge.

Les médecins ayant effectué une formation parmi celles proposées sont plus à l’aise pour prendre en charge les troubles anxieux. Comparé aux médecins non formés, l’aisance est significativement majorée chez les médecins formés en hypnose ($p=0,03$) et à la communication ($p=0,04$). On observe également une majoration de l’aisance pour la TCC,

les autres thérapies brèves, la psychanalyse et l'acupuncture mais celle-ci n'est pas significative.

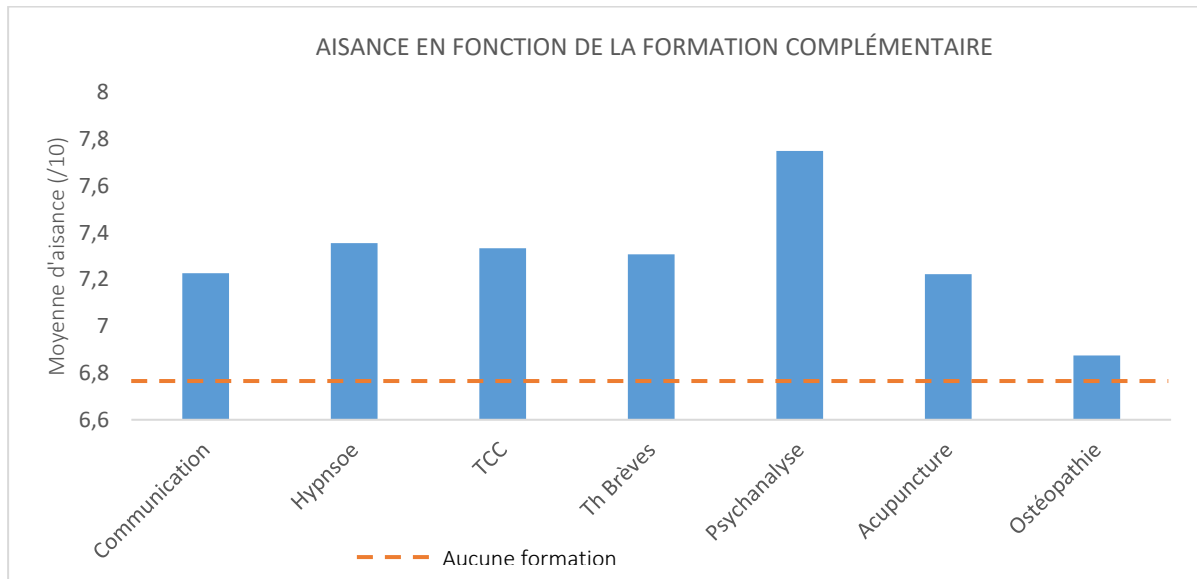


Figure 15. Aisance en fonction de la formation supplémentaire

b. Difficultés à prendre en charge les troubles anxieux

➤ Sentiment d'impuissance face aux troubles anxieux

Dans notre échantillon, **97,4% des médecins pensent être déjà arrivés au bout de leurs possibilités thérapeutiques** dans le cadre des troubles anxieux. Il n'existe pas de différence significative entre les médecins ayant reçu une formation et les médecins non formés spécifiquement ($p > 0,750$). En revanche, il existe un lien significatif entre l'âge des médecins et leur sentiment d'impuissance face aux troubles anxieux : **les médecins plus jeunes se retrouvent plus souvent au bout de leur possibilités thérapeutiques** ($p < 0,001$).

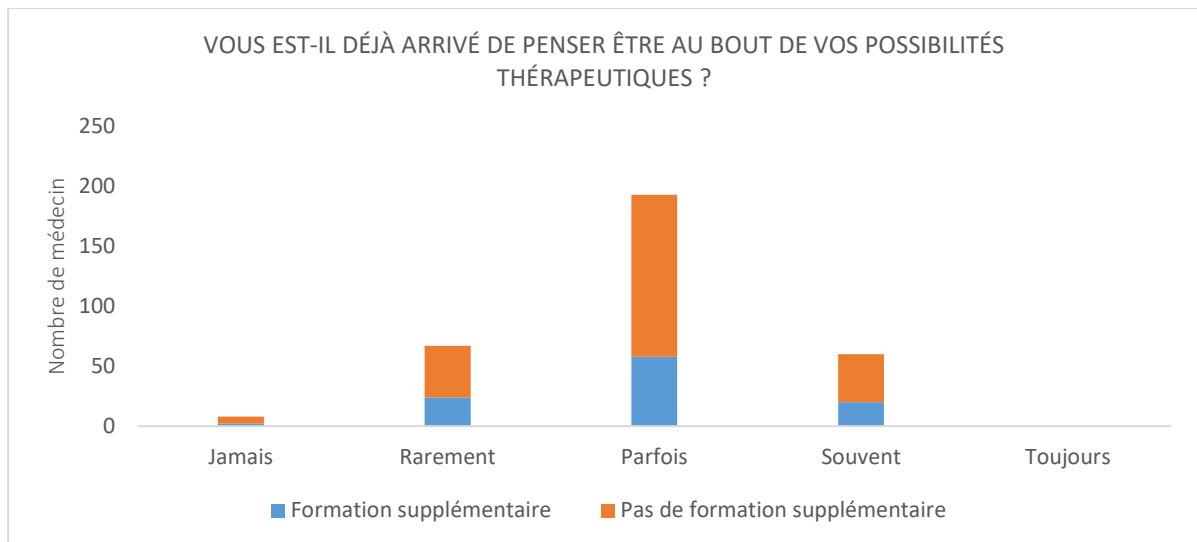


Figure 16. Sentiment d'impuissance face aux troubles anxieux

➤ Causes évoquées

La réponse revenant le plus souvent est le **manque de temps** pour parler convenablement de cette problématique avec les patients (48%). Il est intéressant de noter que la deuxième réponse par ordre de fréquence est le **manque de connaissance pour une alternative non médicamenteuse** : elle concerne 28% des médecins interrogés. Le manque de formation et l'absence de réponse systématisée revenaient pour 20% des réponses.

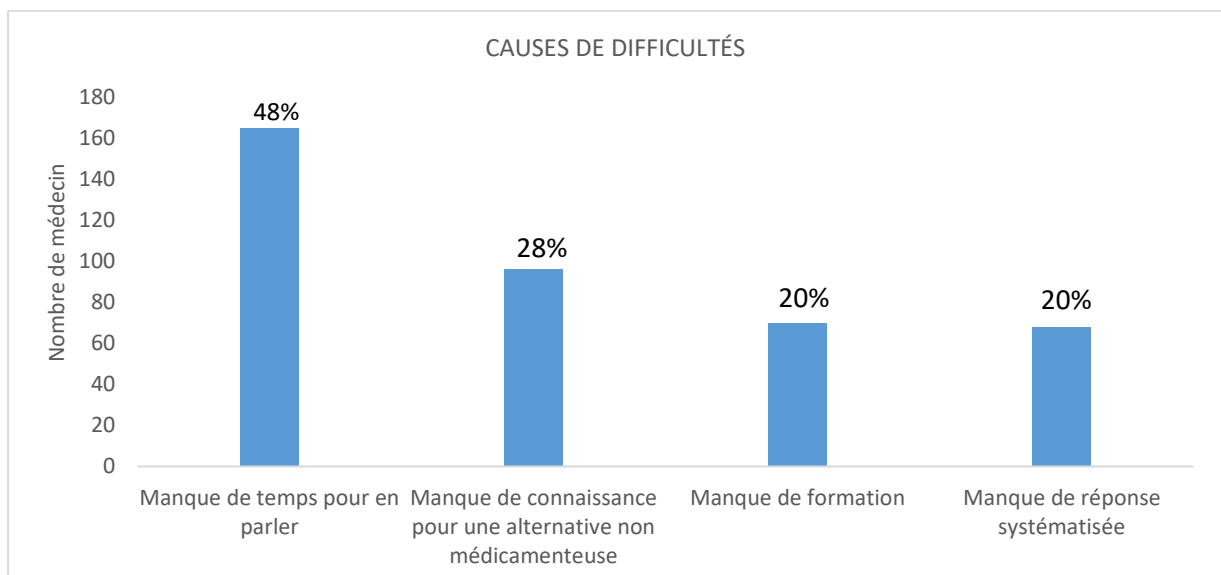


Figure 17. Difficultés à prendre en charge les troubles anxieux.

On note que les médecins ayant répondu « manque de temps » ont des consultations significativement plus courtes (17 minutes) que les autres médecins (20 minutes) ($p=0,003$).

Un item « autre » était proposé, nous les avons groupés comme cela suit :

Difficultés liées au patient	« Le patient » ; « Croyances et culture du patient » ; « Changement pas toujours possible » ; « Refus de voir un spécialiste » ; « Motivations du patient » ; « Chacun a son histoire » ; « Patient souvent difficile » ; « Cela dépend des patients »
Difficultés liées au médecin	« Doute sur mes compétences » ; « Épuisement du soignant » ; « C'est à chaque fois une découverte » ; « Complexité de la question » ; « Manque d'appétence pour le sujet » ; « Emotionnellement fatiguant » ; « le trac »
Difficultés liées à la relation soignante	« Tout repose sur la relation humaine qui se lie entre patient et praticien, sachant que le 100% n'existe jamais en médecine »
Difficultés liées à la coordination des soins	« Je ne sais pas vers qui adresser » ; « Patient adressé au CMPP » ; « Manque de moyen disponible » ; « Manque d'accès à la psychothérapie »
Difficultés liées à une pratique alternative	« Cout financier » ; « Consultations chronophages » ; « Manque de recul » ; « Psychologues non remboursés » ; « Manque de prise en charge des thérapies non médicamenteuses » ; « Manque de psychothérapeute pratiquant TCC / pleine conscience » ; « Manque de second recours » ; « Problème du non remboursement des thérapies non médicamenteuses » ; « Manque de formation en psychothérapie » ; « [je préférerais] techniques sur l'entretien psychologique autre que des batteries de tests sous formes de grilles à cocher »

Tableau 6. Difficultés à prendre en charge les troubles anxieux

c. Prise en charge médicamenteuse

En moyenne, les médecins interrogés estiment prescrire des médicaments à 61% de leurs patients souffrant de troubles anxieux. Nous constatons que **les médecins formés spécifiquement à une alternative non médicamenteuse considèrent prescrire moins de traitement médicamenteux (p=0,005).**

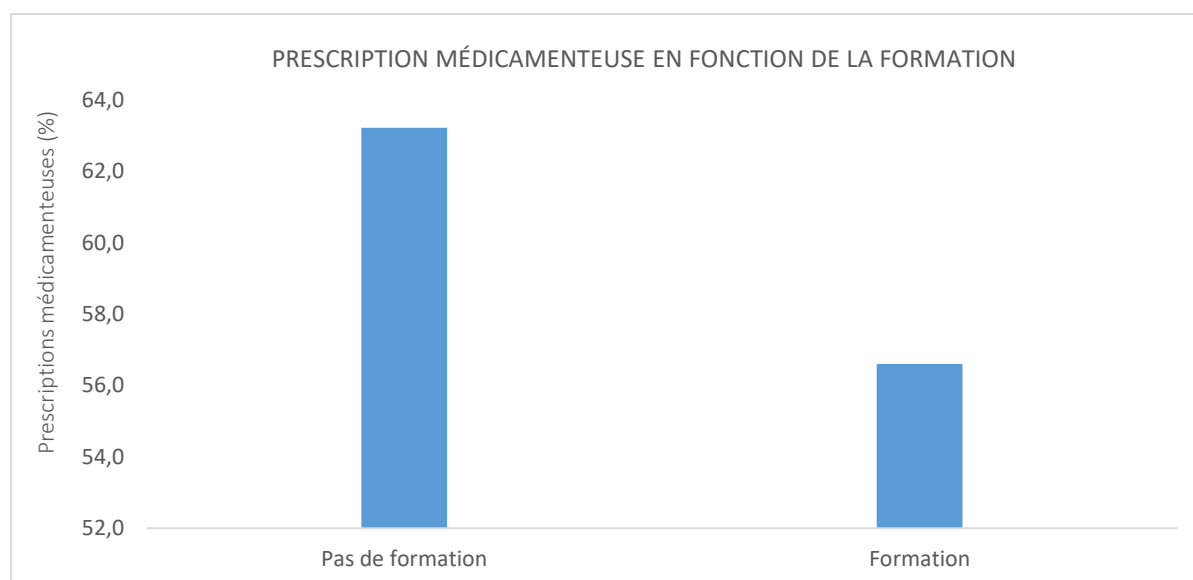


Figure 18. Prescriptions médicamenteuses en fonction de la formation.

Si l'on compare chaque formation avec le pourcentage de traitement estimé, on remarque que la différence reste significative chez les médecins formés à l'hypnose ($p=0,0027$), à la communication ($p=0,0001$), aux thérapies brèves ($p=0,0009$) et à la psychanalyse dans une moindre mesure ($p=0,03$). Cette différence significative disparaît pour l'acupuncture, la TCC et l'ostéopathie.

Par ailleurs il n'existe pas de différence concernant l'estimation de prescription médicamenteuse en fonction de l'âge du médecin.

d. Prise en charge non médicamenteuse

➤ Proposition d'alternatives

L'alternative non médicamenteuse la plus proposée est la TCC, suivie de l'hypnose et de la psychanalyse. Cinq médecins disent ignorer ce qu'est la TCC, et un médecin dit ignorer ce qu'est l'hypnose.

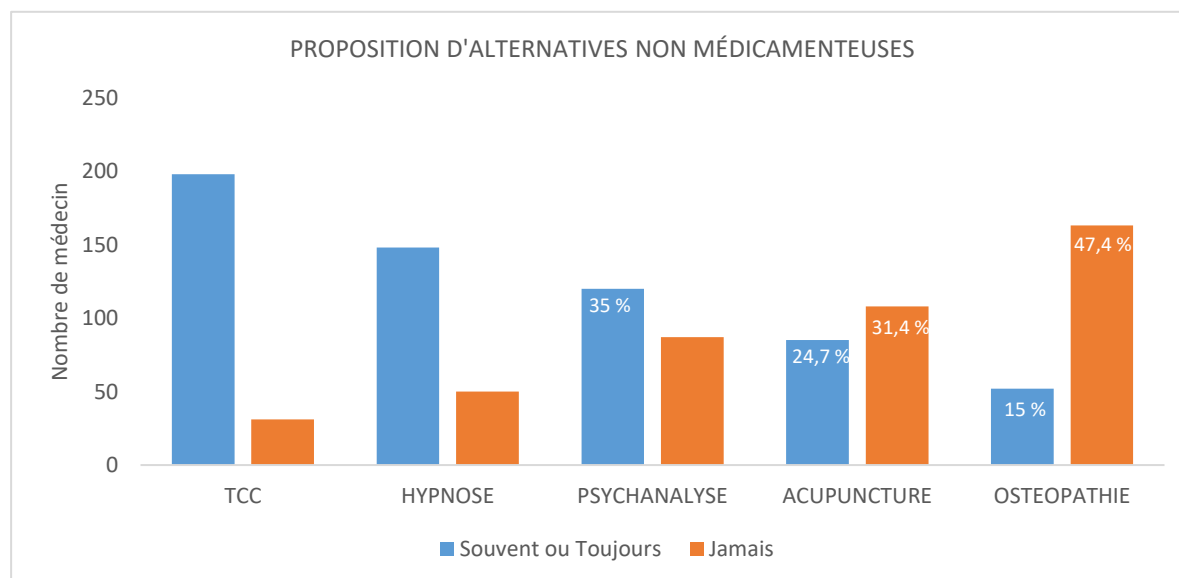


Figure 19. Proposition d'alternatives non médicamenteuses dans le cadre des troubles anxieux.

