

## PHARMACIENS

Les médicaments psychotropes peuvent être nécessaires dans certains cas particuliers, à doses minimales et pour une durée adaptée. Malheureusement, de nombreux patients en font un usage chronique.

L'accoutumance et la dépendance que les benzodiazépines entraînent sont délicates, mais possibles à désamorcer. Elles peuvent aussi être évitées en orientant dès le départ les patients vers d'autres solutions, d'ailleurs plus efficaces à long terme.

L'initiation ou non d'un traitement antidépresseurs en cas de dépression doit être analysée. Le degré de la gravité de la dépression déterminera si une prescription d'antidépresseurs est nécessaire.



INSOMNIE

## 1.1 (RÉ)ORIENTER LE PATIENT

Le pharmacien est souvent le premier interlocuteur en cas de problèmes de sommeil. Voici une liste non exhaustive des critères d'orientation du patient vers un médecin :

- > Des signes font penser qu'il faut rechercher la cause du problème de sommeil. Les problèmes sous-jacents possibles sont notamment :
  - affection psychiatrique (dépression, assuétude, stress post-traumatique...);
  - affection médicale (BPCO, hyperthyroïdie, reflux, ménopause, arthrite...);
  - affection neurologique (maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, tumeur cérébrale...);
  - prise de médicaments (antidépresseurs, bronchodilatateurs, stimulant du système nerveux central...);
  - autres (syndrome des jambes sans repos, perturbation du rythme circadien...).
- > Le patient n'est pas suffisamment ouvert à l'effort personnel /à une prise en charge autonome / aux conseils non médicamenteux / aux médicaments obtenus sans ordonnance à la pharmacie.
- > L'insomnie devient subaiguë/chronique (> 4 semaines).
- > Il est question d'une souffrance sévère.
- > Il est question d'un dysfonctionnement social sévère.
- > Vous pensez qu'une approche plus spécialisée et davantage axée sur les plaintes est nécessaire.
- > Vous pensez qu'une approche approfondie (ou prolongée) orientée sur la personne est nécessaire ou judicieuse.

## 1.2 INSOMNIE OU PSEUDO-INSOMNIE ?

On parle d'un **trouble du sommeil** lorsque le patient se plaint de la quantité ou de la qualité du sommeil (besoin de bien plus de 30 minutes pour s'endormir, se réveiller en cours de nuit et/ou tôt avec impossibilité de se rendormir). L'expérience subjective du patient prévaut donc ici.

Lorsque ces problèmes de sommeil se traduisent également par un plus mauvais fonctionnement pendant la journée (fatigue, problèmes de concentration, irritation,...), on parle d'**insomnie**. L'insomnie proprement dite n'est donc pas seulement un problème affectant la nuit, mais un problème qui concerne les 24 heures.

D'autres troubles du sommeil ne seront pas discutés ici. Citons, par exemple, le syndrome d'apnée obstructive du sommeil, le syndrome des jambes sans repos, les crampes nocturnes, le syndrome de retard de phase du sommeil et la narcolepsie.

Si le patient dit qu'il dort mal, mais qu'il ne présente pas de symptômes au niveau de ses capacités fonctionnelles diurnes, on parle de « **pseudo-insomnie** ». On entend fréquemment certaines idées fausses. Par exemple :

- > Un petit dormeur, qui n'a besoin que de peu de sommeil, mais qui prétend devoir dormir 7 à 8 heures.
- > La présence de symptômes à l'endormissement, qui pourraient être résolus grâce à un changement de comportement et/ou des mesures d'hygiène du sommeil.
- > Une personne âgée se plaint de ne plus dormir aussi bien qu'avant, mais chez les personnes âgées, le sommeil est physiologiquement léger, plus court et souvent interrompu.

Lorsque les troubles du sommeil durent plus de trois mois, on considère qu'ils sont « chroniques ».

Un certain nombre de caractéristiques propres à la personne sont liées aux problèmes de sommeil :

- > Ils sont plus fréquents chez les personnes âgées.
- > Ils sont plus fréquents chez les femmes (33%) que chez les hommes (26%).
- > Ils sont plus fréquents parmi les personnes peu qualifiées (31%-43%) que parmi les personnes hautement qualifiées (26%).
- > Ils varient en même temps que les périodes de stress.
- > Ils sont plus fréquents en cas d'affection somatique ou psychiatrique chronique.

Les problèmes de sommeil sont souvent la conséquence de toute une série d'autres problèmes (« la nuit est le reflet de la journée »). Mais, au bout d'un certain temps,

ils provoquent, à leur tour, d'autres symptômes ou problèmes. C'est à cet égard que l'on peut faire une distinction entre l'insomnie avec ou sans comorbidité.

Une étude épidémiologique a montré que l'insomnie qui dure depuis longtemps est associée à des problèmes sur le plan des capacités fonctionnelles à la maison et au travail (avec entre autres un absentéisme croissant), un risque accru d'accidents de la route, d'accidents du travail, de chutes, de problèmes psychiatriques (dépression, angoisse, addictions, démence). Ainsi s'installe un **cercle vicieux** compliquant la bonne interprétation du symptôme (c'est-à-dire des problèmes de sommeil). En cas de plaintes relatives au sommeil, le médecin généraliste peut réaliser une exploration spécifique.

## 1.3 INFORMER LE PATIENT

Les trois questions principales du patient sont toujours les suivantes :

- > Qu'est-ce que j'ai ?
- > A quoi est-ce dû ?
- > Que puis-je faire pour aller mieux ?

