



Principes de prise en charge des troubles anxieux par le médecin de premier recours

Christian Bryois

Principes de prise en charge des troubles anxieux par le médecin de premier recours

Quintessence

● Les troubles anxieux sont fréquents, coûteux et invalidants. Aux Etats-Unis, plus de 80% des patients présentant des troubles anxieux ont consulté leur médecin de premier recours; seuls 20% ont reçu un traitement psychopharmacologique adéquat et moins de 10% ont reçu une information appropriée sur leur affection.

● Les troubles anxieux sont maintenant bien définis (DSM IV-TR) et peuvent faire l'objet d'un diagnostic précis. Il est important de faire un diagnostic différentiel et de distinguer les troubles anxieux de leurs comorbidités (dépression, abus ou dépendance à l'alcool ou à une autre substance, autres troubles anxieux) ainsi que des manifestations anxieuses secondaires à une affection somatique.

● Le médecin de premier recours peut mettre en place un projet thérapeutique basé sur la psycho-éducation, la psychothérapie de soutien et la psychopharmacologie au long cours. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, la venlafaxine, la clomipramine sont les antidépresseurs de choix lors de troubles anxieux. Les benzodiazépines peuvent être un appui important au début du traitement. La buspirone représente une alternative dans l'anxiété généralisée.

● Les situations difficiles (trouble anxieux sévère, résistant, risque suicidaire important, diagnostic incertain, comorbidité avec une dépendance) doivent être référées au spécialiste qui pourra mettre en place une approche intégrant la thérapie cognitivo-comportementale et la psychopharmacologie.

Grundlegendes zur Betreuung von Patienten mit Angststörungen durch den Hausarzt

Quintessenz

● *Angststörungen sind häufig, können hohe Kosten nach sich ziehen und zu Invalidität führen. In den USA konsultieren über 80% der Patienten, die an Angststörungen leiden, ihren Hausarzt, aber nur 20% erhalten eine angemessene Behandlung mit Psychopharmaka und nur 10% eine adäquate Information über ihre Erkrankung.*

● *Angststörungen sind heutzutage klar definiert (DSM IV-TR) und können diagnostisch präzise abgegrenzt werden. Eine saubere Differentialdiagnose ist wichtig. Begleiterkrankungen wie Depression, Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol und anderen Substanzen, gleichzeitiges Vorhandensein mehrerer Formen von Angststörungen müssen erkannt werden, ebenso ängstliche Reaktionen aufgrund von somatischen Erkrankungen.*

● *Therapeutisch wird der Hausarzt Psychoedukation, stützende Psychotherapie und Psychopharmaka über längere Zeit einsetzen. Serotoninwiederaufnahmehemmer, Venlafaxin, Clomipramin sind bei Angststörungen Antidepressiva der Wahl. Zu Beginn der Behandlung können auch Benzodiazepine sehr hilfreich sein. Bei generalisierter Angststörung stellt auch Buspiron eine therapeutische Alternative dar.*

● *Schwierige Fälle (schwere oder therapieresistente Angststörung, ernstes Suizidrisiko, unklare Diagnose, begleitende Abhängigkeit) sind an den Spezialisten zu überweisen. Dieser wird eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung kombiniert mit Psychopharmakotherapie einleiten.*

Übersetzung Dr. med. T. Fisch

Principles of primary care physician's management of anxiety disorders

Summary

● Anxiety disorders are common, costly and disabling. In the USA over 80% of patients presenting anxiety disorders have consulted their primary care physician; only 20% have received adequate drug therapy and below 10% appropriate information on their condition.

● Anxiety disorders are nowadays well defined (DSM IV-TR) and can be precisely diagnosed. Differential diagnosis is important in distinguishing anxiety disorders from their comorbidities (depression, abuse of or dependence on alcohol or another substance, other anxiety disorders) and anxiety symptoms secondary to somatic disease.

● The primary care physician may put in place a therapeutic project based on psycho-education, supportive psychotherapy and long-term psychotropic drug therapy. Serotonin uptake inhibitors, venlafaxine or clomipramine are the antidepressants of choice in anxiety disorders. The benzodiazepines may be a major help at the outset of treatment. Buspirone represents an alternative in generalized anxiety.

● Difficult situations (severe anxiety, major suicide risk, uncertain diagnosis, comorbidity with a dependence) should be referred to a specialist, who may initiate an approach integrating cognitive behaviour therapy and psychopharmacology.