On remarque que les médecins proposant une alternative non médicamenteuse de type « psychothérapie » (TCC, psychanalyse et hypnose) sont plus jeunes que ceux proposant une alternative de type « médecine alternative et complémentaire » (acupuncture et ostéopathie) ($p=0,014$).

Dans le cadre des troubles anxieux, 47,4% des médecins interrogés affirment ne jamais proposer d'ostéopathie dans le cadre des troubles anxieux, et 31,4% ne prescrivent jamais d'acupuncture.

Enfin, nous avons demandé aux praticiens s'ils proposaient d'autres solutions non médicamenteuses à leur patient souffrant de troubles anxieux. Au total, 54,6% des médecins évoquaient d'autres alternatives que nous avons classés selon quatre catégories :

MEDECINE CONVENTIONNELLE	« THERAPIES ALTERNATIVES »	« ACTIVITE LUDIQUE »	COMMUNICATION
-Médecine thermale -Education thérapeutique -Psychiatrie -Sexologie -Psychopathologie -Psychosomatique -Psychologue -Infirmière ASALEE	-Homéopathie -Médecine anthroposophique -Phytothérapie -Auriculothérapie -Méditation pleine conscience -Sophrologie -Yoga -Cohérence cardiaque -Relaxation -Cryothérapie -Reiki -Neurofeedback -Art thérapie -Chi kong -Tai Chi Chuan -Phénoménologie -Micronutrition	-Sport -Théâtre -Musique -Religion	-Entretien motivationnel -Groupe Balint -Communication non violente

Tableau 7. Autres alternatives non médicamenteuses proposées par les médecins.

Au total, dans notre étude seuls 2 médecins ne proposent aucune alternative non médicamenteuse.

➤ Intérêt

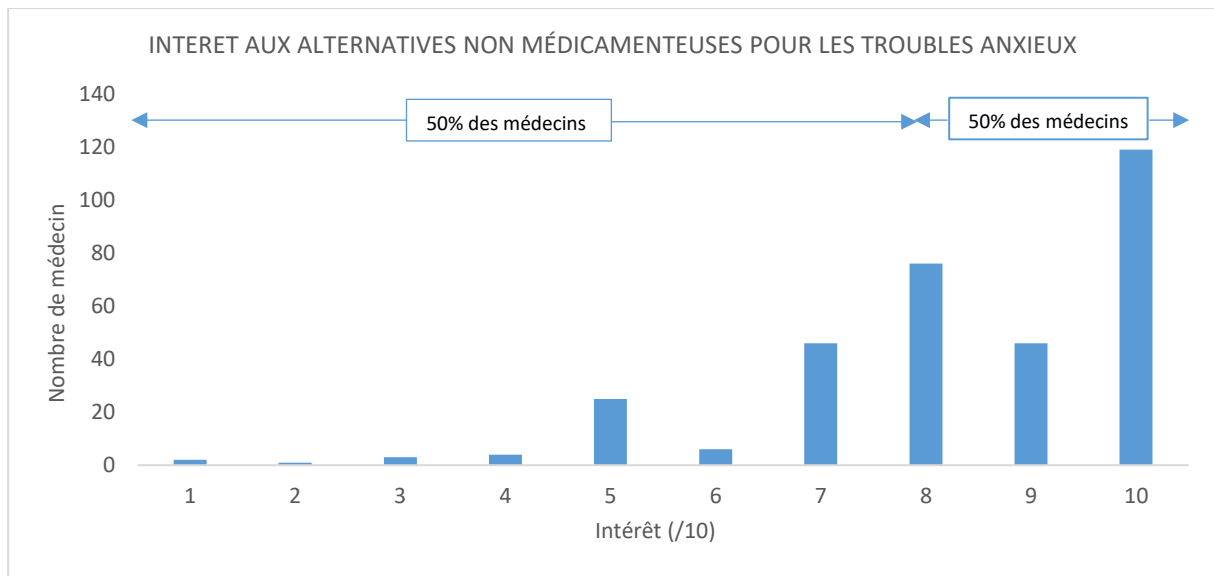


Figure 20. Intérêt pour une prise en charge non médicamenteuse des troubles anxieux.

En moyenne, les médecins portent un intérêt à une prise en charge non médicamenteuse estimé à **8,2/10**. Il est intéressant également de constater que les médecins ayant une formation en psychothérapie (TCC, hypnose, psychanalyse et autres thérapies brèves) sont significativement plus intéressés aux alternatives médicamenteuses que les médecins formés en acupuncture ou ostéopathie ($p=0,003$). De manière cohérente, les médecins portant un intérêt plus important à une prise en charge non médicamenteuse sont ceux qui prescrivent le moins de traitement médicamenteux ($p=0,0001$).

Enfin, on note que **les médecins de plus de 60 ans sont moins intéressés par une alternative non médicamenteuse** ($p=0,03$).

➤ Cas particulier de l'hypnose dans les troubles anxieux

Pour les médecins de notre échantillon, la place de l'hypnose dans la prise en charge des troubles anxieux est en moyenne à **5,62/10**.

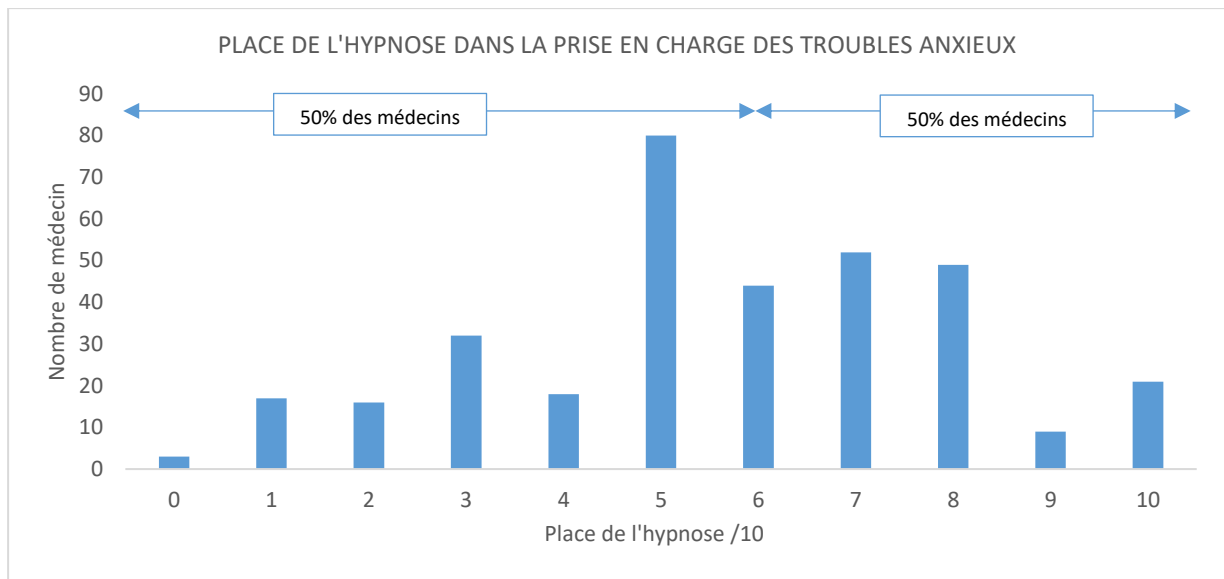


Figure 21. Place de l'hypnose dans la prise en charge des troubles anxieux.

Plus les médecins sont jeunes, plus ils considèrent l'hypnose dans le cadre de la prise en charge des troubles anxieux ($p=0,00004$).

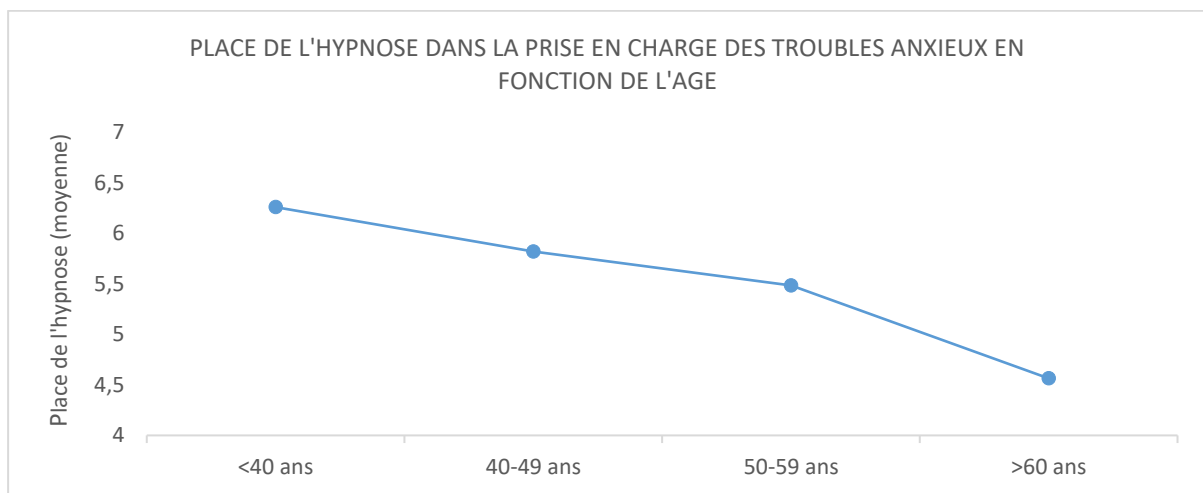


Figure 22. Place de l'hypnose dans la prise en charge des troubles anxieux en fonction de l'âge.

Les difficultés à proposer de l'hypnose dans ce cadre sont surtout liées au manque de réseau de coordination de soin, et d'un manque de connaissance à ce sujet pour pouvoir informer le patient.

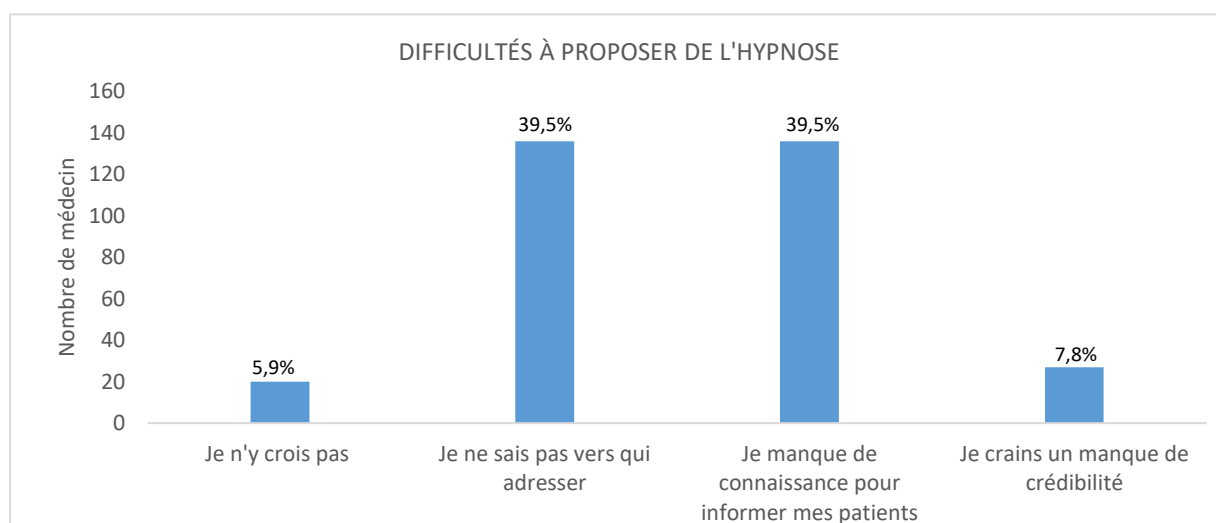


Figure 23. Difficultés à proposer l'hypnose dans la prise en charge des troubles anxieux.

Un item « autre » était proposé. Parmi les réponses libres, revient le plus souvent la difficulté liée au coût d'une prise en charge par l'hypnose (31 mentions spontanées). On retrouve également des doutes sur les praticiens : « *beaucoup d'hypnothérapeute dans mon secteur qui n'ont eu que 6 heures de formation* », « *manque de praticiens sérieux* ». De plus, certaines remarques sont liées à la méconnaissance de la pratique : « *c'est contourner le problème* », « *[en hypnose] le patient ne participe pas à sa prise en charge* ». Enfin, certains praticiens admettent simplement ne pas penser à proposer de l'hypnose.

5. BESOIN DE FORMATION

Dans notre étude, **66,9% des médecins interrogés ont répondu qu'ils auraient besoin d'une formation supplémentaire** pour être plus à l'aise dans la prise en charge non médicamenteuse des troubles anxieux. Ce sont des médecins qui se sentent moins « à l'aise » pour prendre en charge les troubles anxieux ($p < 0,001$), qui sont plus jeunes ($p = 0,001$), et qui estiment prescrire plus de traitement médicamenteux ($p = 0,02$).

Parmi ces médecins qui estiment avoir besoin d'une formation supplémentaire, 143 (55,2%) d'entre eux préféreraient une formation en **TCC**, 82 (31,7%) en hypnose, 18 (7%) en psychanalyse, 8 (3%) en médecine manuelle et 8 (3%) en acupuncture.