### QU'EST-CE QUE J'AI ?

Comprendre de quoi il s'agit est une étape essentielle pour le patient. Lui dispenser des informations sur le « sommeil réparateur » et sur les troubles du sommeil, adapter les explications à ses besoins et à ses connaissances sont des démarches importantes. À cet effet, le pharmacien peut éventuellement utiliser la

 **Brochure insomnie et trouble du sommeil** . Expliquer en quoi consiste un sommeil normal et corriger les idées erronées :

- > Le nombre d'heures de sommeil idéal diffère d'une personne à l'autre : la plupart des gens ont besoin de 6 à 8 heures de sommeil. La fatigue ressentie ou les capacités fonctionnelles au cours de la journée sont des éléments plus pertinents que le nombre d'heures de sommeil.
- > La structure du sommeil varie au cours de la vie (il est fréquent qu'avec l'âge, on ait besoin de moins de sommeil).
- > Le temps qu'il faut pour s'endormir varie beaucoup d'une personne à l'autre. Une période plus longue n'est pas nécessairement anormale ou problématique.
- > Le sommeil comprend de différentes phases qui se répètent plusieurs fois durant la nuit. Au fur et à mesure que la nuit avance, le sommeil devient moins profond et il est normal de se réveiller pour une courte période de temps.
- > L'insomnie touche 30 % des adultes.
- > Les somnifères et l'alcool altèrent l'architecture restauratrice normale du sommeil.

### A QUOI EST-CE DÛ ?

Expliquer au patient comment les problèmes de sommeil peuvent apparaître :

- > Un mauvais sommeil risque d'entraîner un cercle vicieux. Un mauvais sommeil peut provoquer des sentiments d'anxiété et de frustration. Par exemple, le patient pourrait avoir peur que le manque de sommeil chronique n'affecte ses

capacités fonctionnelles. S'il se tracasse à ce sujet, cela entraîne une tension physique.

- > Le fait de mal dormir peut aussi entraîner de habitudes de sommeil problématiques. Par exemple, il se peut que le patient se couche de plus en plus tard parce qu'il appréhende ce moment, ou qu'il boive un verre d'alcool pour s'endormir plus facilement.
- > Toutes ces conséquences possibles entretiennent un mauvais sommeil. Le patient entre ainsi dans une spirale négative.
- > Dans les cas de problèmes de sommeil chroniques, le conditionnement fait que l'idée même de devoir dormir suffit à entrer dans le **Cercle de l'anxiété**.

## QUE PUIS-JE FAIRE POUR ALLER MIEUX ?

Expliquer en quoi consiste une bonne hygiène de sommeil. Le pharmacien peut remettre au patient le prospectus **Hygiène du sommeil** "avec des conseils pour une meilleure hygiène de sommeil.

### 1.4 CONSEILS PRATIQUES AU PATIENT (HYGIÈNE DU SOMMEIL)

- > Ne pas rester au lit si l'on n'arrive pas à dormir. Il faut se lever et ne retourner au lit que lorsque l'on est suffisamment somnolent.
- > Éviter la consommation de stimulants (café, thé, boissons à la caféine...), en particulier dans les 4 à 6 h précédant le coucher.
- > Ne pas fumer avant d'aller dormir (la nicotine a un effet stimulant).
- > Limiter la consommation d'alcool dans les 2 heures avant le coucher (l'alcool aide parfois à s'endormir, mais il provoque des réveils nocturnes)
- > Éviter des repas copieux ou trop épicés avant le coucher ; une légère collation peut aider à l'endormissement
- > Éviter de faire du sport dans les heures qui précèdent le coucher. Par contre, une activité physique soutenue dans la journée est favorable au sommeil.
- > Consacrer la dernière ½ heure de journée à la préparation progressive au sommeil. Pratiquer une activité qui apporte de la détente, comme la relaxation.
- > Faire de la chambre un lieu propice au sommeil : réduire les bruits ou porter des bouchons d'oreille, faire l'obscurité, régler le chauffage à un niveau agréable (16-18°C), aérer suffisamment, choisir un bon matelas et un bon oreiller
- > Adopter un horaire régulier de lever ; éviter de décaler le sommeil dans la journée, même après une mauvaise nuit de sommeil
- > Ne pas faire de sieste.
- > Se déconnecter ! Il est recommandé d'éviter l'usage des appareils électroniques (iPad, smartphone, ordinateur portable...) 1h à 1h30 avant d'aller dormir. D'une part pour diminuer la stimulation du cerveau et d'autre part pour éviter l'exposition à la lumière bleue émise par ces appareils digitaux, car la lumière bleue réduit la production de mélatonine.

### 1.5 LES THÉRAPIES NON MÉDICAMENTEUSES À LONG TERME

Les recommandations sur l'insomnie proposent une approche progressive impliquant diverses interventions non médicamenteuses.

Ces traitements non pharmacologiques de première ligne sont utiles par exemple chez les patients qui préfèrent ne pas prendre de médicaments ou lorsque le patient ne répond pas aux somnifères. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) peut également être opportune en association avec une thérapie initiale par somnifères. La psychothérapie est, à long terme, plus efficace que les somnifères.

La TTC-i (Thérapie Cognitivo-Comportementale pour l'insomnie) a un effet prouvé sur l'insomnie à long terme, mais nécessite l'engagement du patient. Cette thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie est offerte dans un certain nombre de centres spécialisés, tant individuellement qu'en groupe. Certaines mutuelles prévoient un remboursement partiel des apprentissages (formation) sur le sommeil ou TTC-i.

Outre l'information du patient et les conseils en matière de sommeil (hygiène du sommeil), les livres d'auto-assistance (bibliothérapie – avec des méthodes pour mieux dormir) ou un cours de sommeil (offre de groupe) semblent également avoir un effet positif sur le schéma du sommeil.