Translation R. Turnill, MA

Introduction

Ces vingt dernières années ont été marquées par des progrès remarquables permettant, sur le plan diagnostique, de caractériser plusieurs troubles anxieux ainsi que de développer des approches thérapeutiques originales et spécifiques. Selon la méthodologie utilisée, la prévalence sur la vie des troubles anxieux se situe entre 14 et 25%. Par ailleurs, les troubles anxieux sont fréquents en médecine de premier recours puisque environ 10% des patients en sont affectés [1, 2]. Malgré leur importante prévalence, les troubles anxieux restent sous-diagnostiqués et sous-traités. En effet, diagnostiquer des troubles anxieux en médecine de premier recours peut être difficile, en raison des nombreuses plaintes somatiques que peuvent présenter les patients. La plupart du temps, le patient et le médecin concentrent leur attention sur les manifestations somatiques, sans considérer les possibilités d'un trouble psychiatrique. Toutefois, le diagnostic précoce et le traitement des troubles anxieux est, sans doute, un enjeu majeur de santé publique permettant d'améliorer le pronostic et de réduire le développement des comorbidités (dépression, abus de substances, suicide). Finalement, les coûts économiques des troubles anxieux ne sont pas à négliger, en raison de la haute consommation médicale de ces patients et des journées de travail perdues estimées à 7,2 jours par mois (diabète: 3,6 jours par mois, affection cardiaque: 5,4 jours par mois) selon une étude européenne portant sur 21 425 adultes [3].

Diagnostic

L'anxiété est un sentiment fréquent, normal, inhérent à la nature humaine. Elle est physiologique quand elle permet de faire face à une situation inhabituelle ou désagréable, ou qu'elle signale une menace ou un danger et permet de se préparer pour y faire face. Dans ce contexte, elle est limitée dans le temps, proportionnée à la menace, à la situation ou au danger. Elle devient pathologique lorsque son intensité et sa durée sont beaucoup trop importantes et excèdent la situation potentiellement inhabituelle ou dangereuse ou lorsqu'elle survient et persiste en dehors de ces situations, entraînant une perte de contrôle, une désorganisation, une perte des fonctions adaptatives, une anticipation négative, un évitement et finalement une baisse des performances et du fonctionnement psychosocial. Il faut toutefois relever qu'il existe un continuum allant de l'anxiété normale à l'anxiété pathologique et qu'il est parfois difficile de situer la limite entre les deux. Pour aider le clinicien à poser un diagnostic, des critères ont été établis, notamment au travers du manuel «Diagnostic et statistique

des troubles mentaux» (DSM IV-TR) (tableau 1 [4]), élaboré par l'Association américaine de psychiatrie, qui répertorie les différents troubles anxieux de manière plus opérationnelle que la CIM-10 (classification internationale des maladies par l'OMS) qui distingue des entités cliniques moins utilisables en médecine générale.

Tableau 1. Trouble anxieux selon le DSM IV-TR.

1. Trouble panique avec ou sans agoraphobie
2. Phobie spécifique
3. Phobie sociale
4. Trouble obsessionnel-compulsif
5. Etat de stress post-traumatique
6. Etat de stress aigu
7. Anxiété généralisée
8. Trouble anxieux dû à une affection médicale
9. Trouble anxieux induit par une substance

Il est à noter que le médecin de premier recours peut s'appuyer pour le dépistage de certaines affections psychiatriques, et notamment pour les troubles anxieux, sur des instruments diagnostiques simples, sous la forme de questionnaires auto-administrés par le patient, tel que, par exemple, le Prime MD TODAY [5] (anxiété généralisée, trouble de panique, dépression, trouble somatoforme, boulimie, abus d'alcool).

Anxiété et affection somatique

La première question à se poser devant un patient présentant des manifestations anxieuses est de savoir si elles sont secondaires à une prise de substances ou une affection somatique (voir tableaux 2 et 3 [6]).