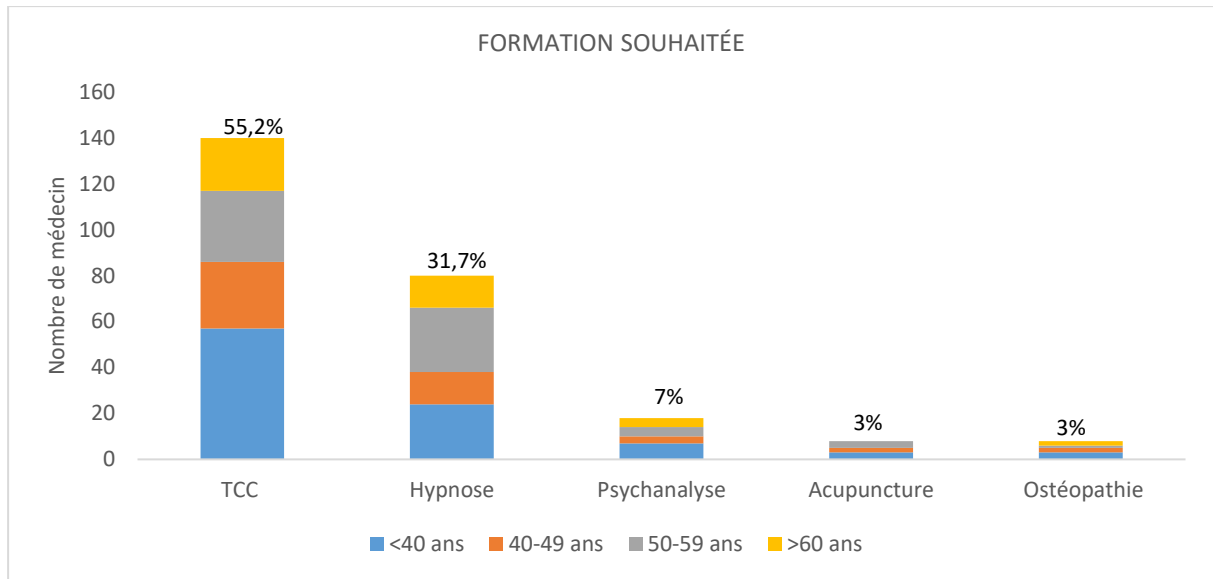


Figure 24. Type de formation souhaitée.

Il n'existe pas de lien significatif entre la formation souhaitée et l'âge du médecin.

➤ Cas particulier de l'hypnose

L'une des questions évoquait spécifiquement le cas de l'hypnose. On remarque que parmi les médecins déjà formés à l'hypnose, 74% d'entre eux souhaitent poursuivre leur formation. Par ailleurs, **un médecin sur deux souhaitant se former à l'hypnose ignore où obtenir les informations nécessaires.**

III. DISCUSSION

1. LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE

a. Les limites

➤ Sur la population

Bien qu'intéressant par son côté pratique et facile d'accès avec la possibilité d'une large diffusion, l'auto-administration d'un questionnaire par internet se prête à une certaine forme de volontariat et ainsi à un taux plus important de non réponse. Également, la sollicitation importante des médecins généralistes pour des travaux de thèse, peut se manifester par une réticence de participer à des enquêtes supplémentaires.

Nous avons contacté les Conseils départementaux de l'ordre des médecins afin de faire diffuser notre questionnaire, mais un biais de sélection vient de l'absence de consensus concernant l'aptitude et la possibilité de l'instance à diffuser de la même manière le questionnaire. Ceci explique les disparités de réponses en fonction des régions :

- 19 Conseils départementaux ont accepté d'envoyer le questionnaire par mail
- 15 Conseils départementaux ont accepté de mettre le questionnaire sur leur site internet sans pouvoir l'envoyer par mail individuellement
- 19 Conseils départementaux ont refusé d'envoyer le questionnaire par mail ou de le mettre à disposition sur leur site internet, évoquant une sur-sollicitation de leurs médecins
- Les autres Conseils départementaux n'ont pas répondu mais à la vue des réponses, certains d'entre eux ont néanmoins diffusé le questionnaire.

Enfin, un autre biais de sélection vient du fait que les médecins ayant répondu au questionnaire peuvent avoir un intérêt pour le sujet plus grand que ceux qui n'y ont pas répondu.

➤ Sur l'investigation

Le questionnaire auto-administré empêche la précision de certaines réponses. Il fallait que le questionnaire soit concis afin de ne pas avoir trop de « perdu de vue » au cours des réponses. Même si la majorité des questions sont fermées, il a pu être difficile de répondre à

certaines relatives au ressenti des médecins. Pour essayer au mieux de pallier à ces difficultés, nous avons choisi d'incorporer des échelles à support numérique puisque les médecins ont l'habitude de les utiliser avec leur patient. Notre but était de rendre « quantifiable » (et donc objectif) un ressenti subjectif.

➤ Sur l'étude

Les résultats ne donnent qu'une appréciation globale de la prise en charge non médicamenteuse des troubles anxieux par les médecins généralistes. Ils s'appuient sur des éléments subjectifs, et ne nous permettent pas de savoir si les troubles anxieux sont correctement diagnostiqués, ce qui peut concourir à un biais de mesure. Par ailleurs, nous n'avons aucune notion des médicaments (nom commercial ou DCI) utilisés dans chaque trouble, ni de la durée de prescription ni de la dose prescrite. Si cela n'était pas l'objet de l'étude, il est indéniable que la prise en charge médicamenteuse influe sur la prise en charge non médicamenteuse.

b. Les forces

➤ Le nombre de réponse

Le nombre de 344 réponses a été suffisant pour nous permettre de réaliser des analyses statistiques significatives.

➤ Son caractère national

Notre étude ne s'est pas limitée à une seule région mais à l'ensemble du territoire Français. Il s'agit de la première étude quantitative s'intéressant à la prise en charge non médicamenteuse des troubles anxieux par les médecins généralistes en France sans distinction de lieu de pratique, de formation ou de mode d'exercice. Elle permet de donner un premier aperçu des caractéristiques de cette population.

➤ Le sujet

Des études préalables sur la prise en charge médicamenteuse ont été réalisées dans l’Aisne ainsi qu’au Luxembourg. En ce qui concerne la prise en charge non médicamenteuse des troubles anxieux, la place de la TCC a été mise en avant dans une étude qualitative (92). Par ailleurs, il existe plusieurs travaux sur la place de l’Hypnose en médecine générale, mais pas spécifiquement son apport dans la prise en charge des troubles anxieux. Enfin, il existe de plus en plus de travaux de recherche sur la place des médecines alternatives et complémentaires en médecine générale, mais pas spécialement dans le cadre des troubles anxieux. Pour toutes ces raisons, notre étude se démarque par sa caractéristique quantitative et l’intégration du versant non médicamenteux dans la prise en charge des troubles anxieux.

2. CARACTERISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES DE L’ECHANTILLON

	Echantillon	National (2018)
Age moyen	<i>47,7 ans</i>	<i>50,6 ans</i>
Femmes	<i>49,1%</i>	<i>48,2%</i>
Hommes	<i>50,5%</i>	<i>51,8%</i>
Nombre de consultation par semaine	<i>108</i>	<i>110</i>
Durée d’une consultation	<i>18,2 minutes</i>	<i>17,8 minutes</i>

Tableau 8. Caractéristiques socio-professionnelles.

En 2018, le tableau de l’Ordre recense 87 801 médecins généralistes en activité régulière (93). Comparé à la population des médecins généralistes en France, notre échantillon contient des médecins plus jeunes. La féminisation des médecins en activité régulière exerçant la médecine générale est prépondérante chez ces jeunes médecins et ce fait s’illustre précisément dans notre étude puisque 63,4% des médecins de moins de 40 ans sont des femmes.

Les médecins de notre échantillon faisaient en moyenne 108 consultations par semaine de 18,2 minutes, ce qui correspond à l’étude de la DREES réalisée en 2018 qui mentionnait en moyenne 110 consultations par semaine par praticien, avec une durée moyenne d’un peu moins de 18 minutes par consultation (94). Nous pouvons remarquer que le mode d’exercice évolue puisque les médecins plus jeunes font moins de consultations par semaine (96 pour

les moins de 40 ans contre 117 pour la décennie au-dessus) comme l'explique également l'étude de Ravel et al. dans laquelle les médecins de moins de 45 ans ont un temps de travail hebdomadaire plus court, et ont plus de jours de repos par semaine (95).

3. FORMATIONS ET ALTERNATIVES NON MEDICAMENTEUSES

a. Formation initiale

Seuls 41,6% des médecins déclarent avoir eu des cours sur les troubles anxieux pendant leur formation initiale : ce sont significativement des médecins plus jeunes. Ceci pourrait être expliqué par les différentes réformes successives des études médicales avec notamment la création d'un internat de médecine générale en 2004 entraînant un allongement de la formation initiale, et l'intégration progressive des pathologies psychiatriques dans le programme du deuxième cycle. Cependant, comme l'explique une étude sur l'état actuel de la formation des internes de médecine générales en santé mentale, il y a encore un manque d'accès aux stages de psychiatrie pour les internes de médecine générale (96) alors même que les symptômes d'ordre psychologique sont au premier rang des motifs de consultation en médecine générale (2). De plus, des études ont montré que devant un trouble anxieux, des réponses thérapeutiques satisfaisantes n'étaient appliquées que dans environ 1 cas sur 4, les auteurs estimant que le manque de formation pourrait expliquer ces résultats (27).

b. Les formations continues

Au total, 31,6% des médecins de notre échantillon ont suivi une formation parmi la communication thérapeutique, l'hypnose, les thérapies brèves, la TCC, la psychanalyse, l'acupuncture et l'ostéopathie. De plus, presque 15% des médecins ont répondu avoir eu une autre formation à visée de soutien psychologique, parmi lesquelles figurent des médecines alternatives complémentaires (MAC) telles que l'homéopathie, la phytothérapie, l'Auriculothérapie scientifique, la médecine anthroposophique, la méditation pleine conscience et la cohérence cardiaque. Il est impossible de connaître le nombre exact de médecins généralistes formés pour chaque alternative que nous avons citées, l'Ordre des Médecins ne recensant que les diplômes d'acupuncture et d'ostéopathie. En France, près de 40% de la population aurait eu recours à une MAC au cours des 12 derniers mois (97) et 75

% en a déjà eu recours au moins une fois dans sa vie (6). Les troubles anxieux représentent 15,9% des indications de prise en charge par MAC soit la deuxième demande après les douleurs ostéoarticulaires (98). Concernant plus précisément les psychothérapies, 11,5% de la population y aurait recours au moins une fois dans la vie, les troubles anxieux étant le deuxième motif d'usage (derrière la dépression) (7).

➤ La communication

On constate que 12,8% des médecins de notre échantillon ont suivi une formation spécifique sur la communication. Parmi ces médecins, la moitié ont complété leur formation par : l'hypnose (32%) et d'autres thérapies brèves (16%) principalement. Ceci est expliqué par le fait que la communication est l'élément clé de ces pratiques et qu'elle est bien souvent enseignée dans ces cours, à la différence de l'acupuncture ou l'ostéopathie.

Plusieurs caractéristiques importantes du médecin généraliste sont décrites dans la définition de la médecine générale de la WONCA en 2011, dont l'établissement d'une relation médecin-patient sur le long terme grâce à une communication efficace entre le médecin et le patient (99). En 2018, l'étude de Lapidie montre que les internes ne se sentent pas suffisamment formés à la communication médecin-patient et sont favorables à une formation (100). En dépit de ces constats, la formation universitaire initiale laisse peu de place à l'acquisition des compétences en communication. Elle reste très hétérogène lors de l'internat, faisant partie pourtant des compétences à acquérir selon le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) (101).

➤ L'hypnose

Dans notre étude 9% des médecins interrogés ont reçu une formation en hypnose de 15 jours en moyenne. Il n'est pas possible de connaître le nombre exact de médecins ayant une formation en hypnose sur le territoire national, le Diplôme Universitaire ne donnant pas le droit à une qualification spécifique par l'Ordre des Médecins. En 2016 dans une thèse sur l'intégration des connaissances de l'hypnose dans la coordination des soins par 120 médecins généralistes, 15% d'entre eux étaient formés à l'hypnose, ce qui est plus élevé que dans notre échantillon (8).

Dans notre travail, un seul médecin affirme ne pas savoir ce qu'est l'hypnose. L'intérêt important pour l'hypnose chez les moins de 40 ans illustre l'évolution de l'exercice de la médecine vers l'essor des thérapeutiques alternatives et complémentaires. Les médecins sont 84% à avoir déjà proposé l'hypnose dans le cadre des troubles anxieux, dont la moitié le fait « souvent » ou « toujours ». Cependant, la place de l'hypnose dans la prise en charge des troubles anxieux est en moyenne à 5,6/10. Ce chiffre est inférieur à la place que donnent les médecins généralistes à l'hypnose dans le milieu médical en général : ceci pourrait être expliqué par le fait que les médecins estimaient que l'hypnose était surtout un apport thérapeutique dans la douleur aiguë ou chronique (8)(102).

➤ Les autres thérapies brèves

Dans notre étude, 3,8% des médecins ont fait une autre formation en thérapie brève. La fédération Française d'hypnose et de thérapie brève définit les thérapies brèves comme des pratiques dont l'atteinte des objectifs se fait rapidement, en quelques séances seulement. Il peut donc s'agir de plusieurs thérapies comme la thérapie systémique et familiale, la thérapie narrative, la thérapie orientée solution, l'HTSMA (Hypnose Thérapies Stratégiques et Mouvements Alternatifs). Nous avons classé également l'EMDR dans cette liste car elle est étudiée comme telle par l'Inserm, bien qu'elle se rapproche aussi de la TCC. Dans sa thèse d'exercice sur l'apport des thérapies brèves en médecine générale, Le Bris rapporte également que les médecins généralistes se sont tournés vers les thérapies brèves pour combler la lacune de la formation médicale initiale. Ils ont remarqué une plus forte adhésion du patient à sa thérapie, les outils utilisés étant plus adaptés (73). Cette faculté permet aussi de mieux coordonner les soins vers un correspondant étant le plus à même de pouvoir aider leur patient.

➤ La thérapie cognitivo-comportementale

Dans notre échantillon, 5,2% des médecins ont fait une formation à la TCC. Dans notre étude, 5 médecins disent qu'ils ne savent pas ce qu'est une TCC alors que Tennessel rapporte que 65% des médecins généralistes interrogés dans son étude ne connaissent pas précisément le fonctionnement de ces thérapies, les concepts techniques ou leur durée (27). En effet, c'est

une formation longue (2 à 3 ans) et coûteuse, ce qui peut être un frein pour les médecins généralistes.

La TCC est l'alternative non médicamenteuse la plus proposée dans notre étude : 87,5% des médecins interrogés l'ont déjà proposée, dont 57% le font « souvent » ou « toujours ». Ceci peut être expliqué par le fait que c'est la thérapie montrant le plus d'efficacité pour la prise en charge des troubles anxieux dans les essais cliniques relatés par la littérature (42) (44) (46) (45) (42). Cette efficacité est également mise en avant par l'Inserm dans son rapport (17). C'est pour cette raison que la HAS la recommande en première intention dans les troubles anxieux (18). En revanche, certains médecins mettent en avant l'accès difficile de cette thérapie : il existe un manque d'information sur les structures existantes et sur les praticiens de TCC. Les délais de prise en charge sont très longs (92) ceci peut s'expliquer par le fait que la TCC est principalement dispensée par des médecins psychiatres, peu nombreux.