Si les problèmes de sommeil persistent pendant plus d'un mois (problèmes de sommeil subaigus ou chroniques), les interventions ci-dessus peuvent ne pas suffire, car le conditionnement a eu lieu : 'Aller dormir' a, pour beaucoup de personnes, un sens neutre, voire positif; il est associé à la convivialité, à l'intimité, au repos, au sommeil, ... Parfois 'aller dormir' peut aussi avoir un sens négatif : il est associé au fait de rester éveillé, à l'inquiétude, l'irritation, la frustration, ...

Diverses interventions de la CTT-i peuvent être utilisées pour briser ce cercle vicieux. Pour ces interventions, le patient est souvent orienté vers un psychologue ou un kinésithérapeute (de première ligne) spécialement formé dans la prise en charge de l'insomnie.

## A/ TECHNIQUES DE RÉDUCTION DU STRESS (EN CAS D'ÉVEIL PHYSIQUE/DE STRESS)

- › Exercices de relaxation: insérez des exercices de relaxation pendant la journée ou avant le coucher (cfr. la nuit est le reflet du jour). Ceci peut aussi être le yoga, la pleine conscience, l'écoute de la musique...
- › Installez une zone tampon : insérez une "heure de décompression" ('unwinding'/'cooling down'). Une heure avant le coucher, aucune activité spécifique et uniquement de la détente.
- › Traitement structuré de l'information avant le coucher: planifiez un "temps de réflexion constructif" fixe (20-30 minutes) en début de soirée (pour éviter que les inquiétudes ou les listes to-do ne se fasse au lit).

## B/ TECHNIQUES COGNITIVES (EN CAS D'INQUIÉTUDES)

Sur la base d'un **schéma comportemental 5'** (tâche d'enregistrement / devoir à la maison), on peut identifier les pensées qui ne sont pas utiles.

Au sein d'un cercle d'insomnie, il y a souvent de nombreuses pensées inutiles qui jouent : "Je dois dormir 8 heures, sinon je ne pourrai pas fonctionner demain", "je devrai de nouveau rattraper mon retard de sommeil demain", "... Les schémas de pensées inutiles peuvent être discutées, remises en question et réajustées lors d'une consultation de suivi (cfr. psychoéducation sur le sommeil). Un schéma 5G peut aussi aider à identifier d'autres pensées non utiles (sur les événements de la vie, les problèmes relationnels, ...).

## C/ CONTRÔLE DES STIMULI (ROMPRE LE CONDITIONNEMENT NÉGATIF DU 'LIT')

- › La **Technique de contrôle de stimulus** vise à réapprendre à associer le lit à la somnolence (cfr. cercle de l'insomnie).
- › Le patient s'assure de ne jamais rester éveillé au lit pendant plus de 20 minutes, mais de se lever et de faire quelque chose de relaxant jusqu'à ce qu'il/elle soit fatigué(e). Ce n'est que lorsque le/la patient(e) est fatigué(e) qu'il (elle)tente à nouveau de s'endormir dans son lit.

A l'aide du **Journal du sommeil version minimum** ou

**Journal du sommeil avec exploration**, vous pouvez surveiller l'impact de cette intervention ; informez le patient que le déconditionnement prend souvent 2 à 3 semaines.

## D/ RESTRICTION DU 'TEMPS PASSÉ AU LIT' (AUGMENTATION DU BESOIN DE SOMMEIL EN CAS DE SCHÉMA DE SOMMEIL INEFFICACE)

La **Technique de 'restriction du temps passé au lit'** a pour but d'augmenter l'efficacité du sommeil.

Cette intervention ne peut être utilisée qu'après avoir tenu un

**Journal du sommeil version minimum** ou

**Journal du sommeil avec exploration** pendant au moins 2 semaines. Le temps

moyen de sommeil doit toutefois être calculé.

1. Calculez le temps moyen de sommeil : (temps moyen au lit) – (temps moyen d'éveil au lit) + (30 min. de sommeil) = ... (ex. : 8 h au lit – 3 h éveillé + 30 min d'endormissement = 5,30 heures de sommeil)
2. Déterminer l'heure souhaitée pour se lever en concertation avec le patient (p.ex. se lever à 6 h30)
3. Calculez le moment de début de l'endormissement (compte à rebours du temps du lever)  
(dans notre exemple, le patient ne doit aller dormir qu'à 01 h du matin pour avoir 5 h30 de sommeil jusqu'à l'heure convenue pour se lever).
4. Si l'efficacité du sommeil > 85%, le temps de sommeil par semaine peut augmenter de 15 minutes. L'accumulation s'arrête dès que le patient se sent suffisamment éveillé pendant la journée ou que le sommeil est à nouveau plus fragmenté. Vous pouvez toujours calculer l'efficacité du sommeil (durée totale du sommeil / temps passé au lit) au moyen du journal du sommeil. (Dans notre exemple, le patient peut alors s'endormir à 00 h45).

## 1.6 PHYTOTHÉRAPIE (DÉLIVRANCE LIBRE)

Dans le Répertoire commenté des Médicaments figure un certain nombre de médicaments qui contiennent des extraits de plantes, notamment dans le chapitre « Hypnotiques, sédatifs, anxiolytiques ». Elles ont fait l'objet d'une procédure d'enregistrement simplifiée vu :

- > Leur usage traditionnel: il n'y a pas suffisamment de preuves provenant d'essais cliniques, mais leur efficacité est plausible et il a été démontré qu'elles ont été utilisées de cette façon de manière sûre pendant au moins 30 ans, dont au moins 15 ans en Union Européenne ;
- > Ou leur usage bien établi: il existe des données bibliographiques fournissant une preuve scientifique de leur efficacité et de leur sécurité lorsqu'elles sont utilisées de cette manière, et couvrant une période d'au moins 10 ans en Union européenne.

Des compléments alimentaires et des dispositifs médicaux à base de plantes sont également disponibles avec mention d'un effet favorable sur le sommeil, l'anxiété et le stress.