En ce qui concerne les troubles anxieux secondaires à une affection somatique, un certain nombre de paramètres peuvent permettre de distinguer un patient présentant un problème psychiatrique d'un patient présentant un problème d'origine somatique. Les patients de plus de 35 ans, sans antécédents médicaux et anxieux, qui développent subitement des manifestations anxieuses devraient être attentivement examinés sur le plan somatique. Par ailleurs, un patient qui n'a pas d'antécédents durant son enfance, d'anxiété de séparation, de phobie ou d'anamnèse familiale de trouble anxieux et qui n'a pas récemment eu un événement de vie traumatisant est suspect d'avoir une affection somatique à la base de ses problèmes anxieux. Les patients qui reconnaissent leurs symptômes anxieux et qui s'en préoccupent ainsi que ceux qui ne présentent pas de comportements d'évitement, sont plus susceptibles d'avoir, à l'origine de leurs troubles, une étiologie somatique qu'un trouble de la santé mentale. Finalement, les patients qui présentent de nombreuses plaintes somatiques ont plus probablement un trouble psychiatrique qu'une affection somatique.

Tableau 2. Trouble anxieux dû à une affection médicale.

Maladie cardiovasculaire	Angor, infarctus du myocarde, arythmie, insuffisance cardiaque, hypovolémie, hypertension artérielle.
Endocrinopathie	Hyper- et hypothyroïdie, hyperfonction surrénalienne.
Maladie métabolique	Hyperkaliémie, hyper- et hypocalcémie, hyponatrémie, hypoglycémie, hypothermie, porphyrie.
Maladie neurologique	Encéphalopathie (infectieuse, métabolique, toxique), épilepsie temporale, processus expansif intracrânien, syndrome post-commotionnel, vertige, akathisie.
Maladie respiratoire	Embolie pulmonaire, œdème pulmonaire, asthme, syndrome obstructif chronique, pneumothorax, pneumonie.
Maladie immunologique	Lupus érythémateux, anaphylaxie.
Tumeur sécrétante	Phéochromocytome, insulinome, carcinoïde.
Autres	Ulcère peptique, anémie, globe vésical, syndrome de sevrage.

Tableau 3. Trouble anxieux induit par une substance.

Alcool
Amphétamine
Analgésique
Anesthésique
Anticalcique
Anticholinergique
Antidépresseur tricyclique
Antihistaminique
Antihypertenseur
Anti-inflammatoires non stéroïdiens
Antimicrobien
Bronchodilatateur
Bupropion
Caféine
Cannabis
Cocaïne
Digitalique
Ethosuximide
Glutamate de sodium (syndrome du restaurant chinois)
Hallucinogène
Hydralazine
Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
Insuline
Levodopa
Métaux lourds
Myorelaxant
Neuroleptiques
Phencyclidine
Préparation thyroïdienne
Procaïne
Procarbazine
Sédatif
Solvant volatil
Stéroïde
Sympathicomimétique
Théophylline

Anxiété et comorbidité

En matière de troubles anxieux, la comorbidité est la règle. Plus de la moitié des patients déprimés souffrent aussi d'au moins un trouble anxieux et la coexistence d'un trouble anxieux avec un autre trouble anxieux est également fréquente. Ainsi, un patient avec un trouble de panique peut-il souffrir simultanément de dépression, d'anxiété généralisée, d'abus ou de

dépendance à l'alcool ou à une autre substance. La reconnaissance de ces comorbidités est importante, car elle permet l'établissement de stratégies thérapeutiques, la définition d'un objectif de soins avec le patient et le choix du traitement ainsi que les mesures de psychoéducation à mettre en place.

L'anxiété généralisée

L'anxiété généralisée est caractérisée par une anxiété et des soucis excessifs concernant les situations de la vie quotidienne (travail, performance scolaire, soucis concernant la situation financière sans raison valable, soucis à propos d'un malheur pouvant arriver à l'un de ses proches alors que celui-ci n'est pas en danger). L'anxiété généralisée affecte de nombreux patients puisque sa prévalence moyenne, au cours de la vie, est de 5%.

L'évolution de l'anxiété généralisée est souvent chronique, les symptômes fluctuant au cours du temps avec des exacerbations anxieuses en réponse au stress. Les comorbidités sont extrêmement fréquentes chez ces patients, notamment la dépression, les abus de substances et les autres troubles anxieux, compliquant parfois le diagnostic.

Le trouble panique

Le trouble panique se manifeste par des attaques de panique caractérisées par des symptômes somatiques (palpitations, transpiration, vertige, tremblements, sensation d'étranglement ou d'étouffement, nausées, douleur thoracique, paresthésie, frissons, bouffée de chaleur, impression d'évanouissement et d'anxiété intense apparaissant de manière brutale, inattendue et récurrente) auxquels s'associent une crainte persistante d'autres attaques de panique (peur d'avoir peur) ainsi que des préoccupations à propos de l'attaque ou de ses conséquences (peur de perdre le contrôle, peur de devenir fou, peur de mourir).