➤ La psychanalyse

Dans notre étude, 2,3% des médecins interrogés ont suivi une formation à la psychanalyse. Si des formations privées proposent un enseignement, il est nécessaire d'avoir suivi une thérapie dynamique soi-même pour prétendre au titre de psychanalyste, ce qui explique que peu de médecins soient formés. Le nombre exact de médecins généralistes psychanalyste est inconnu en France.

La psychanalyse est la 3^{ème} alternative non médicamenteuse proposée par les médecins de notre échantillon : si 25,3% des médecins ne l'ont jamais proposée, plus de 73% y ont eu recours dans leurs propositions thérapeutiques. Ce chiffre nous paraît élevé du fait qu'il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude de bonne qualité relatant de l'efficacité de la psychothérapie dynamique dans les troubles. L'Inserm se demandait d'ailleurs dès 2004, si cette évaluation était utile tant les modalités de la pratique privilégiaient la singularité et tant il était difficile voire impossible de proposer une méthodologie qualitativement bonne (51).

➤ L'acupuncture

2,6% des médecins interrogés ont reçu une formation en acupuncture, et 1 médecin en auriculothérapie. L'acupuncture fait partie des disciplines reconnues par l'Ordre des

médecins et dont la mention peut être faite sur l'ordonnance ou sa plaque. Le rapport de la DREES en 2011 fait état de 3442 médecins généralistes acupuncteurs à partir du répertoire administratif Adeli, basé sur une information demandée sur l'exercice, soit environ 4% des médecins généralistes (81).

Dans notre étude, si 31,4% des médecins ne proposent jamais d'acupuncture, ils sont 42,1% à en proposer rarement, et 24,7% à en proposer souvent. Nos résultats s'approchent de la tendance relevée par Miet en 2018, qui affirmait que 57% des médecins généralistes pensaient que cet outil était à considérer dans le parcours de soins (103).

➤ L'ostéopathie

9% de notre échantillon est formé en ostéopathie, ce qui est bien plus élevé que le nombre théorique des médecins ostéopathes recensés sur le territoire National (2,2% des médecins généralistes) (88). Une étude réalisée en 2016 sur l'intérêt de l'ostéopathie en médecine générale retrouvait une proportion de médecin ostéopathe de 13% (104), expliquant néanmoins que seuls 7% d'entre eux avaient fait un DU, les autres ayant une autre formation sans préciser laquelle. Les différences observées avec les chiffres nationaux pourraient donc être expliquées par le fait que seules les formations diplômantes sont comptabilisées par les syndicats, et également par le biais de sélection imposé par la méthode du questionnaire sur la base du volontariat : les médecins y répondant peuvent-être plus intéressés par le sujet.

L'ostéopathie est l'alternative la moins évoquée par les médecins dans le cadre des troubles anxieux. Ceci peut être expliqué par le fait qu'il n'existe que très peu d'étude relatant de l'efficacité de l'ostéopathie sur les troubles anxieux à notre connaissance. En 2014, il existait une différence significative de satisfaction corporelle et de perception globale de soi entre le groupe ayant reçu des manipulations ostéopathiques et le groupe contrôle (pas d'intervention), mais elle ne traitait pas spécifiquement des troubles anxieux (105). Pourtant, l'anxiété représenterait environ 2,4% des motifs de consultation d'un ostéopathe : c'est une indication retenue par le syndicat français des ostéopathes et la formation en ostéopathie comprends des cours théoriques sur l'anxiété et sa prise en charge par les ostéopathes (106). Alors que la pratique de l'ostéopathie est de plus en plus encadrée avec une demande de plus en plus importante (26 000 000 consultations en 2015) (89), les grands aspects de sa pratique ne sont nullement abordés durant les études de médecine. Pourtant, 65% des médecins

généralistes de France pensent que les connaissances en ostéopathie sont nécessaires à la bonne pratique de la médecine générale (104), 94.6% des internes et 57% des médecins généralistes étaient favorables à la mise en place d'une formation sur l'ostéopathie pendant l'internat (108) (104). Cette formation pourrait apporter les connaissances nécessaires au médecin généraliste pour orienter de manière plus coordonnée et juste les patients vers un ostéopathe.

c. Difficultés à proposer des alternatives non médicamenteuses

Dans le cadre des troubles anxieux, les difficultés sont similaires à celles déjà constatées dans de nombreux travaux de thèse ciblés sur des médecines alternatives spécifiques (Hypnose, Acupuncture ou TCC) (109) (110). Si la HAS souligne le rôle symbolique de la prescription médicamenteuse (111), il existe d'autres difficultés :

➤ Difficultés de coordination

Plusieurs médecins de notre étude ont affirmé ne pas savoir à qui adresser. C'est également ce que met en avant Dieulouard pour qui 70% des médecins généralistes ne savaient pas à quel hypnothérapeute adresser. En effet, bien souvent les médecins généralistes ne disposent pas de liste de praticien (8). On observe le même constat pour l'acupuncture (103). En ce qui concerne la TCC, les difficultés de coordination sont plus liées au délai souvent long pour y avoir accès et à la faible communication avec le psychiatre qui donne au médecin généraliste le sentiment d'être exclu de la prise en charge du patient (92). De plus, le praticien réalisant cette alternative est souvent un psychiatre, ce qui peut être un frein pour le patient qui ne souhaite pas toujours faire cette démarche.

➤ Méconnaissance de la pratique

Dans notre étude, 28% des médecins affirmaient manquer de connaissance pour une alternative non médicamenteuse, et ceci était une des raisons de leur malaisance pour prendre en charge les troubles anxieux. Tous les travaux sur les pratiques alternatives mettent en avant le fait que les médecins généralistes ou les internes sont demandeurs d'information ou de formation sur ces pratiques, et ce quelle que soit l'alternative concernée (98).

➤ Doutes sur les compétences des praticiens

De même, reviennent souvent des doutes sur les compétences des praticiens : le « charlatanisme » est l'un des effets négatifs sur la perception et l'appropriation des alternatives non médicamenteuses par le médecin généraliste (6). La disparité des formations peut être une des raisons de ces doutes : dans notre étude, l'hypnose par exemple a une durée de formation très variable, entre une soirée et plus de 36 jours. Cette disparité est également évoquée dans le cadre de l'acupuncture (112).

➤ Coût de la prise en charge

La difficulté liée au coût de la prise en charge de l'alternative est également récurrente dans notre étude. L'hypnose, l'acupuncture et l'ostéopathie font partie des pratiques couvertes par la plupart des complémentaires santé sous la forme d'un forfait annuel ou d'un remboursement par séance dont le nombre varie en fonction du contrat établi (113). A noter qu'il existe bien un acte coté ANRP001 correspondant à une séance d'hypnose à visée antalgique d'une valeur de zéro euro. De même, l'assurance maladie rembourse 70% d'une séance d'acupuncture sur une base de 18 euros (cotation en médecine générale : QZRB001), pour 4 indications dont le syndrome anxiodépressif. Malgré cela, les contraintes financières restent au premier plan pour adresser un patient vers un praticien d'acupuncture (103). Pour la TCC, l'absence de remboursement quand celle-ci est pratiquée par un psychologue, ou l'absence de cotation spécifique pour le médecin généraliste est un frein à la proposition, les délais pour adresser vers un médecin psychiatre étant souvent longs.

➤ Manque de preuve d'efficacité

Dans notre étude, 6% des médecins ne croyaient pas que l'hypnose puisse être efficace pour les troubles anxieux, et 8% craignaient un manque de crédibilité auprès des patients. Il est possible que les médecins généralistes craignent de perdre la confiance de leur patient en leur proposant ces alternatives en raison d'un défaut de preuves scientifiques dans la littérature. Si nous avons étudié le cas de l'hypnose, le même constat existe pour

l'acupuncture (103), ainsi que dans le domaine de l'ostéopathie où 58% des médecins estimaient que cette raison était un frein à la proposition (114).

4. LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ANXIEUX

a. Aisance

Dans notre étude, la médiane d'aisance est à 7/10. La comparaison directe avec d'autres études n'est pas possible puisque nous avons fait le choix d'une échelle à support numérique et non sémantique. Une échelle à support numérique nous paraissait plus appropriée plus évaluer le ressenti des médecins avec plus de précision, et facile d'utilisation car les médecins utilisent parfois cette échelle pour évaluer leur patient. Néanmoins, dans l'étude de Pull, 30% des médecins se disaient toujours à l'aise et 70% avouaient ne pas toujours se sentir à l'aise dans cette prise en charge (91). Ce rapport 30-70% est similaire à celui retrouvé dans notre étude. Les médecins plus âgés se sentent plus à l'aise pour prendre en charge cette pathologie ($p < 0,0001$), ce qui est cohérent puisque 78,2% de notre échantillon estime que l'expérience est leur principale source de connaissance. C'est ce que constatait également Regnier dans son travail dans lequel les médecins interrogés faisaient part de l'importance de l'expérience (92).

b. Difficultés de prise en charge

97,4% des médecins pensent être déjà arrivés au bout de leurs possibilités thérapeutiques dans le cadre des troubles anxieux, les médecins plus âgés se retrouvant moins souvent dans cette situation. Une étude de 2002 révélait que plus de 30% des médecins généralistes évoquaient cette difficulté plus de 10 fois par an et 35% entre 6 à 10 fois par an (102).

La raison principale évoquée par les médecins était le manque de temps. Ceci s'explique tout d'abord par l'importance des « motifs prétextes » en médecine générale. Alain Vallée, psychiatre et formateur d'hypnose et de thérapies brèves, l'exprime ainsi : « *pour intéresser un thérapeute, il vaut mieux raconter sa vie, pour intéresser le médecin généraliste, il vaut mieux aller mal physiquement* » (71). En effet, de nombreux patients souffrant de troubles anxieux se présentent avec une plainte somatique qu'il faut savoir déceler comme « motif

prétexte ». Or, pour amorcer un processus de changement, il faut d'abord que le patient ait une posture dite de « client » afin qu'il s'approprie la demande de changement et le changement lui-même. Cette posture s'établit par différents moyens, surtout grâce à une relation de confiance qui lie le patient et son médecin, mais aussi par des recadrages et des changements de perception qui prennent du temps (69). De plus, dans son enquête sur le ressenti des patients sur la non-prescription médicamenteuse, Fréville montre qu'une consultation longue sur une problématique d'ordre psychologique est assimilée par le patient à une séance de psychothérapie et un sentiment de meilleure prise en compte du problème par le médecin (115).

Il est intéressant de noter que la deuxième cause de difficulté à prendre en charge les troubles anxieux est le manque de connaissance pour une alternative non médicamenteuse. Fréville retrouvait que l'absence de proposition autre qu'un traitement médicamenteux était ressenti par le patient comme de l'indifférence de la part du médecin (115). Une autre enquête révèle que les internes de médecine générale évaluent leur connaissance des médecines alternatives et complémentaires à 0,97/5 (116).

c. Effets des formations sur la prise en charge des troubles anxieux

➤ Concernant l'aisance

De manière générale, les médecins ayant bénéficié d'une formation complémentaire (toutes formations confondues) sont en moyenne plus à l'aise pour prendre en charge les troubles anxieux. Comparé aux médecins non formés, l'aisance est significativement majorée chez les médecins formés en hypnose et à la communication. On observe également une majoration de l'aisance pour la TCC, les autres thérapies brèves, la psychanalyse et l'acupuncture mais celle-ci n'est pas significative. L'absence de significativité pourrait être liée à un effectif trop faible pour considérer chaque formation indépendamment. En ce qui concerne l'ostéopathie, nous ne retrouvons pas de différence significative malgré un effectif plus important.

La formation en psychothérapie apporte, en plus d'outils techniques, des outils communicationnels et relationnels à la différence de la formation en ostéopathie qui est plus

axée sur l'apprentissage des manœuvres ostéopathiques. Cependant, si les formations permettent d'envisager une stratégie devant une plainte ou un symptôme psychique, elles n'apportent pas de réponse directe au problème mais permettent au patient d'être plus disposé à entrevoir une solution. La confiance qu'à le médecin dans son outil est importante, car c'est ce qui va améliorer la relation d'alliance avec le patient. Dans tous les cas, la solution doit venir du patient pour qu'il puisse se l'approprier, et il pourra le faire avec l'aide du médecin. On comprend alors que l'entretien entre le patient et son médecin est lié à de multiples paramètres dont tous ne peuvent être contrôlés par l'apport d'une formation plus « technique ».

Également, plus le médecin est âgé, plus il se sent compétent pour prendre en charge ses patients souffrant de troubles anxieux. De ce constat se rapproche l'étude de Regnier dans laquelle, pour la plupart des médecins interrogés sur leur prise en charge des troubles anxieux, l'expérience supplée la formation par un mode de fonctionnement mnésique analogique : une situation déjà rencontrée influence les prises en charge ultérieures (92).

➤ Concernant la prescription médicamenteuse

Les médecins formés spécifiquement à une alternative non médicamenteuse estiment prescrire moins de traitement médicamenteux ($p=0,005$), notamment les praticiens formés en hypnose, communication et thérapies brèves. Il s'agit d'une estimation par les médecins eux même, et donc le risque de biais de déclaration existe. Cet effet sur la diminution des prescriptions médicamenteuses est souvent mis en avant dans la littérature (73) (109). A l'évidence des études de fort niveau de preuve sont difficiles à établir (pas d'aveugle possible, groupe contrôle ou placebo difficile...), mais l'étude de Geoffrion en 2016 de type avant-après hypnose pour des troubles anxiodépressifs (72% de troubles anxieux) montre que l'hypnose permet d'améliorer la consommation de benzodiazépines et molécules apparentés dans 71% des cas (42% d'arrêt et 29% de diminution à 6 mois)(78). De même, les médecins généralistes interrogés par Le Bris affirmaient, comme dans notre étude, que leur formation en thérapies brèves avait changé la qualité et la quantité de leurs prescriptions médicamenteuses, devenant moins systématiques et plus réfléchies. Le discours qui accompagnait les prescriptions était différent, avec un langage plus positif. Ainsi, la prescription d'anxiolytique avait diminué, car la co-construction de la prise en charge était

jugée plus rapidement efficace (73). De même, dans une étude de 2018 (103) les médecins généralistes interrogés pensaient que l'acupuncture pouvait réduire la consommation de médicaments (somnifères, antalgiques, antidépresseurs), ce que confirmaient les patients interrogés (117).