À l'heure actuelle, on n'a pas observé d'effets indésirables à long terme (dépendance, tolérance) lors de l'utilisation de ces plantes. Mais leur administration ne doit pas faire oublier au patient **l'importance des mesures non médicamenteuses, de la recherche et de la prise en charge de la cause de ses plaintes.**

De nombreuses plantes sont réputées favoriser l'endormissement, mais pour la plupart d'entre elles, on ne dispose pas de preuve d'efficacité. Certaines ont un rapport bénéfices-risques négatif comme l'anémone pulsatile et la ballote. Elles seront donc à déconseiller en cas d'insomnie. D'autres plantes comme le tilleul, la mélisse, l'oranger ou la verveine odorante paraissent sans effet indésirable notable. La prise d'une infusion en soirée permet de ménager un moment de détente avant le coucher, voire d'instaurer un rituel favorable. Le recours à des plantes comme l'aubépine, le houblon ou la passiflore semble également acceptable du fait de l'absence d'effets indésirables graves liés à leur emploi.



**La valériane** (*Valeriana officinalis*) a fait l'objet de plusieurs études dans la prise en charge des troubles du sommeil, mais la plupart d'entre elles présentent des problèmes méthodologiques et ne permettent pas de tirer des conclusions quant à son efficacité. Elle exercerait un effet hypnotique modeste, comparable à celui d'une benzodiazépine à faible dose.

Dans une monographie consacrée à la racine de valériane (approuvée en 2006 et mise à jour en 2016), le comité des médicaments à base de plantes de l'EMA (HMPC) conclut que les préparations à base de racine de valériane peuvent être utilisées pour soulager les symptômes légers du stress, la tension nerveuse légère et les troubles du sommeil chez les adultes et les enfants de plus de 12 ans.

### EFFETS INDÉSIRABLES:

- > Nausées, douleurs abdominales;
- > Suspicion d'effets hépatotoxiques;
- > Certains constituants peuvent être à l'origine d'effets mutagènes et cytotoxiques. Il vaut donc mieux utiliser des extraits aqueux et hydroalcooliques de titre faible qui ne contiennent pas ces composants toxiques (indétectables dans les préparations de valériane enregistrées en Belgique).

- › Prudence chez les patients avec des antécédents ou atteints de troubles hépatiques.
- › Par manque de données, l'administration chez la femme enceinte ou allaitante, et chez l'enfant de moins de 12 ans n'est pas recommandée.
- › En cas de persistance des symptômes au-delà de 2 semaines, une visite chez le médecin sera envisagée.

## INTERACTIONS:

- › Une augmentation des effets sédatifs de la valériane est possible en association avec d'autres médicaments sédatifs ou la consommation d'alcool.

## 1.7 LES MÉDICAMENTS

La place limitée du traitement médicamenteux consiste principalement en l'administration de médicaments à effet hypnotique :

- › **Les benzodiazépines (BZD) à durée d'action intermédiaire** (alprazolam, bromazepam, brotizolam, clotiazepam, loprazolam, lorazepam, lormetazepam, oxazepam) ou les **z-drugs** (zolpidem, zopiclone). À court terme, ils raccourcissent le délai d'endormissement, ainsi que le nombre et la durée des réveils. Les BZD à durée d'action intermédiaire présentent moins de risque d'effet rebond à l'arrêt et de réactions paradoxales que celles à courte durée d'action. Elles présentent également moins de risque d'effet résiduel le lendemain que celles à longue durée d'action. Les z-drugs ne présentent pas de preuves de supériorité par rapport aux benzodiazépines en ce qui concerne leur efficacité et leur innocuité. Ces traitements seront utilisés à la posologie minimale efficace et sur une courte période au vu du risque d'apparition de tolérance et de dépendance pouvant survenir après quelques semaines. Mieux vaut envisager d'emblée avec le patient les conditions et les modalités d'arrêt du traitement afin de réduire les risques liés à une utilisation prolongée.
- › **Les antidépresseurs sédatifs** (amitriptyline, doxépine, mirtazapine, trazodone...) sont parfois prescrits dans cette indication, mais sans véritable évidence scientifique. Ils sont la source de nombreux effets indésirables et seront donc réservés aux patients présentant des symptômes psychiatriques.
- › La place de la **mélatonine** dans la prise en charge de l'insomnie est limitée. Il semble qu'elle améliore les symptômes liés au décalage horaire.
- › **Les antihistaminiques H1 sédatifs** sont parfois utilisés en raison de leurs effets indésirables sédatifs (alimémazine, diphenhydramine...). Ils ont un effet à court terme dans l'insomnie. Ils sont la source d'effets anticholinergiques (sécheresse de la bouche, constipation, troubles de l'accommodation visuelle, rétention urinaire...) et d'un risque de somnolence diurne.
- › **Les antipsychotiques** n'ont pas de place dans la prise en charge des troubles du sommeil. Ils seront réservés aux patients présentant des symptômes psychiatriques.

## EFFETS SECONDAIRES OU TROUBLES DU SOMMEIL ?

Certains médicaments provoquent des effets secondaires proches des troubles du sommeil.