La prévalence, au cours de la vie, se situe entre 1,5 et 4,5%. En soins généraux, on rapporte une prévalence au cours de la vie qui se situe entre 6 et 8,6%. Le trouble panique présente une comorbidité importante avec la dépression, l'anxiété généralisée, la phobie sociale et l'agoraphobie. Les facteurs de risque, tels que le chômage et le recours fréquent aux urgences sont des éléments suggérant une prise en charge particulièrement difficile en médecine de premier recours.

Les phobies spécifiques

Le patient présente une peur persistante et intense à caractère irraisonné, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou à une situation spécifique (prendre l'avion, avoir une injection, voir du sang). Le comportement d'évitement qui en résulte peut représenter un handicap non négligeable par rapport au fonctionnement normal. Le type de phobie spécifique détermine le degré de handicap: dans nos contrées, la phobie des serpents interfèrera moins avec le fonctionnement habituel que la phobie des chiens.

Les phobies spécifiques sont parmi les troubles anxieux les plus fréquents et ont une prévalence sur la vie qui se situe entre 4,5 et 11,5%. Les phobies spécifiques tendent à évoluer spontanément vers la guérison avec l'âge. Le traitement de choix est comportemental via les techniques d'exposition progressive.

La phobie sociale

La phobie sociale se caractérise par une peur persistante et intense dans les situations sociales ou de performance dans lesquelles le patient craint d'être observé et jugé négativement par des personnes inconnues, du sexe opposé ou des figures d'autorité. Le patient présente des conduites d'évitement et/ou une anticipation anxieuse de ces situations, perturbant de manière importante la vie sociale et professionnelle et pouvant le conduire à un état d'isolement social et affectif important.

La timidité, le trac, la peur de parler en public ne font pas partie de la phobie sociale. La phobie sociale touche environ 3 à 5% de la population générale et peut se compliquer d'une dépression et/ou d'une dépendance à l'alcool ou d'autres substances.

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC)

Le TOC reste souvent longtemps méconnu car les patients présentant cette affection ont peur

de consulter, de crainte de passer pour des fous. Le rôle du médecin de premier recours est essentiellement de poser un diagnostic de présomption, de rassurer puis d'adresser le patient, avec son accord, à un psychiatre pour la prise en charge thérapeutique.

La prévalence au cours de la vie se situe entre 2 et 3%. Les obsessions sont des pensées, des impulsions ou représentations récurrentes, intrusives, pénibles, qui entraînent une anxiété et une détresse importante. Elles ont pour thème la saleté, la contamination, le doute, l'ordre (sensation de malaise lorsque les objets ne sont pas à une place précise), l'agressivité envers les autres, la religion. Les compulsions sont des comportements répétitifs (lavage des mains, ordonner, vérifier) ou des actes mentaux stéréotypés (prier, compter, répéter des mots) destinés à diminuer l'anxiété ou le sentiment de détresse. Ces rituels sont responsables d'une perte de temps considérable (plus d'une heure par jour) ou interfèrent avec l'activité habituelle du sujet ou son fonctionnement social. Les obsessions et les compulsions peuvent exister séparément ou être associées.

L'état de stress post-traumatique

L'état de stress post-traumatique apparaît à la suite d'un événement traumatique majeur où le patient a vécu ou a été témoin d'un événement durant lequel des personnes sont mortes ou ont été gravement blessées ou bien ont été menacées de mort ou de blessures graves. Les symptômes sont une anxiété persistante, des souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement traumatisant, des rêves répétitifs, des flash-back, des sentiments intenses de détresse psychique et une réactivité physiologique lors d'expositions à des indices évoquant l'événement traumatique, un évitement des stimuli associés au traumatisme et finalement la présence de manifestations telles que difficultés d'endormissement, sommeil interrompu, irritabilité, accès de colère, difficultés de concentration, hypervigilance et réactions de sursauts exagérées.

La prévalence au cours de la vie, aux Etats-Unis, est d'environ 8% et l'état de stress post-traumatique touche deux fois plus de femmes que d'hommes. L'affection tend à présenter une évolution chronique et les patients développent fréquemment des comorbidités telles que dépression, abus de substances, anxiété généralisée, trouble de panique ou phobie sociale.