5. BESOINS DE FORMATION

Notre étude retrouve un besoin de formation supplémentaire pour être plus à l'aise dans la prise en charge non médicamenteuse des troubles anxieux pour 66,9% des médecins interrogés. Par ailleurs, la majorité des médecins souhaitant se former ne savent pas où obtenir les informations nécessaires. En 2016, Dermigny mettaient en évidence des attentes de formation des internes de médecine générale sur les thérapies complémentaires : 92 % des internes souhaitaient bénéficier de formations sur les thérapies complémentaires pendant l'internat quel que soit l'a priori favorable ou défavorable qu'ils pouvaient avoir sur ces thérapies (116). Dès 2011, la HAS soulignait l'insuffisance de formation sur les alternatives non médicamenteuses des professionnels de santé, et deux ans plus tard, l'Académie Nationale de Médecine émettait la recommandation que les thérapies complémentaires soient enseignées dès les études de médecine « en donnant aux étudiants des éléments de réflexion argumentés sur les résultats, les limites et les dangers des thérapies complémentaires » (118). C'est en ce sens qu'a été créé en 2017 le Collège Universitaire Interdisciplinaire de Médecine Intégrative et Thérapies Complémentaires (CUMIC) qui a pour but de faire respecter ces recommandations en promouvant les enseignements et la recherche sur cette thématique.

6. PROPOSITIONS

a. Sur la formation

Ainsi, un médecin sur deux place son aisance en dessous de 7/10, et la plus grande majorité d'entre eux souhaite une formation supplémentaire. Ces résultats concordent avec d'autres études concluant que les médecins et les internes de médecine générales sont en faveur de l'intégration de formations sur les alternatives non médicamenteuses au sein des études de médecine. D'autant plus que les effets secondaires des traitements médicamenteux utilisés dans ce cadre sont bien connus et mis en avant. C'est en ce sens que depuis 2017, des UE

libres et optionnels sont proposées pendant l'externat, comme par exemple l'UE « médecine intégrative et complémentaire » avec des ateliers pratiques pour assurer leur intégration au sein du parcours de soins. Également, pendant l'Internat, à Nantes par exemple, il existe un séminaire optionnel « Communication » sur deux jours. En plus de ces dispositions, il nous semblerait bon de proposer également un séminaire sur les Médecines intégratives et complémentaires lors des stages ambulatoires, et de sensibiliser les MSU afin que les futurs médecins aient des informations plus homogènes sur ces alternatives à intégrer au mieux dans leur pratique. Aussi, il pourrait être bénéfique de fournir aux médecins généralistes un petit guide sur l'entretien conversationnel avec le patient et des outils de thérapies cognitives et comportementales pour les troubles anxieux. De même, il existe des programmes de iTCC disponibles sur internet ayant été testés et approuvés (48), à conseiller pour la pratique en médecine générale. Ceux-ci n'ont pas pour but de remplacer un thérapeute formé, mais de fournir des outils en attendant d'avoir accès à un thérapeute si le problème persiste.

b. Sur le remboursement de ces alternatives

Une autre difficulté mise en lumière par les médecins généralistes est la question du coût des thérapeutiques non médicamenteuses. En effet, pour le moment, seules les alternatives dispensées par les psychiatres ou les médecins généralistes sont remboursés par l'Assurance maladie (sauf pour l'acupuncture où il existe un remboursement sur une base de 18 euros). Le remboursement des consultations avec un psychologue même si celui-ci ne fait pas partie d'une structure de soins, permettrait une prise en charge spécialisée plus rapide et adaptée au patient lorsque le médecin généraliste considère qu'il arrive au bout de ses possibilités. Notons que les psychothérapies sont intégralement remboursées par les caisses d'assurances maladies dans d'autres pays Européens: en Allemagne, Suède, Suisse quel que soit le thérapeute ; et en Finlande si elle est prescrite par le médecin traitant (37).

c. Sur la rémunération des Médecins

Le mode de rémunération d'un médecin généraliste n'est pas adapté pour qu'il puisse pratiquer toutes ces alternatives. La mise en place de thérapeutiques non médicamenteuses tend à allonger la durée de la consultation, et est difficilement compatible avec le paiement à l'acte. Cette question n'est pas dénuée de difficulté et chaque système de rémunération

comporte ses avantages et ses inconvénients. Dans une étude, les médecins généralistes percevaient la rémunération à l'acte comme la rémunération qui comportait le moins d'inconvénient dans leur pratique quotidienne (119). Actuellement, le seul acte visant une prise en charge psychologique est l'ALQP003 pour l'évaluation d'une dépression, est limitée à une fois par an. La valorisation de la prise en charge du trouble anxieux serait intéressante au regard du temps nécessaire.

d. Sur les recherches concernant les alternatives médicamenteuses

Le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses est conditionné par la production de données scientifiques sur l'efficacité comparative et l'efficacité des stratégies non médicamenteuses. Ce cadre impose des essais cliniques de haut niveau de preuve. Or, il est évident que la méthodologie imposant les essais cliniques est fastidieuse et difficile dans le cas des alternatives non médicamenteuses (difficultés principalement liées au groupe contrôle et au double aveugle). Cependant, des études sur ces alternatives restent informatives et pourraient permettre aux médecins de construire leur opinion à ce sujet, et de promouvoir la recherche clinique pour élaborer des protocoles généralisables, à condition qu'elles soient de bonne qualité et approuvées par une instance telle que le Collège Universitaire de Médecine Intégrative et Thérapies Complémentaires.

CONCLUSION

Le médecin généraliste est en première ligne devant les troubles anxieux. Les recommandations nationales concernant le versant non médicamenteux étant imprécises, il nous paraissait intéressant d'apprécier le ressenti des médecins généralistes sur leur prise en charge non médicamenteuse des troubles anxieux. Le but secondaire était d'identifier d'éventuels besoins de formation.

Notre étude montre qu'un médecin sur deux situe son aisance à prendre en charge les troubles anxieux à moins de 7/10, le manque de temps et le manque de connaissance pour une alternative non médicamenteuse étant les raisons principales des difficultés. Les formations sur les troubles anxieux et les alternatives non médicamenteuses sont insuffisantes, alors même que les traitements médicamenteux comportent des effets secondaires importants. Pourtant, notre étude révèle qu'une formation sur les alternatives non médicamenteuses permet de diminuer l'estimation des prescriptions médicamenteuses. La formation la plus attendue est la TCC : c'est la psychothérapie de choix selon la HAS. Or, elle est difficilement accessible et peu de médecins généralistes y sont formés. Concernant l'hypnose, on remarque que ceux ayant été formés à cette pratique souhaitent continuer à se former ce qui montre que la formation semble leur être utile. En revanche, l'accès à la formation s'avère restreint, puisque 60 % des médecins ne savent pas où se former.

De nos jours, nous constatons un intérêt grandissant pour les techniques non médicamenteuses, même si le nombre de médecin formés reste minoritaire. Ces alternatives sont devenues une réalité, la demande de la part des patients ne cessant d'augmenter : leur intégration dans le paysage de la médecine de premiers recours semble nécessaire pour s'adapter à l'évolution de notre exercice et garder le dynamisme de notre profession. Cette intégration passe avant tout par l'accès aux formations et la formation des étudiants en médecine. Si notre étude met en avant le ressenti des médecins sur leur prise en charge des troubles anxieux par rapport à leur formation, il serait intéressant également d'interroger les patients sur leur ressenti personnel afin de voir s'il est en accord avec celui du médecin.

BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Report. Burden of mental and behavioural disorders. In: The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope. 2001.
2. Aubert C. Diagnostics de consultation en médecine générale établis à partir de la CISP2 sur un échantillon de médecins généralistes en Haute-Normandie. Médecine humaine et pathologie. [Thèse d'exercice]. Université de Rouen; 2012.
3. Stern É. Etude la prise en charge des troubles anxieux de l'adulte par les médecins généralistes du Saint-Quentinois. [Thèse d'exercice]. [UFR de Médecine d'Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2017.
4. Spitzer RL. Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD The PHQ Primary Care Study. JAMA. 10 nov 1999;282(18):1737.
5. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. 2017 avr p. 60 p2.
6. Noël J. L'approche des médecines alternatives et complémentaires lors du stage ambulatoire de médecine générale: le point de vue des maîtres de stage des universités [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine de Grenoble]: Université de Grenoble Alpes; 2016.
7. Kovess V, Sapinho D, Briffault X, Villamaux M. Usage des psychothérapies en France : résultats d'une enquête auprès des mutualistes de la MGEN. L'Encéphale. févr 2007;33(1):65-74.
8. Dieulouard S. Hypnose et Médecine générale. Intégration des connaissances actuelles des médecins généralistes dans la coordination des soins. [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine Henri Warembourg]: Université de Lille 2; 2016.
9. Malphettes E. Prise en charge de l'attaque de panique aux urgences. [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine]: Université de Nantes; 2006.
10. Graziani P. Les modèles cognitifs de l'anxiété. In: Anxiété et troubles anxieux. Armand Colin; 2008. p. 128.
11. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Springer-Verlag; 2013. 765 p.
12. Van Rillaer J. Trouble panique, agoraphobie et phobies spécifiques. In: Les psychothérapies : approche plurielle [Internet]. Elsevier; 2009 [cité 12 avr 2020]. p. 187-200. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294704932500254>
13. Wiart Y, Rouëssé J. Stress et cancer: La vision de la théorie de l'attachement. De Boeck Supérieur; 2014. 227 p.

14. Shin LM, McNally RJ, Kosslyn SM, Thompson WL, Rauch SL, Alpert NM, et al. A positron emission tomographic study of symptom provocation in PTSD. *Ann N Acad.* 1997;
15. Mezzasalma MA, Valenca AM, Lopes FL, Nascimento I, Zin WA, Nardi AE. [Neuroanatomy of panic disorder. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;
16. Mermillod M, Auxiette C, Chambres P, Mondillon L, Galland F, Jalenques I, et al. Contraintes perceptives et temporelles dans l'exploration du modèle de Ledoux. *L'Année Psychol.* 2011;Vol. 111(3):465-79.
17. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Approche cognitivo-comportementale. In: *Psychothérapie Trois approches évaluées Rapport.* Paris: Les Editions Inserm; 2004. p. 169-255.
18. HAS. Affections psychiatriques de longue durée Troubles anxieux graves [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2007 [cité 19 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_556489/fr/ald-n23-troubles-anxieux-graves
19. Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger J-P, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. *L'Encéphale.* déc 2009;35(6):560-9.
20. Salkovskis PM, Wroe AL, Gledhill A, Morrison N, Forrester E, Richards C, et al. Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1 avr 2000;38(4):347-72.
21. Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement. Descriptions Cliniques et Directives pour le Diagnostic (1993) et Critères Diagnostiques pour la Recherche (1994). Traduction de l'anglais coordonnée par CB Pull. Masson, Paris, 1993 et 1994.
22. DSM-5 : la traduction française est disponible [Internet]. Psychomédia. [cité 2 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2015-05-10/traduction-francaise>
23. Collège Nationale des Universitaires en Psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Les troubles psychiatriques à tous les âges. In: *Référentiel de psychiatrie et addictologie.* Presses Universitaires François Rabelais; 2014. p. 155-322. (L'officiel ECN).
24. Reinhold J, Mandos L, Rickels K, Lohoff F. Pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. *Expert Opin Pharmacother.* 28 sept 2011;12:2457-67.
25. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances. Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2012. 22 p.
26. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. 2017 avr p. 60. p25.

27. Tennesse M. Thérapies cognitivo-comportementales et médecine de ville: apports des concepts et techniques T.C.C. pour le médecin généraliste [Thèse d'Etat]. Université de Toulouse Jean Jaurès; 2015.
28. Bontoux D, Couturier D, Menkès C-J, Allilaire MMJ-F, Duboussset J, Bontoux D, et al. Thérapies complémentaires — acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi — leur place parmi les ressources de soins. Bull Académie Natl Médecine. mars 2013;197(3):717-57.
29. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Données générales sur l'évaluation de l'efficacité. In: Psychothérapie Trois approches évaluées Rapport. Paris: Les Editions Inserm; 2004. p. 2-46.
30. Collège de la Médecine Générale. La psychothérapie en médecine générale. <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/07/Psychotherapie-en-MG-2019.pdf>. 2019.
31. Nardone G, Watzlawick P. L'art du changement. L'esprit du temps; 1993. 219 p.
32. National Center for Complementary and Alternative Medicine. Complementary, alternative, or integrative Health : What's In a Name ? [Internet]. [cité 12 oct 2015]. Disponible sur : <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>.
33. Organisation mondiale de la santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. 2013. 72; p15 p.
34. Ordre des médecins. Quelle place pour les médecines complémentaires- Webzine n°3 [Internet]. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/webzine/2015-07/www/index.html#/intro>
35. Kotsou I, Heeren A, Wilson KG. Pleine conscience et acceptation: les thérapies de la troisième vague. Bruxelles: De Boeck; 2011.
36. Denis H. Le traitement des phobies spécifiques en thérapie cognitive et comportementale. *Enfances Psy*. 2014;65(4):106.
37. Morgan LPK, Graham JR, Hayes-Skelton SA, Orsillo SM, Roemer L. Relationships between amount of post-intervention mindfulness practice and follow-up outcome variables in an acceptance-based behavior therapy for Generalized Anxiety Disorder: The importance of informal practice. *J Context Behav Sci*. juill 2014;3(3):173-8.
38. Weinstein N, Brown KW, Ryan RM. A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *J Res Personal*. juin 2009;43(3):374-85.
39. Seligman MEP, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *Am Psychol*. 2005;60(5):410-21.
40. Chaloult L, Goulet J, Ngô T-L. La relaxation positive de Jacobson [Internet]. 2016 [cité 14 mars 2020]. Disponible sur:

<https://tccmontreal.files.wordpress.com/2016/03/la-relaxation-progressive-de-jacobson.pdf>

41. N. Girault, A. Pélissolo. L'approche psychologique des troubles anxieux : information, soutien et psychothérapies. *Ann Méd Psychol* 161 2003 260–264.
42. Norton PJ, Price EC. A Meta-Analytic Review of Adult Cognitive-Behavioral Treatment Outcome Across the Anxiety Disorders: *J Nerv Ment Dis.* juin 2007;195(6):521-31.
43. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Données des trois approches. In: *Psychothérapie Trois approches évaluées Rapport*. Paris: Les Editions Inserm; 2004. p. 380-474.
44. Bandelow B, Seidler-Brandler U, Becker A, Wedekind D, Rüter E. Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders. *World J Biol Psychiatry Off J World Fed Soc Biol Psychiatry.* 2007;8(3):175-187.
45. Otte C. Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: Current state of the evidence. *Dialogues Clin Neurosci.* 4 déc 2011;13:413-21.
46. Hunot V, Churchill R, Teixeira V, Silva de Lima M. Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Common Mental Disorders Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 24 janv 2007 [cité 19 mars 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001848.pub4>
47. DU de TCC en France [Internet]. [cité 4 avr 2020]. Disponible sur: <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/les-du-en-tcc.html>
48. Haultcoeur L. La place des iTCC, ou thérapies par internet, dans la prise en charge des troubles anxieux. *Revue de littérature et étude de faisabilité du programme Serenactif. [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine Henri Warembourg]: Université du droit et de la santé Lille 2;* 2014.
49. Bouvet M. *La cure psychanalytique classique*. Paris, France: PressesUniversitaires de France; 2007. 322 p. page 25.
50. Freud S. *La technique psychanalytique* Paris, France: Presses Universitaires de France.; 2007. 192 p.
51. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Approche psychodynamique. In: *Psychothérapie Trois approches évaluées Rapport*. Paris: Les Editions Inserm; 2004. p. 48-165.
52. Albert S. Les conditions de l'angoisse [Internet]. Disponible sur: <https://www.lacan-universite.fr/les-conditions-de-langoissee/>
53. Currat T, Despland J-N. Existe-t-il une approche d'inspiration psychanalytique spécifiquement adaptée aux troubles anxieux? *Santé Ment Au Qué.* 18 août 2004;29(1):81-92.