### Interactions pharmacodynamiques

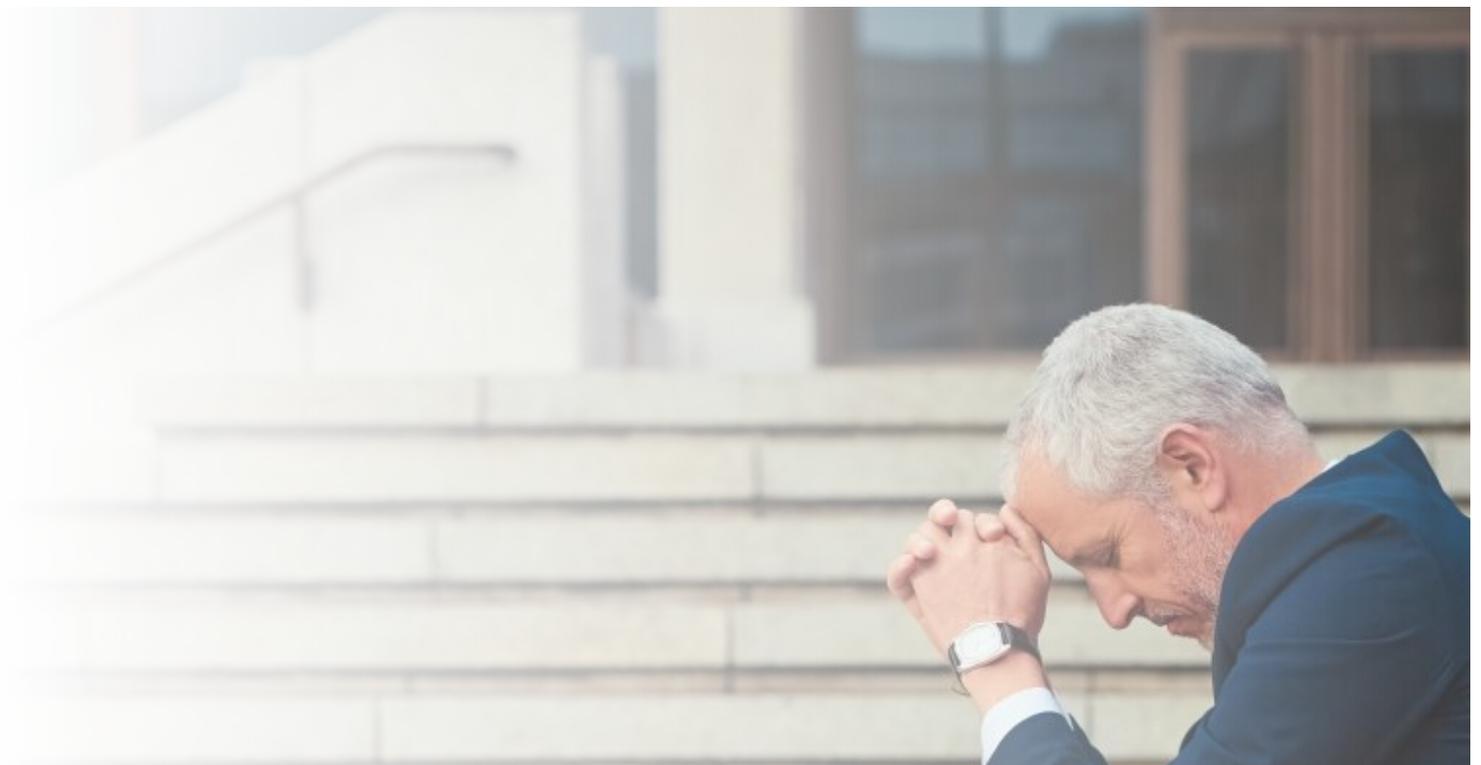
Médicaments pouvant perturber le sommeil (insomnies, rêves désagréables, cauchemars...)	
Amphétaminiques	bupropion, méthylphénidate...
Antidépresseurs	fluoxétine, nortriptyline, réboxétine...
Antiparkinsoniens	lévodopa, apomorphine, bromocriptine, pramipexole, ropinirole, rotigotine
Corticoïdes	méthylprednisolone, prednisolone...
Sympathicomimétiques	adrénaline, pseudoéphédrine, phényléphrine...

Médicaments du sevrage tabagique	varénicline, nicotine
Anticholinestérasiques	donépézil, galantamine, rivastigmine
Béta-bloquants	aténolol, bisoprolol, carvedilol, céliprolol, métoprolol...
Autres	théophylline, nalméfène, caféine...

Médicaments pouvant augmenter l'effet sédatif des benzodiazépines et apparentés	
Antihistaminiques H1 sédatifs	alimémazine, chlorphénamine, diphenhydramine, dimenhydrinate, hydroxyzine, méclozine, prométhazine...
Antidépresseurs sédatifs	amitriptyline, clomipramine, doxépine, maprotiline, miansérine, mirtazapine...
Antipsychotiques	lévomépromazine, halopéridol, pimozide, tiapride, aripiprazole, clozapine...
Opioides	morphine, buprénorphine, tramadol, codéine, éthylmorphine...
Antiépileptiques	acide valproïque, carbamazépine, gabapentine, lamotrigine, phénytoïne...
Antihypertenseurs centraux	clonidine, méthylodopa, moxonidine
Autres	baclofène...

#### Interactions pharmacocinétiques

- > diazepam = substrat CYP2C19  
Attention aux inducteurs et aux inhibiteurs enzymatiques du CYP2C19
- > alprazolam, midazolam, triazolam = substrats CYP3A4
- > zolpidem, zopiclone = substrats CYP3A4  
Attention aux inducteurs et aux inhibiteurs enzymatiques du CYP3A4





## ANXIÉTÉ

### 2.1 LES TROUBLES ANXIEUX ET APPARENTÉS

Le DSM-5 (cinquième version du Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders) décrit différents types de troubles anxieux, de troubles obsessionnels compulsifs et de troubles liés aux traumatismes et au stress. Cette typologie est assez artificielle. Dans la pratique, on rencontre beaucoup de formes mixtes. Les troubles anxieux et troubles apparentés les plus fréquents sont les suivants :

- › Trouble panique, avec ou sans agoraphobie (peur des grands espaces, de la foule)
- › Phobies spécifiques, par exemple, peur de conduire, phobie des hauteurs, phobie de l'avion, claustrophobie (phobie des espaces confinés), etc.
- › Phobie sociale
- › Anxiété généralisée
- › Trouble obsessionnel compulsif (TOC)
- › Stress post-traumatique