Traitement

La première étape, dans le cadre de la prise en charge, est d'informer le patient sur son diagnostic et sur les différentes options thérapeutiques à disposition. Il est aussi important de lui donner

des conseils sur ses habitudes de vie, comme par exemple éviter la consommation de caféine, d'alcool et de tabac, avoir un sommeil régulier et établir des stratégies pour gérer le stress quotidien. Les patients anxieux souffrent également de troubles du sommeil, sous forme de difficultés d'endormissement lors d'anxiété généralisée, de cauchemars lors d'état de stress post-traumatique, ou de réveils précoces en cas de dépression. Il est donc nécessaire de leur permettre de mieux s'informer sur la gestion de leur sommeil. Finalement, la prescription d'une activité physique régulière peut se révéler très utile dans la prise en charge de ces patients. L'approche spécifique des troubles anxieux devra être discutée avec le patient, car il est nécessaire de tenir compte des préférences de celui-ci. La psychopharmacologie et la psychothérapie se sont montrées efficaces dans les troubles anxieux. Toutefois, c'est l'association de ces deux approches qui entraîne le plus de bénéfices pour les patients anxieux [6].

Psychothérapie

L'approche cognitivo-comportementale est actuellement la technique psychothérapeutique la mieux validée par des études dans le cadre des troubles anxieux. Elle se propose de corriger les erreurs d'utilisation des trois outils d'interaction avec le monde (émotion, cognition, comportement), à partir de l'analyse des situations dans lesquelles l'un ou l'autre de ces outils est mal utilisé.

Au niveau des émotions, l'apprentissage consiste à identifier les sensations physiologiques, à nommer les affects, à agir sur les émotions de sorte à modifier celles qui peuvent l'être, à en éliminer certaines ou à créer celles qui permettront de

mieux gérer la situation. Pour ce faire, des techniques telles que la relaxation, le contrôle respiratoire peuvent être utilisées.


Au niveau des cognitions, l'apprentissage consiste à identifier les erreurs de raisonnement, à les corriger en restructurant la pensée, à modifier les modèles cognitifs dysfonctionnels qui sont reproduits à répétition, et à construire des pensées susceptibles de favoriser une gestion performante et satisfaisante des situations de vie.

Au niveau des comportements, l'apprentissage consiste à sélectionner les comportements les plus susceptibles de permettre d'atteindre les objectifs, à adapter les actions à la résolution des situations problématiques, à travailler les comportements verbaux de sorte qu'ils permettent de communiquer efficacement avec l'entourage, à prendre conscience des comportements non verbaux et à les moduler, de sorte qu'ils viennent renforcer la gestion efficace des situations.

Les approches d'inspiration psychanalytique arrivent en deuxième ligne et devraient être réservées aux troubles qui ont mal répondu aux approches cognitivo-comportementales ou qui viennent compléter les TCC.

Finalement, la psychothérapie de soutien reste indispensable dans la prise en charge des troubles anxieux par le médecin de premier recours, ceci d'autant plus que le nombre de thérapeutes pratiquant l'approche cognitivo-comportementale est restreint en Suisse. Elle consiste à donner aux patients un espace de parole et à assurer une écoute bienveillante.

L'approche psychopharmacologique

(tab. 4 )

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (Citalopram, Escitalopram, Fluvoxamine)

Tableau 4. Indication des antidépresseurs et de la buspirone dans le cadre des troubles anxieux selon le compendium suisse des médicaments 2005.

	<i>Anxiété généralisée</i>	<i>Trouble de panique</i>	<i>TOC</i>	<i>Phobie sociale</i>	<i>Etat de stress post-traumatique</i>
Citalopram (Seropram®)	-	10-60 mg/j.	20-60 mg/j.	-	-
Fluvoxamine (Floxyfral®)	-	-	Adulte: 100-300 mg/j. Enfant: 8-12 ans: 25-150 mg/j. >12 ans: 25-200 mg/j.	-	-
Paroxétine (Deroxat®)	20-50 mg/j.	10-60 mg/j.	20-60 mg/j.	20-50 mg/j.	20-50 mg/j.
Sertraline (Zoloft®, Gladem®)	-	25-200 mg/j.	Adulte: 50-200 mg/j. Enfant: 6-12 ans: 25-200 mg/j. 13-17 ans: 50-200 mg/j.	25-200 mg/j.	25-200 mg/j.
Venlafaxine (Efexor ER®)	75 mg/j.	-	-	75-225 mg/j.	-
Buspirone (Buspar®)	20-60 mg/j.	-	-	-	-
Clomipramine (Anafranil®)	-	10-150 mg/j.	75-250 mg/j.	-	-