54. Ferrari P, Speranza M, Raynaud JP. Actualités en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris: Flammarion; 2001.
55. Milrod B, Busch F, Leon AC, Aronson A, Roiphe J, Rudden M, et al. A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *J Psychother Pract Res* 2001;10(4):239-45.
56. Crits-Christoph P, Gibbons MBC, Narducci J, Schamberger M, Gallop R. Interpersonal Problems and the Outcome of Interpersonally Oriented Psychodynamic Treatment of GAD. *Psychother Theory Res Pract Train*. 2005;42(2):211-24.
57. Prades P. L'efficacité des thérapies « psychodynamiques » : une validation empirique de la psychanalyse ? *Rev MAUSS*. 2011;38(2):51.
58. Bateson G. Naven. Stanford: Stanford University Press; 1958.
59. Haley J. Hypnosis and Therapie. Floride: Grunne and Straton; 1967.
60. Haley J. Un thérapeute hors du commun: Milton H.Erickson. 1995^e éd. Paris: Desclée de Brouwer; 1973.
61. Nardone, Watzlawick, Von Glaserfeld. La construction de la connaissance. In: *Stratégie de la thérapie brève*. Points. 2015. p. 34-48. (Points Essais).
62. Nardone G. *Peur Panique Phobie*. L'Esprit du temps. 2002. 364 pages.
63. Erickson MH. *L'hypnose thérapeutique*. 3e éd (1 août 1986). ESF Editeur; 1986. 204 p. (Sciences humaines appliquées).
64. Nardone G, Watzlawick P. *Eléments de langage*. In: *Stratégie de la thérapie brève*. Points. 2015. p. 94-113. (Points Essais).
65. Nardone G, Watzlawick P, Wainstein. *L'influence du constructivisme sur la thérapie brève*. In: *Stratégie de la thérapie brève*. Points. 2015. p. 49-59. (Points Essais).
66. GROSS L. *Autonomie relationnelle*. Dr Julien Betbèze [Internet]. *Hypnose Ericksonienne, thérapie brève, EMDR à Paris, Marseille dans le reste du Monde*. [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: https://www.hypnose-therapie-breve.org/Autonomie-relationnelle-Dr-Julien-Betbeze_a242.html
67. Kerouac. *Métaphore avec ou sans hypnose: Manuel de communication métaphorique: métaphores et contes populaires, pédagogiques et thérapeutiques*. 2016.
68. Martineau W. *Métaphores thérapeutiques* [notes fournies dans le cours: DU de Communication Thérapeutique], Université de Nantes, Nantes. 2019.
69. Nardone G, Watzlawick P. *La technique psychothérapeutique du recadrage*. In: *Stratégie de la thérapie brève*. Points. 2015. p. 145-54. (Points Essais).
70. De Shazer S. *The miracle question*. 2000;2.

71. Vallee A. Manuel Pratique de thérapie Orientée Solution. Ed Satas. 2017. 459 p.
72. Doutrelugne Y. La créativité du patient face à l'immobilité du thérapeute, Revue Hypnose & Thérapies Brèves, Hors-Série n°2 2007 : 24-26.
73. Le Bris L, Vanwassenhove L. Apport des thérapies brèves dans la pratique quotidienne en Médecine Générale [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine]: Université de Nantes; 2011.
74. Elofsson UOE, von Schèele B, Theorell T, Söndergaard HP. Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing. *J Anxiety Disord.* 1 mai 2008;22(4):622-34.
75. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. 2015 p. :138.
76. Pelissolo A. L'hypnose dans les troubles anxieux et phobiques : revue des études cliniques. *Presse Médicale.* mars 2016;45(3):284-90.
77. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. 2015 p. :40.
78. Geoffrion J. Influence de l'hypnose éricksonienne sur la consommation en benzodiazépines et molécules apparentées chez des patients en Ille-et-Vilaine et Côtes d'Armor. [Thèse d'exercice]. [Université de Rennes 1]: Université Bretagne Loire; 2016.
79. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Barry C, Seegers V, Gueguen J, Hassler C, Ali A, et al. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture. 2014;:33.
80. De Gendt T, Desomer A, Goossens M, Hanquet G, Léonard C, Mertens R, Piérart J, Robays J, Roberfroid D, Schmitz O, Van den Bruel A, Vinck I, Kohn L. Etat des lieux de l'acupuncture en Belgique - Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre federal d'expertise des soins de santé (KCE). 2011. KCE Reports 153B. D/2011/10.273/09.
81. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les médecins au 1er janvier 2011 [Internet]. 2011 mai p. 137. Report No.: 157. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat157-2.pdf>
82. Amorim D, Amado J, Brito I, Fiuza SM, Amorim N, Costeira C, et al. Acupuncture and electroacupuncture for anxiety disorders: A systematic review of the clinical research. *Complement Ther Clin Pract.* mai 2018;31:31-7.
83. Vieira A, Hinzmann M, Silva K, Santos MJ, Machado J. Clinical effect of auricular acupuncture in anxiety levels of students prior to the exams: A randomized controlled trial. *Eur J Integr Med.* juin 2018;20:188-92.
84. Crocker RL, Hurwitz JT, Grizzle AJ, Abraham I, Rehfeld R, Horwitz R, et al. Real-World Evidence from the Integrative Medicine Primary Care Trial (IMPACT):

- Assessing Patient-Reported Outcomes at Baseline and 12-Month Follow-Up. *Evid Based Complement Alternat Med.* 26 juin 2019;2019:1-9.
85. Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. :194.
 86. Dugailly P-M, Fassin S, Maroye L, Evers L, Klein P, Feipel V. Effect of a general osteopathic treatment on body satisfaction, global self perception and anxiety: A randomized trial in asymptomatic female students. *Int J Osteopath Med.* juin 2014;17(2):94-101.
 87. Dubois T, Berthiller J, Do JN, Brière F, Chardigny S, Coatmellec J, et al. Pas bon Etude MOST - Etude des Motifs de consultation en OSTéopathie. :1.
 88. Rodet N. Démographie en osteopathie. [Internet]. 2017 [cité 17 mars 2020]. Disponible sur: <https://oosteo.com/blog/2017/03/etat-des-lieux-de-losteopathie-en-2017/>
 89. Syndicat Français des Ostéopathes. La démographie des ostéopathes en France [Internet]. 2016 [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathie-france>
 90. Organisation mondiale de la santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. 2013.
 91. Pull L. Etude de la prise en charge des troubles anxieux par les médecins généralistes au Luxembourg. [[Thèse]]. [Paris VI]: Université Pierre et Marie Curie; 2009.
 92. Regnier A. Evaluer la représentation et la connaissance es thérapies comportementales et cognitives par le généraliste dans la prise en charge des troubles anxieux. [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine de Nancy]: Université de Lorraine; 2014.
 93. Conseil national de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. [Internet]. 2018 [cité 18 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
 94. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Jakoubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes. *Etudes Résultats.* mars 2012;(797):8.
 95. Hu FM, Ravel C, Verger C, Caubet A, Garlantezec R, Myhié D. Organisation du temps de travail en médecine générale: Etude transversale menée auprès des médecins généralistes libéraux et mixtes en Ille et Vilain. [Thèse d'exercice]. [Université de Rennes 1]: Université Bretagne Loire; 2016.
 96. Fovet T, Amad A, Geoffroy, PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *Inf Psychiatr.* 2014;90(5):319.
 97. Gueguen J. Juliette Gueguen. Evaluation des médecines complémentaires: quels compléments aux essais contrôlés randomisés et aux méta-analyses?. Santé publique et épidémiologie. Université Paris-Saclay, 2017. Français. NNT: 2017SACLS072.

98. Mayer-Lévy C. Recours aux Médecines Complémentaires et Alternatives parmi les patients de Médecine Générale à Paris. [Internet]. [Faculté de Médecine Paris Descartes]: Université Paris Descartes; 2010. Disponible sur: <https://docplayer.fr/11013229-Recours-aux-medecines-complementaires-et-alternatives-parmi-les-patients-de-medecine-generale-a-paris.html>
99. WONCA Europe, Allen DJ, Heyrman PJ. Les définitions Européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. 2002 p. 52.
100. Larapidie C. Évaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient. [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine]: Université de Toulouse III- Paul Sabatier; 2018.
101. Présentation du D.E.S [Internet]. [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
102. Roggiani W. Intérêt et connaissances des médecins généralistes et internistes du canton de Genève pour l'hypnose médicale [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine]: Université de Genève; 2002.
103. Miet F. Place de l'acupuncture dans la prise en charge des patients en médecine générale: étude qualitative menée auprès des médecins traitant dans la région Toulonnaise [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine de Marseille]: Université Aix Marseille; 2018.
104. Mortelecque B. Ressenti des médecins généralistes de France sur la nécessité d'acquérir des compétences diagnostiques ostéopathiques pour une bonne pratique de la médecine générale. [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine Henri Warembourg]: Université du droit et de la santé Lille 2; 2016.
105. Dugailly P-M, Fassin S, Maroye L, Evers L, Klein P, Feipel V. Effect of a general osteopathic treatment on body satisfaction, global self perception and anxiety: A randomized trial in asymptomatic female students. *Int J Osteopath Med.* juin 2014;17(2):94-101.
106. Dubois T, Berthiller J, Do JN, Brière F, Chardigny S, Coatmellec J, et al. Etude MOST - Etude des Motifs de consultation en OSTéopathie [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.afosteo.org/wp-content/uploads/2015/08/Etude-MOST.pdf>
108. Mignon Le Vaillant C. Ostéopathie et Lombalgie aiguë commune : Connaissances et intérêt des internes de médecine générale en Midi-Pyrénées. [Faculté de Médecine]: Université de Toulouse III- Paul Sabatier; 2016.
109. Terrat J. Pratique de l'hypnose en médecine générale: enquête descriptive auprès de 41 médecins généralistes en France [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine Paris Descartes]: Université Paris Descartes; 2016.
110. Gallet E, Choutet PP, Ginies PG, Lansac PJ, Maurage PC, Pourcelot PL, et al. Indication et pratique de l'hypnose médicale, en médecine générale: enquête de

- pratique chez des médecins généralistes formés à l'hypnose médicale. [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine de Tours]: Université François-Rabelais; 2011.
111. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. 2011 avr [cité 13 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees
 112. Poupardin C. Le recours des médecins généralistes à la médecine manuelle-ostéopathie. État des lieux dans les départements de l'Eure et Seine-Maritime [Thèse d'exercice]. Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen; 2017.
 113. France Assos Santé. Comment sont prises en charge les medecines complementaires ou alternatives ? [Internet]. 2018 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.france-assos-sante.org/2018/05/31/comment-sont-prises-en-charge-les-medecines-complementaires-ou-alternatives/>
 114. Dupré-Vignaud P. Les facteurs influençant la prescription et la pratique de l'ostéopathie: enquête auprès des médecins généralistes de la région Parisienne. [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie]: Université Pierre et Marie Curie Paris VI; 2017.
 115. Freville A, Poucet-Mathieu D, Puech M. La non-prescription médicamenteuse en médecine générale: le vécu des patients ayant consulté pour syndrome anxio-dépressif ou insomnie : recherche qualitative par entretien semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France]: Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2016.
 116. Dermigny A. Internes de médecine générale et médecines alternatives et complémentaires : enquête nationale quantitative sur leurs connaissances, perceptions et attentes de formation au cours du troisième cycle. Université du droit et de la santé (Lille ; 1969-2017).; 2016.
 117. Triadou P. Enquête sur la pratique et les représentations de l'acupuncture en France aujourd'hui. [Internet]. 2005. Disponible sur: <https://acupuncture-medic.fr/wp-content/uploads/2018/09/30-Enqu%C3%AAte-sur-la-pratique-et-les-repr%C3%A9sentations-de-lacupuncture-en-France-aujourd'hui-P-TRIADOU.pdf>
 118. Nizard J, Kopferschmitt J. Collège Universitaire Interdisciplinaire de Médecine Intégrative et Thérapies Complémentaires (CUMIC). HEGEL - HEpato-GastroEntérologie Libérale [Internet]. 2017 [cité 5 déc 2019];(4). Disponible sur: <http://hdl.handle.net/2042/63787>
 119. Messein N. Modes et niveaux de rémunération des médecins généralistes: opinions des omnipraticiens et des patients lorrains. Une double approche qualitative et quantitative [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine de Nancy]: Université de Lorraine; 2012.

ANNEXES

Annexe 1 : Le questionnaire

1. Quel est votre âge ?

2. Quel est votre sexe?

Féminin Masculin

3. Etes-vous Médecin généraliste :

- Installé
 Remplaçant

4. Dans quel département êtes-vous installé?

- Ain
 ...