#### LES SYMPTÔMES PHYSIQUES

Il arrive souvent que le patient ne soit pas conscient de son angoisse et qu'il se présente avec des symptômes somatiques. Les symptômes physiques sont parfois particulièrement sévères. Par exemple, une crise de panique peut ressembler à un infarctus du myocarde, et une hyperventilation à une crise d'asthme. Les symptômes physiques les plus fréquents sont :

- › Oppression thoracique

- > Palpitations ou douleur dans la région du cœur
- > Picotements dans les mains et les pieds ou la bouche
- > Tremblements
- > Mains moites
- > Bouffées de chaleur ou frissons
- > Troubles intestinaux, tels que gêne abdominale, crampes ou douleurs, diarrhée, sensation de brûlure de l'estomac, nausées et vomissements
- > Besoin fréquent d'uriner
- > Céphalée
- > Dorsalgie

Les symptômes physiques sont souvent accompagnés de troubles du sommeil, de problèmes de concentration et de troubles de la mémoire à court terme. Si aucune maladie physique ne peut expliquer ces symptômes physiques, on parle d'anxiété.

## 2.2 INFORMER LE PATIENT (MESSAGES À FAIRE PASSER)

Outre l'empathie, il est indispensable que le patient dispose de bonnes informations sur son anxiété. Les 3 questions principales du patient sont toujours les suivantes : Qu'est-ce que j'ai ? À quoi est-ce dû ? Que puis-je faire pour en aller mieux ?

Comprendre de quoi il s'agit est une étape essentielle pour le patient. Dispenser une psychoéducation est utile non seulement lorsque le patient parle de ses symptômes pour la première fois, mais aussi lors de contacts ultérieurs.

Expliquer le cercle vicieux dans lequel le patient se trouve pris et les facteurs qui provoquent l'anxiété et favorisent son maintien. Prendre conscience du mécanisme d'apparition de l'anxiété peut favoriser la diminution des symptômes du fait que le patient comprend que l'anxiété est hors du réel. Le but est que le patient apprenne à retrouver le contrôle de l'anxiété, pour pouvoir la maîtriser.

- > Les formes légères d'anxiété peuvent être traitées par le médecin généraliste. Dans certains cas, l'aide d'un spécialiste est recommandée. Ici, 2 approches sont possibles :
  - L'approche physique : relaxation par kinésithérapie en cas d'anxiété légère à modérée. Le patient y apprend à maîtriser son anxiété. La cause n'est toutefois pas traitée.
  - L'approche psychologique en cas d'anxiété grave et chronique. On s'axe alors sur la cause, les attitudes et/ou les comportements.
- > L'anxiété est une réaction normale suite à une émotion déterminée. Elle est de nature désagréable et peut être accompagnée de symptômes somatiques tels que palpitations, pyrosis, sensation d'oppression, maux de tête...
- > Le traitement médicamenteux a un effet limité, il ne s'attaque pas à la cause. Le traitement non médicamenteux a une place bien plus importante. Dans certains cas, l'aide d'un spécialiste est indiquée.

### Conseils au patient anxieux :

Il est important pour le patient d'apprendre à maîtriser son anxiété.

Ne pas avoir honte de ses sentiments d'anxiété ou de panique, mais au contraire d'en parler autour de lui.

Ne pas se soucier de ce que les autres pensent de lui.

Essayer de ne pas éviter les situations générant chez lui de l'anxiété. S'il les affronte, il remarquera que l'inquiétude, les tremblements et la transpiration disparaissent au bout d'un certain temps.

## 2.3 (RÉ)ORIENTER LE PATIENT

Il existe plusieurs formes de troubles anxieux, et ce n'est pas facile de déterminer si un patient se fait trop de soucis inutilement ou s'il souffre d'un trouble anxieux.

Une orientation vers le médecin est recommandée dans les cas suivants :

- › L'anxiété ou l'inquiétude du patient est excessive par rapport à la situation.
- › Le patient dit lui-même qu'il souffre de son inquiétude ou de son angoisse.

Le médecin généraliste peut, à son tour, décider d'adresser le patient à un spécialiste. Cela est déjà possible lorsque les symptômes d'anxiété sont légers.

## 2.4 LES THÉRAPIES NON MÉDICAMENTEUSES À LONG-TERME

### LA PSYCHOTHÉRAPIE

Le traitement se déroule par étapes.

- › On commence toujours par de la psychoéducation (voir plus haut). Chez certains patients, ces explications peuvent suffire pour que les symptômes d'anxiété disparaissent.
- › Si la psychoéducation seule ne suffit pas, on peut commencer une prise en charge autonome en recourant à des techniques de thérapie cognitivo-comportementale. Cela peut se faire sous accompagnement par le médecin généraliste, ou bien on peut opter pour un accompagnement à distance (par exemple via internet).
- › Si cela non plus n'a pas d'effet suffisant, le patient est adressé à un intervenant pour débiter une thérapie cognitivo-comportementale ou un traitement médicamenteux. Cette troisième étape sera immédiatement débutée si le patient n'est pas ouvert à une prise en charge autonome ou si sa souffrance est sévère et/ou en cas de dysfonctionnement social grave ou de comorbidité psychique. Dans le cas de trouble obsessionnel compulsif ou de stress post-traumatique aussi, il est conseillé d'orienter le patient vers un intervenant parce que ces affections nécessitent un traitement spécialisé.
- › L'association de la psychothérapie et d'un traitement médicamenteux se justifie lorsque les traitements séparés n'ont pas d'effet suffisant.

### LA THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) associe une thérapie cognitive et une thérapie comportementale.