mine, Fluoxétine, Paroxétine et Sertraline) ainsi que la Venlafaxine sont les substances de premier choix, qui doivent être utilisées chez les patients présentant des troubles anxieux en raison de leur efficacité et de leur bonne tolérance générale [7]. Ces substances ont démontré leur utilité pour l'ensemble des troubles anxieux, à l'exception des phobies spécifiques. De manière générale, afin de minimiser les effets secondaires (troubles gastro-intestinaux, agitation, insomnies, céphalées, troubles sexuels), on débutera le traitement avec de faibles doses (particulièrement chez les patients souffrant de trouble panique). Les posologies sont identiques à celles utilisées en cas de dépression, à l'exception du trouble obsessionnel-compulsif qui peut nécessiter des posologies plus élevées. La plupart des effets secondaires disparaissent après deux à trois semaines de traitement, à l'exception des troubles sexuels. Il est aussi important de noter que l'efficacité du traitement apparaît après deux à quatre semaines. En cas de nécessité, des benzodiazépines peuvent être prescrites en début de traitement, en association aux antidépresseurs, puis retirées progressivement lorsque ceux-là se montrent efficaces. Etant donné l'aspect chronique des troubles anxieux, un traitement psychopharmacologique devrait être prescrit durant, au minimum, un an.

La Buspirone (Buspar) est une alternative thérapeutique à envisager de cas en cas. Les β -bloquants peuvent être efficaces, bien que mal documentés sur le plan scientifique, sur les symptômes somatiques (tachycardie, tremor) de l'anxiété de performance. Par contre les neuro-

leptiques sédatifs ainsi que les neuroleptiques de deuxième génération n'ont jamais démontré leur efficacité lors d'études en double aveugle sur les troubles anxieux. Par ailleurs, ils sont grevés d'effets secondaires importants (hypotension orthostatique, prise pondérale, sédation, dysfonction du métabolisme du glucose, tachycardie, constipation) qui font qu'ils sont très mal supportés par les patients anxieux.

L'arrêt éventuel de la médication devra être discuté avec le patient et se faire de manière progressive une fois que celui-ci présentera une amélioration complète de sa symptomatologie et de son fonctionnement.

Conclusion

Les troubles anxieux sont fréquents parmi les patients des médecins de premier recours et entraînent une consommation importante de soins. Il est particulièrement important que le médecin de premier recours reconnaisse, identifie et diagnostique les troubles anxieux. Ceux-ci peuvent être traités de manière efficace par une approche combinant un traitement psychopharmacologique associé à une psychothérapie de soutien et à une approche psychoéducatrice. Par ailleurs, pour les situations particulièrement difficiles, le médecin de premier recours peut s'adresser, de façon complémentaire, aux services spécialisés d'un psychiatre ou d'un psychologue familier des interventions cognitivo-comportementales.

Références

- 1 Pini S, Perkonig A, Tansella M, Wittchen H-V. Prevalence and 12-month outcome of threshold and subthreshold mental disorders in primary care. *J Affect Disorder* 1999;56: 37-48.
- 2 Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier Y, et al. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorder in primary health care. *Br J Psychiatry suppl*. 1996;30:38-43.
- 3 Alonso J, Angermeyer M.C, Bermert S, Bruffaerts R, et al. Disability and quality of life impact of mental disorder in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorder (E S E M e D) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109(suppl. 420):38-46.
- 4 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- 5 Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care. *Primary Care Evaluation of Mental Disorder. Patient Health Questionnaire*. *JAMA* 1999;156(12):1856-64.
- 6 Borgeat F, Zullino D. Dossier Les troubles anxieux: quelques questions fréquentes ou non résolues concernant l'anxiété et les troubles anxieux. *Santé mentale au Québec* 2004;XXIX:1.
- 7 Nemeroff C B, Schatzberg A F. Recognition and Treatment of Psychiatric Disorders: A Psychopharmacology Handbook for Primary Care. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2001.

Correspondance:
Dr Christian Bryois
Médecin directeur du Secteur
psychiatrique Ouest vaudois
CH-1197 Prangins