5. Depuis combien d'années exercez-vous la Médecine générale ?

6. Combien de consultations de Médecine générale effectuez-vous par semaine en moyenne?

7. Quelle est la durée moyenne de vos consultations ?

- < 10 minutes
 10 minutes
 15 minutes
 20 minutes
 25 minutes
 30 minutes
 40 minutes
 > 40 minutes

8. Avez-vous reçu une formation complémentaire dans les domaines suivants ? [réponses en mode aléatoire]

- Hypnose
Communication thérapeutique
Autres thérapies brèves (EMDR, HTSMA, thérapie narrative, solutionnisme...)
Psychanalyse
Thérapie cognitivo-comportementale
Acupuncture
Médecine manuelle ou osteopathie
Non, dans aucun des domaines cités ci-dessus

9. Si vous avez reçu une autre formation à visée de soutien psycho thérapeutique, vous pouvez la noter ici:

10. Lors de vos études de médecine, vous souvenez-vous avoir eu des cours spécifiques sur les troubles anxieux ?

OUI NON

11. D'où tenez-vous les connaissances que vous utilisez pour prendre en charge les troubles anxieux ?

- Revue de médecine
- Formation médicale continue
- Livres de médecine
- Mon expérience personnelle
- DU/ DIU
- Congrès
- Internet
- Recommandations de bonnes pratiques
- Groupes de pairs
- Cours pendant mes études
- Formations par des organismes privés
- Autre : _____

12. Si vous avez reçu une formation à l'hypnose ou aux thérapies brèves, combien de temps a-t-elle duré ?

(par exemple, si votre formation s'est étalée sur 1 an, à raison de 4 sessions de 3 jours, notez "12 jours")

13. Vous sentez-vous à l'aise dans la prise en charge des troubles anxieux ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout à l'aise 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 100% Totallement à l'aise

14. Si vous ne vous sentez pas totalement à l'aise, quelles en sont les raisons ?

- Manque de formation
- Manque de connaissance pour une alternative non médicamenteuse
- Manque de temps pour bien en parler
- Manque de réponse systématisée
- Autre : _____

15. Dans le cadre des troubles anxieux, vous est-il déjà arrivé de penser être arrivé au bout de vos possibilités thérapeutiques ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

16. Parmi vos patients souffrant de troubles anxieux, à combien estimez-vous ceux ayant des traitements médicamenteux ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucun d'entre eux n'ont de traitement médicamenteux 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 100% d'entre eux

17. Pour les troubles anxieux, avez-vous déjà proposé :

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours	Je ne sais pas ce que c'est
Hypnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TCC (thérapie cognitive comportementale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychanalyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acupuncture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecine manuelle ou ostéopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Si vous proposez d'autres alternatives qui ne sont pas citées ci-dessus, quelles sont-elles?

19. Quel intérêt portez-vous à une prise en charge non médicamenteuse des troubles anxieux ?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Aucun intérêt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Beaucoup d'intérêt

20. Pour vous, quelle est la place de l'hypnose dans la prise en charge des troubles anxieux ?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Aucune place	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Place très importante

21. Si vous avez des difficultés à proposer de l'hypnose dans la prise en charge des troubles anxieux, quelles sont-elles?

- Je n'y crois pas
- Je ne sais pas vers qui adresser
- Je manque de connaissance à ce sujet pour informer mes patients
- Crainte d'un manque de crédibilité
- Autre : _____

22. Sentez-vous que vous auriez besoin d'une formation supplémentaire pour être plus à l'aise dans la prise en charge non médicamenteuse des troubles anxieux ?.

OUI NON

23. Si vous sentez que vous auriez besoin d'une formation supplémentaire pour être plus à l'aise dans la prise en charge des troubles anxieux, laquelle vous intéresserait le plus parmi celles-ci :

Hypnose

TCC (thérapie cognitivo comportementale)

Psychanalyse

Acupuncture

Médecine manuelle ou ostéopathie

24. Etes-vous intéressé pour vous former (ou continuer de vous former) à l'hypnose pour vous aider à la prise en charge des troubles anxieux?

OUI NON

25. Si vous êtes intéressé(e), savez-vous vers qui vous informer (organismes de formation) ?

OUI NON

Annexe 2 : classification des troubles anxieux et correspondances CIM 10-DSM V

CIM 10	DSM V
CHAPITRE 5 (Troubles mentaux et du comportement)	
<i>Section F 40-48 (Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes)</i>	<i>Chapitre Troubles anxieux</i>
a) Les troubles anxieux phobiques <ul style="list-style-type: none">- Agoraphobie- Phobie sociale- Phobie spéciale- Autres	- Trouble panique
b) Autres troubles anxieux <ul style="list-style-type: none">- Trouble panique- Trouble de l'anxiété généralisé- Trouble anxio-dépressif	- Agoraphobie
c) Trouble obsessionnel compulsif	- Trouble de l'anxiété sociale
d) Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation <ul style="list-style-type: none">- Réaction aigüe au stress- Etat de stress post traumatique- Troubles de l'adaptation	- Trouble phobique
	- Trouble de l'anxiété généralisée
	- Trouble de l'anxiété de séparation
	- Mutisme
	- Anxiété induite par une substance ou un médicament
	- Anxiété liée à une affection médicale
	- Anxiété non spécifiée
<i>Section F 90-98 (Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence)</i>	<i>Chapitre Trouble obsessionnel compulsif et connexes</i>
- Angoisse de séparation	- Trouble d'accumulation compulsive
- Mutisme	- Trouble d'excoriation compulsive
	- Trichotillomanie
<i>Section F 60-69 (Troubles du comportement de l'adulte)</i>	<i>Chapitre Trouble lié aux traumatismes et au stress</i>
- Trichotillomanie	- Etat de stress aigu
	- Etat de stress post traumatique
	- Troubles de l'adaptation
	- Trouble réactionnel de l'attachement
	- Trouble d'engagement social désinhibé

Annexe 3 : Echelles d'évaluation

1. ÉCHELLE D'APPRÉCIATION DE L'ANXIÉTÉ DE HAMILTON

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

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

1. Humeur anxieuse : Inquiétude – Attente du pire – Appréhension (anticipation de peur) – Irritabilité
2. Tension : Sensations de tension – Fatigabilité – Impossibilité de se détendre – Réaction de sursaut – Pleurs faciles – Tremblements – Sensation d'être incapable de rester en place
3. Peurs : Du noir – Des gens qu'on ne connaît pas – D'être abandonné seul – Des gros animaux – De la circulation – De la foule.
4. Insomnie : Difficultés d'endormissement – Sommeil interrompu – Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil – Rêves pénibles – Cauchemars – Terreurs nocturnes
5. Fonctions intellectuelles (cognitives) : Difficultés de concentration – Mauvaise mémoire
6. Humeur dépressive : Perte des intérêts – Ne prend plus de plaisir à ses passe-temps – Dépression – Insomnie du matin – Variations de l'humeur dans la journée
7. Symptômes somatiques généraux (musculaires) : Douleurs et courbatures dans les muscles – Raideurs musculaires – Sursauts musculaires – Secousses cloniques – Grincements des dents – Voix mal assurée
8. Symptômes somatiques généraux (sensoriels) : Tintements des oreilles – Vision brouillée – Bouffées de chaleur ou de froid – Sensations de faiblesse – Sensations de picotements
9. Symptômes cardio-vasculaires : Tachycardie – Palpitations – Douleur dans la poitrine – Battement des vaisseaux – Sensations syncopales – Extrasystoles
10. Symptômes respiratoires : Poids sur la poitrine ou sensations de constriction – Soupirs – Sensations d'étouffement – Dyspnée.
11. Symptômes gastro-intestinaux : Dyspepsie – Difficultés à avaler – Vents – « Coliques » abdominales – Borborygmes – Diarrhées – Perte de poids – Constipation
12. Symptômes génito-urinaires : Mictions fréquentes – Urgence de la miction – Aménorrhée – Ménorragies – Apparition d'une frigidité – Ejaculation précoce – Absence d'érection – Impuissance

13. Symptômes du système nerveux autonome : Bouche sèche – Accès de rougeur – Pâleur – Vertiges – Tendances à la sudation – Céphalée de tension – Horripilation

14. Comportement lors de l'entretien : Général : Tendus non à son aise – Agitation nerveuse : des mains, tripote ses doigts, serre les poings, tics, serre son mouchoir – Instabilité, va-et-vient – Tremblements des mains – Front plissé – faciès tendu – Augmentation du tonus musculaire – Respiration haletante – Pâleur faciale Physiologique : Avale sa salive – Eructation – Tachycardie au repos – Rythme respiratoire à plus de 20/min – Réflexes tendineux vifs – Tremblement – Dilatation pupillaire – Exophtalmie – Sudation – Battements des paupières

Cotation : La note globale est la somme des notes obtenues à chacun des items. Il est possible d'avoir 2 notes partielles : Une note d'anxiété psychique : Somme des items 1-2-3-4-5-6-14
Une note d'anxiété somatique : sommes des items 7 à 13

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

2. Echelle HAD « the Hospital Anxiety and Depression Scale »

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

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

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

Annexe 4 : Liste des écoles et fédérations de psychanalyse garantissant une formation

APF (Association Psychanalytique de France)

ALI (Association Lacanienne Internationale)
 IPA (Association Psychanalytique Internationale)
 ECF (École de la Cause Freudienne)
 EF (École Freudienne)
 EA (Espace Analytique)
 SPRF (Société Psychanalytique de Recherche et Formation)
 SIUEERPP (Séminaire Inter Universitaire Européen d'Enseignement et de Recherche de la Psychanalyse et de la Psychopathologie)
FFDP (Fédération Freudienne De Psychanalyse)
 MCF (Mouvement du Coût Freudien)
 CC (Collège Clinique)
 QG (Quatrième Groupe)
 SFPA (Société Française de Psychanalyse Adlérienne)
 SPF (Société de Psychanalyse Freudienne)
 SPP (Société de Psychanalyse de Paris)
 FEP (Fondation Européenne pour la Psychanalyse)
 FEDEPSY (Fédération Européenne de Psychanalyse et École Psychanalytique de Strasbourg)
 FCL (Forums du Champ Lacanien)

Annexe 5 : Le protocole de thérapie stratégique de Nardone

<i>Première séance</i>	
	<i>EXEMPLE</i>
<p>Objectifs : définir le problème, confiance du patient, se mettre d'accord sur les buts, explorer la perception du patient, construire une hypothèse d'intervention et premières manœuvres</p> <p>Stratégies : technique de tracing (adoption du langage du patient), recadrage circulaire du problème et du système de perception et des tentatives de solution, recadrage paradoxal, techniques de confusion, injonctions par la métaphore, prescriptions indirectes.</p> <p>Langage : hypnotique.</p>	<p>Arrêt des tentatives de solution : Décrire comment la demande d'aide est devenue partie intégrante du système dysfonctionnel.</p> <p><i>« Chaque fois que vous demandez de l'aide et que vous la recevez, je voudrais que vous pensiez que vous êtes en train de recevoir simultanément deux messages : l'un est évident « je tiens à vous » et le second, moins évident mais plus fort « je vous aide parce que vous ne pouvez pas vous en sortir toute seule ». A long terme, le second de ce message contribue non seulement à faire persister vos symptômes de peur, mais encore les exacerbe. Parce que en fait, cette confirmation a pour fonction de renforcer et d'encourager votre symptomatologie. Mais notez bien que je ne vous demande pas d'arrêter de demander de l'aide car vous n'en êtes pas encore capable de vous débrouiller sans aide ? je suis simplement en train de vous demander de penser que chaque fois que vous demandez de l'aide et que vous la recevez, vous contribuez à la persistance et à l'aggravation de vos symptômes ».</i></p> <p>Exprimer un soutien et apporte un élément de changement de perception : des</p> <p><i>« Dans la nature, si quelque chose persiste dans le temps dans le cadre d'un système complexe, cela signifie nécessairement que cette chose-là a une fonction importante, sinon elle tendrait à disparaître. Je me demande</i></p>

	<i>ce que pourrait être la fonction ou le rôle positif exercé par votre trouble dans le système naturel et complexe qui constitue votre organisme ».</i>
Deuxième phase	
	EXEMPLE
<p>Objectifs : rompre avec le système rigide de perception, redéfinir le premier changement, stimuler d'autres changements progressifs, changer la perception de la réalité qu'a le patient</p> <p>Stratégies : recadrages (paradoxal, provocateur, le doute), Prescriptions comportementales (directes, indirectes, paradoxales), Injonction par métaphore (anecdotes, histoires, aphorismes), Redéfinitions cognitives et explicatives des changements obtenus</p> <p>Langage : langage hypnotique et influence</p>	<p>Détourner l'attention du patient de son symptôme : <i>« chaque fois, même si cela se produit cent fois par jour, chaque fois que vous sentez qu'une crise va venir, que vous avez un moment de panique, que vous sentez votre anxiété monter, vous sortirez ce carnet de bord de votre poche et vous noterez tout ce qui se passe, en suivant scrupuleusement les instructions qui y figurent dans le moindre détail »</i> (le carnet de bord est un formulaire ennuyeux avec lignes et colonnes : lieu, situation, date, pensées, symptômes...)</p> <p>Injonction d'un rituel paradoxal : prescription du symptôme : <i>« Je vais vous donner quelque chose à faire qui vous semblera encore plus étrange et plus absurde, mais vous devez obligatoirement le faire. Tous les jours, à une heure dont nous allons convenir, vous allez prendre ce réveil et allez le régler pour qu'il sonne une demi-heure plus tard. Pendant cette demi-heure, vous allez vous enfermer dans une pièce de la maison, vous asseoir [et faire en sorte que] vous produisiez volontairement une crise d'anxiété et de panique. Et vous resterez dans cet état pendant toute la demi-heure. Enfin, quand il sonnera, vous irez l'éteindre et interrompre cet exercice, cesser les pensées et les sensations que vous avez provoquées, et puis vous irez reprendre vos activités quotidiennes. »</i></p> <p>Renforcer la confiance qu'à la personne en ses capacités, insister sur cette nouvelle perception.</p>
Troisième phase	
	EXEMPLE
<p>Objectifs : constater par des expériences directes que l'on peut surmonter le problème, réaliser progressivement des nouveaux changements, redéfinir les perceptions et la relation à soi, aux autres et au monde, consolider les résultats obtenus, acquérir un mode de perception réaction souple vis-à-vis de la réalité</p> <p>Stratégies : prescriptions comportementales, recadrages, prévisions paradoxales de rechute, redéfinition explicative des changements et incitations à une autonomie personnelle</p> <p>Langage : de moins en moins hypnotique, mais influence personnelle et injonction</p>	<p>Prescrire les rechutes : <i>« Si vous appuyez trop sur l'accélérateur vous risquez de quitter la route. Vous savez, je pense que nous pouvons prévoir quelques rechutes dans les semaines à venir, il arrive que certains troubles reviennent de façon irrésistible après avoir disparu. De fait, je suis convaincu que vous allez avoir une rechute caractérisée. Quoi qu'il arrive, continuez de faire ce que vous avez appris à faire ».</i></p>
Quatrième phase	
	EXEMPLE
<p>Objectifs : acquisition complète par le patient de l'autonomie personnelle et de la souplesse de perception réaction</p> <p>Stratégies : explication détaillée du travail effectué (redéfinition cognitive), élucidation du processus de changement, attribuer la responsabilité du changement au patient et à ses propres ressources</p> <p>Langage : plutôt descriptif et familier (langage indicatif)</p>	<p><i>« Le carnet de bord n'est pas simplement une collection de données, il représente ce que nous appelons une technique de déplacement de symptôme, ce qui veut dire que le seul fait d'écrire quelque chose de très gênant dans un carnet déplace immédiatement l'attention de l'écoute de soi-même vers la tâche à accomplir, de telle sorte que nous obtenons que les symptômes s'amenuisent. C'est un stratagème spécifique. »</i></p> <p><i>« La prescription du symptôme a une fonction différente qui est encore plus bizarre, parce qu'ici, nous employons une logique paradoxale. Au lieu d'essayer d'arrêter délibérément quelque chose ou de le refouler, nous le provoquons délibérément et nous l'aggravons. Nous savons qu'ainsi, certains symptômes vont disparaître car lorsqu'un symptôme devient volontaire, eh bien ce n'est plus un symptôme, parce que pour demeurer un symptôme, il doit demeurer compulsif, involontaire. »</i></p>