- › **La thérapie cognitive** est axée sur les pensées et la manière dont elles déterminent les émotions et les actes. Une première phase permet d'établir un lien entre, d'une part, les pensées et le style de pensées et, d'autre part, la cause des troubles anxieux. Dans une deuxième phase, on apprend à gérer ses pensées d'une autre manière (par exemple en encourageant à juger les pensées angoissantes par rapport à la réalité de sorte que, grâce à des pensées plus rationnelles au sujet des phénomènes angoissants, l'anxiété diminue).
- › **La thérapie comportementale** considère que les changements ont leur point de départ dans le comportement. La façon dont nous agissons modifie nos pensées et nos sentiments (on peut ainsi traiter le comportement d'évitement par des « expositions in vivo » : en s'exposant progressivement de plus en plus à la situation angoissante, on finit par faire disparaître l'anxiété).

« Apprendre à penser autrement » et « apprendre à agir autrement » sont donc les deux piliers de la TCC. Selon les besoins du patient, l'accent est mis sur un procédé cognitif ou sur un procédé comportemental.

## 2.5 PHYTOTHÉRAPIE (DÉLIVRANCE LIBRE)

Dans le Répertoire commenté des Médicaments figure un certain nombre de médicaments qui contiennent des extraits de plantes, notamment dans le chapitre « Hypnotiques, sédatifs, anxiolytiques ». Elles ont fait l'objet d'une procédure d'enregistrement simplifiée vu :

- > leur usage traditionnel : il n'y a pas suffisamment de preuves provenant d'essais cliniques, mais leur efficacité est plausible et il a été démontré qu'elles ont été utilisées de cette façon de manière sûre pendant au moins 30 ans, dont au moins 15 ans en Union Européenne ;
- > ou leur usage bien établi : il existe des données bibliographiques fournissant une preuve scientifique de leur efficacité et de leur sécurité lorsqu'elles sont utilisées de cette manière, et couvrant une période d'au moins 10 ans en Union européenne.

Des compléments alimentaires et des dispositifs médicaux à base de plantes sont également disponibles avec mention d'un effet favorable sur le sommeil, l'anxiété et le stress.

À l'heure actuelle, on n'a pas observé d'effets indésirables à long terme (dépendance, tolérance) lors de l'utilisation de ces plantes. Mais leur administration ne doit pas faire oublier au patient **l'importance des mesures non médicamenteuses, de la recherche et de la prise en charge de la cause de ses plaintes.**

Aucune information n'est disponible sur l'efficacité de la phytothérapie en cas de phobie sociale ou de trouble panique. La valériane (*Valeriana officinalis*) et la passiflore (*Passiflora incarnata*) ont été étudiées dans les troubles anxieux généralisés, mais pas suffisamment pour leur déterminer une place claire dans cette prise en charge.

Pour **la valériane** : voir chapitre 1.6.

Dans une monographie consacrée à **la passiflore** (approuvée en 2014), le comité des médicaments à base de plantes de l'EMA (HMPC) conclut que les préparations à base de passiflore peuvent être utilisées dans les troubles du sommeil, dans la réduction de l'anxiété et dans le soulagement symptomatique du stress chez les adultes et les enfants de plus de 12 ans.

### EFFETS INDÉSIRABLES :

- > des cas d'hypersensibilité, de nausées et de tachycardie ont été signalés dans la littérature.

### PRÉCAUTIONS :

- > par manque de données, l'administration chez la femme enceinte ou allaitante, et chez l'enfant de moins de 12 ans n'est pas recommandée;
- > en cas de persistance des symptômes au-delà de 2 semaines, une visite chez le médecin sera envisagée.

### INTERACTIONS :

- > une augmentation des effets sédatifs de la passiflore est possible en association avec d'autres médicaments sédatifs ou la consommation d'alcool.

Spécialités à base de plantes www.cbip.be	Indications et posologie usuelle www.cbip.be et RCP
Contenant extrait sec de <i>Valeriana officinalis</i> uniquement : Dormiplant Mono®, Relaxine®, Sedistress Sleep®, Valdispert Relax®, Valdispert Bedtime®	Insomnie : 450 mg à 500 mg 1/2h avant le coucher + 450 mg à 500mg plus tôt dans la soirée si nécessaire

	Troubles nerveux légers : 450 mg à 500 mg 3 à 4x par jour maximum
Contenant extrait sec de Passiflora incarnata uniquement : Sedistress®	Symptômes modérés du stress mental : 200 mg à 400mg matin et soir Faciliter l'endormissement : 200 mg à 400 mg 1/2h avant le coucher
Autres plantes et associations : Aubeline®, Calmiplant®, Rodizen®, Sedinal®, Seneuval®, Valdispert Sleep®, Valdispert Stress®	Voir RCP

## 2.6 LES MÉDICAMENTS

Dans les troubles anxieux, la préférence doit également être accordée à une prise en charge non médicamenteuse en raison de l'efficacité du traitement et de l'absence d'effets indésirables, quel que soit le type d'anxiété (anxiété généralisée, phobie, trouble panique). Les médicaments ont une place en cas de troubles sévères ou d'échec de la prise en charge non médicamenteuse.