	<p><i>« Donc ces stratagèmes sont pour rompre le système de perception réaction qui vous forçait à avoir certaines réactions »</i></p> <p><i>« Il est utile que je vous explique cela car je pense que c'est important maintenant que vous preniez conscience que vous êtes en train de vous approprier de nouvelles stratégies pour faire face à des situations que vous n'arriviez pas à surmonter précédemment. Des stratégies basées sur une logique légèrement différente. C'est la logique paradoxale. La chose importante est de changer. Ceci veut dire que je n'ai utilisé aucune sorte de magie. Partir de maintenant, vous pouvez utiliser ces stratégies délibérément, au fur et à mesure que vous vous exposerez progressivement à des situations qui ont été jusqu'à maintenant trop anxiogènes pour vous »</i></p> <p><i>« Quelles sont les choses que vous faites en ce moment que vous ne faisiez pas il y a quelques semaines ? »</i></p>
--	---

Annexe 6 : Récit métaphorique sur l'autonomie relationnelle

Une vieille légende raconte qu'un jeune couple d'indiens Sioux alla, un matin, rendre visite au chaman du village. [...] La raison pour laquelle ils avaient décidé de rendre visite au chaman était très importante pour eux : ils avaient peur, peur que leur engagement, que cet amour dévoué et ferme qu'ils se juraient désormais se rompe d'une quelconque façon. Ils avaient également peur de mourir et de ne pas se retrouver dans l'au-delà. Ils souhaitaient que le vieux sorcier leur donne un remède, un sortilège ou un sort pour que leur amour soit éternel.

Le vieux chaman les regarda un instant avec son visage aquilin et ridé par les ans. Il fuma quelques pipes, fronça les sourcils, s'éclaircit la voix et, enfin, prit la main de la jeune femme : "Si tu veux garder cet être que tu aimes à tes côtés pendant longtemps, tu devras entreprendre un voyage. Ce ne sera pas facile, je te préviens. Tu grimperas en haut de cette colline que tu vois au fond et tu chasseras un faucon de tes propres mains, le plus fort et le plus beau que tu verras. Tu devras ensuite le ramener vivant, ici même, le troisième jour après la pleine Lune". Ensuite, le chaman se tourna vers le jeune guerrier : "Quant à toi, tu dois savoir que ta tâche sera aussi complexe et exigeante. Tu dois aller au sommet de la plus haute montagne de notre région et chasser un aigle. Le plus beau, le plus vigoureux, le plus sauvage. Tu devras ensuite le ramener ici, le même jour que ta bien-aimée".

La jeune femme sioux et son bien-aimé réussirent le défi proposé par le vieux chaman. Elle avait attrapé un faucon et l'avait mis dans un sac en peau. Le jeune guerrier, quant à lui, portait son aigle. Le plus beau, le plus fort. Lorsqu'ils arrivèrent devant le vieux sorcier, ils demandèrent quelle serait la prochaine étape : Sacrifier les oiseaux et nous baigner dans leur sang, peut-être ?

Maintenant, vous devez faire ce que je vous dis : "prenez les oiseaux et attachez-les par les pattes avec un lien en cuir. Ainsi, l'un sera attaché à l'autre et vice versa. Ensuite, vous devrez les relâcher pour qu'ils volent en toute liberté". Quand les deux jeunes réalisèrent ce qui avait été demandé, ils restèrent médusés et sans mot en voyant le résultat. La seule chose que réussirent à faire les deux oiseaux lorsqu'ils essayèrent de voler fut de tomber encore et encore. Frustrés et pleins de colère, ils commencèrent à se donner des coups de bec. Le vieux chaman se rapprocha d'eux et les sépara.

Voici le sort que je vais vous donner : "apprenez de ce que vous venez de voir. Si vous vous attachez l'un à l'autre, et même si c'est avec amour, la seule chose que vous réussirez à faire sera de vous traîner, de vous faire du mal et d'être malheureux. Si vous souhaitez que votre amour perdure, volez ensemble, très haut dans le ciel, mais ne vous attachez jamais l'un à l'autre. Car le véritable amour unit mais n'emprisonne pas.

Annexe 7 : Une séance d'hypnose avec Lieu sûr et Écrans

Il s'agit d'une séance réalisée avec un homme de 35 ans, dans un contexte de demande de sevrage tabagique. Nous sommes déjà entrevus 3 fois : il avait arrêté depuis 3 mois, mais a repris pendant ses vacances.

« Je reviens car j'ai fait n'importe quoi en vacances. J'ai repris.

- Ah ?...

- Oui, environ 5 cigarettes par jour...

- Ah... et ?

- Et bien je ne veux pas fumer ! Mais cette odeur !

- Cette odeur ?

- Oui, l'odeur de la cigarette, je l'aime bien !

- Si je peux me permettre... ?

- Allez-y Docteur, me dit-il.

- C'est pour comprendre... vous m'aviez dit que vous fumiez surtout pour le côté relationnel, et les habitudes, est-ce toujours le cas... ?

- Oui...

- Alors pourquoi arrêter ? Vous aimez l'odeur, vous fumez avec vos amis...

Monsieur M. rit.

- Pour ma santé ! me répond-il.

- C'est-à-dire ?

- Pour les maladies que ça peut amener, les problèmes respiratoires...

- Ah... et vous en avez là ? - Euh non... - Mmm... »

Je lui propose un exercice d'hypnose. Je lui demande de penser à un endroit dans lequel il se sent bien et dans lequel il aime aller ou aimerait aller. Il me répond que cet endroit correspond à une forêt de pins dans lequel il marche, « c'est calme là-bas ».

- « Alors vous allez penser très fort à cette forêt. Il faut que vous soyez bien assis, confortablement. Et pensez très fort à cette forêt. (Monsieur M. ferme les yeux et se concentre) et en fait, je vais même vous demander de marcher dans cette forêt. Vous pouvez même entendre le bruit de vos pas qui marchent sur le sol de cette forêt... et votre peau peut ressentir les caresses du vent... et vos yeux peuvent apercevoir la lumière du soleil qui se fraie un passage au travers les branches des arbres... c'est calme..... (Monsieur M. a quelques clonies du bras droit). Voilà.... C'est très calme... peut-être, quand même y a-t-il quelques chants d'oiseaux que vos oreilles perçoivent... ou peut-être pas... vous continuez à marcher.... et là, devant vous... sur la droite... il y a un tronc d'arbre coupé... vous vous en approchez... et sur son tronc d'arbre coupé, il y a comme une sorte d'écran.... et sur cet écran... vous vous voyez... vous... dans quelques années, peut-être dans deux ans, peut-être dans cinq ans, peut-être même dans dix ans... vous vous voyez avec la cigarette... dans dix ans, avec la cigarette... (je ne dis rien d'autre pendant environ 1 minutes, je le laisse se faire sa propre vision de lui avec la cigarette)... et maintenant, vous vous éloignez de ce tronc d'arbre coupé... et vous reprenez votre marche... vous pouvez inspirer la douce odeur des pins de la forêt... (Monsieur M. inspire)... c'est agréable de ressentir cette odeur et cet air pur qui rentre dans vos narines... qui descend le long de votre trachée... et dans vos poumons... pour oxygéner tout votre corps... c'est calme... vous vous sentez détendu... restez un moment avec cela... et quand vous savez que cet exercice vous sera utile... à votre rythme... vos yeux pourront s'ouvrir afin de revenir avec moi, ici et maintenant dans cette salle... »

Annexe 8 : Une séance d'hypnose d'acceptation

La première fois que je vois Madame L, elle vient pour un rhume. Nous sommes en pleine période épidémique, je l'examine, il s'agit bien d'un syndrome viral sans aucun facteur de gravité. Lors de la prise de la tension, elle suggère qu'elle va être un peu haute, je l'interroge alors :

- « Oh en ce moment, il y a pas mal de stress à la maison... me dit-elle.
- Ah ? et en vous ?
- (Elle rit) Aussi ! On a des soucis avec mon beau père, mon oncle est décédé, et mon mari ne va pas bien non plus du coup ! Tout ça en même temps !
- Ah là oui... comment faites-vous pour tout gérer ?
- Ah ! Je ne sais pas trop ! Mais bon, ça va ! »

Je suis en plein milieu d'une matinée chargée, et la patiente se lève énergiquement et sort déjà sa carte vitale. Elle me semble « bien gérer » tout ça justement, mais lui ouvre une porte en

l'invitant à revenir si elle ressent le besoin d'en parler. J'ajoute que je suis en train de me former en hypnose, et que je pourrais lui montrer quelques exercices si elle le souhaite. Elle accueille cette nouvelle avec un sourire et des remerciements

Je la vois un mois plus tard. Cette fois ci, il n'y a aucun motif prétexte :

- « Je viens car depuis une semaine, j'ai beaucoup trop de stress. Je vous en avais déjà parlé un peu la dernière fois : la situation ne s'arrange pas, je me réveille plusieurs fois la nuit et j'ai des crises d'angoisse !

- C'est-à-dire ?

- J'ai une boule là (elle me montre son ventre), j'essaie de penser à autre chose mais ça ne marche pas !

- Alors que faites-vous ?

- Ah et bien je suis bien embêtée... Je tourne en rond jusqu'à ce que ça cesse. Ça finit toujours par se tasser... Mais bon, du coup je suis fatiguée la journée car je dors peu...

- Vous avez la boule en ce moment ?

- Non là ça va.

- Permettez-vous que l'on fasse un petit exercice ?

- Ah oui, justement, j'aimerais bien, me répond-elle avec un sourire.

- Puis-je m'asseoir à côté de vous ?

- Oui oui.

- Etes-vous prête pour faire de l'hypnose ?

- Euh... oui d'accord...

- Alors allez-y. Je ne dis rien d'autre : Madame L ferme déjà les yeux. Et les réouvre quelques secondes plus tard :

- Là, elle revient, je la sens-là (Elle pose sa main sur son ventre)

- Alors observez-la....

- Elle est rouge...

- Ah... ?

- ... avec des picots... c'est tout dur...

- Observez la... (Je me tais pendant au moins 1 minute) C'est comment là ?

- C'est plus calme...

- Ah ?

- La matière a changé, c'est comme si elle était plus molle... il y a un côté comme si c'était déformé...

- Observez cela... et observez le bien...

- Elle devient marron aussi... Elle devient plus petite... elle a quasiment disparu... mais c'est comme si elle avait laissé son empreinte, elle n'est plus là mais je peux la sentir un peu...

- Il faut la faire revenir, il faut que vous ayez le temps de bien l'observer... faites la revenir...

- Ah bon ?

- Oui c'est très important...

-... (au bout de 1-2 min) ça y est...

- Observez là, et restez avec ça...

- ... (au bout de 1-2 min) ... elle paraît fragile... elle est toute petite...

- Observez...

- ...elle est partie de nouveau...

- Comment vous sentez vous ?

- Calme... ça fait du bien....

- Voilà...

- Il y a un grand vide à la place... (madame L inspire profondément)

- Et vous pouvez sentir l'air passer dans vos narines.... Descendre dans la trachée... et remplir tous vos poumons... et... cet oxygène.... Pourra occuper... tout l'espace qu'il souhaite... comme il sait bien le faire... - (2 min) Comment c'est ?

- Très calme... agréable...

- ... et quand votre esprit inconscient saura qu'il pourra se servir de cet apprentissage dès qu'il en aura besoin... vous pourrez, à votre rythme... Ouvrir les yeux... - (madame L ouvre les yeux) ... et revenir ici et maintenant, avec moi. »

Après retour, Madame L a beaucoup apprécié l'expérience : « quand on essaie de contrôler, ça résiste, mais en fait, il suffit de regarder ce qu'il se passe ». Je lui dis qu'elle peut refaire cette expérience à la maison, quand cette boule se présente

Titre de Thèse : La prise en charge non médicamenteuse des troubles anxieux de l'adulte : étude quantitative auprès des médecins généralistes.

RESUME.

Contexte : Le médecin généraliste est en première ligne devant les troubles anxieux. L'importance des alternatives non médicamenteuses dans cette pathologie a été évoqué dans les recommandations de l'HAS, sans qu'elles ne soient décrites. L'objectif de cette étude est d'apprécier le ressenti des médecins généralistes sur leur prise en charge non médicamenteuse des troubles anxieux et d'identifier des besoins de formation.

Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative descriptive transversale par questionnaire auto-administré sur internet, sur le territoire national.

Résultats : 344 médecins généralistes ont répondu à l'enquête. 31,6% d'entre eux ont suivi une formation continue à visée de soutien psychothérapeutique, parmi la communication thérapeutique (12,8%), l'hypnose (9%), la TCC (5,2%), des autres thérapies brèves (3,8%), la psychanalyse (2,3%), l'ostéopathie (9%) et l'acupuncture (2,6%). L'aisance de prise en charge est en moyenne de 6,9/10, les médecins signalant le manque de temps et la méconnaissance des alternatives non médicamenteuses. L'aisance est significativement majorée chez les médecins formés en hypnose et à la communication. Toutes les formations diminuent l'estimation de prescription médicamenteuse ($p < 0,003$). La TCC est l'alternative la plus proposée, suivie de l'hypnose. Les jeunes médecins portent plus d'intérêt aux alternatives non médicamenteuses ($p = 0,002$). 66,9% des médecins auraient besoin d'une formation supplémentaire pour être plus à l'aise dans la prise en charge non médicamenteuse des troubles anxieux : la plus souhaitée est la TCC pour 55,2% des médecins, suivie de l'hypnose. Cependant, 60% des médecins ne savent pas où s'informer pour pouvoir se former.

Conclusion : Améliorer la formation initiale et continue des médecins généralistes sur ces alternatives pourrait contribuer à offrir ces options thérapeutiques de manière plus coordonnée.

MOTS-CLES

Troubles anxieux, Psychothérapie, Médecine alternatives et complémentaires, Médecine générale.