Les médicaments utilisés dans ces cas sont principalement :

- > Des **benzodiazépines** (BZD) : l'effet est rapide, mais semble diminuer après quelques semaines. Vu le risque d'effets indésirables (tolérance, dépendance...), la durée de traitement doit être la plus courte possible (1 à 2 semaines). Cependant, la plupart des troubles anxieux persistent des mois voire des années. Les BZD vont de ce fait souvent être administrées sur une longue période. Elles vont ainsi être à l'origine d'une dépendance physique et psychique. Il est donc préférable d'utiliser des molécules à longue durée d'action (Clobazam, clonazepam, clorazepate, cloxazolam, diazepam, flunitrazepam, flurazepam, loflazepate d'éthyle, nitrazepam, nordazepam, prazepam) ou à durée d'action intermédiaire (Alprazolam, bromazepam, brotizolam, clotiazepam, loprazolam, lorazepam, lormetazepam, oxazepam). Elles présentent un risque moindre de symptômes de sevrage par rapport aux molécules à courte durée d'action.
- > Des **antidépresseurs** tricycliques ou des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et/ou de la noradrénaline : leur effet n'apparaît qu'après quelques semaines et leurs effets indésirables sont souvent à l'origine de l'arrêt du traitement.
- > Des **bêta-bloquants** : à faible dose, ils sont efficaces dans les angoisses de performance lors d'examens ou de prestations en public (trac).
- > La **prégabaline** : elle semble efficace à court terme dans l'anxiété généralisée en cas d'intolérance aux autres traitements ou en cas d'interactions médicamenteuses. Elle est la source de nombreux effets indésirables.

## EFFETS SECONDAIRES OU SYMPTÔMES ANXIEUX ?

Certains médicaments provoquent des effets secondaires proches des symptômes de l'anxiété.

### Interactions pharmacodynamiques

Médicaments pouvant être à l'origine d'anxiété ou de symptômes physiques qui peuvent être confondus avec une anxiété	
Amphétaminiques	bupropion, méthylphénidate...
Corticoïdes	méthylprednisolone, prednisolone...
Sympathicomimétiques	adrénaline, pseudoéphédrine, phényléphrine...
Médicaments du sevrage tabagique	varénicline, nicotine
Sympathicomimétiques	adrénaline, pseudoéphédrine, phényléphrine...

Médicaments du sevrage tabagique	varénicline, nicotine
Inhibiteurs de la phosphodiésterase de type 5	sildénafil, tadalafil, vardénafil
Autres	disulfiram, lévothyroxine, mémantine, naltrexone, théophylline...

Médicaments pouvant augmenter l'effet sédatif des benzodiazépines et apparentés	
Antihistaminiques H1 sédatifs	alimémazine, chlorphénamine, diphenhydramine, dimenhydrinate, hydroxyzine, méclozine, prométhazine...
Antidépresseurs sédatifs	amitriptyline, clomipramine, doxépine, maprotiline, miansérine, mirtazapine...
Antipsychotiques	lévomépromazine, halopéridol, pimozide, tiapride, aripiprazole, clozapine...
Opioides	morphine, buprénorphine, tramadol, codéine, éthylmorphine...
Antiépileptiques	acide valproïque, carbamazépine, gabapentine, lamotrigine, phénytoïne...
Antihypertenseurs centraux	clonidine, méthylodopa, moxonidine
Autres	baclofène...

#### Interactions pharmacocinétiques

- > diazepam = substrat CYP2C19  
Attention aux inducteurs et aux inhibiteurs enzymatiques du CYP2C19
- > alprazolam, midazolam, triazolam = substrats CYP3A4
- > zolpidem, zopiclone = substrats CYP3A4  
Attention aux inducteurs et aux inhibiteurs enzymatiques du CYP3A4





## STRESS

### 3.1 STRESS NORMAL, SURMENAGE, BURN-OUT OU DÉPRESSION ?

#### LE STRESS « NORMAL »

Le stress est en effet une réaction naturelle et un important mécanisme de survie. Il peut être considéré comme une réaction saine d'adaptation à une situation anormale ou à un événement anormal.

Les signaux de stress sont des signaux du corps et du psychisme qui indiquent qu'un changement est nécessaire dans la situation.

Une « situation de stress » prolongée ou chronique est malsaine et comporte un risque de cercle vicieux et d'épuisement (exploitation abusive). Du fait de l'épuisement, la réaction finit par ne plus correspondre au stimulus. La coupe est pleine, et chaque goutte supplémentaire la fait déborder.

Si les facteurs de risque restent présents, la réaction de stress peut entraîner un épuisement et elle n'est plus saine. À ce moment, une situation de surmenage ou de burn-out peut apparaître.

#### QUAND LE STRESS DEVIENT CHRONIQUE

Plus la situation de stress devient chronique, plus l'impact sur les capacités fonctionnelles du patient peut devenir important, étant donné que le patient paraît ne pas être suffisamment en état de gérer la situation (échec des stratégies d'adaptation), et les signaux de stress renforcent encore le sentiment de menace.

Un surmenage prolongé peut en outre provoquer d'autres affections psychiatriques. Il est important d'être attentif aux problèmes liés au stress et d'intervenir rapidement.

Dans le stress professionnel, il y a un déséquilibre entre, d'une part, les capacités ou les besoins de la personne et, d'autre part, la nature du travail ou du milieu de travail. Ce déséquilibre peut être dû à différents facteurs :

- > Les **caractéristiques personnelles** telles que l'exigence importante vis-à-vis de soi-même et vis-à-vis des autres, l'incapacité à dire « non », le manque de capacité à planifier ou un mauvais équilibre entre le travail et la vie privée.
- > Le **contenu du travail**: par exemple, le manque de clarté concernant les tâches ou les responsabilités ou une pression constante pour travailler.
- > Les **caractéristiques de l'équipe** dans laquelle on travaille comme des conflits, une mauvaise ambiance, des moqueries, une mauvaise négociation des conventions, plusieurs fonctions avec des conflits d'intérêts, le peu de valorisation.
- > Les **caractéristiques de l'organisation**: elles ne sont pas en bonne correspondance avec celles de la personne. Par exemple, une organisation innovante, tandis que le travailleur a besoin de stabilité.

Stress et distinction entre « situation de stress », surmenage (« pré-burn-out ») et burn-out.

## CARACTÉRISTIQUE DU « SURMENAGE »

- > Plusieurs signaux de stress graves (voir les signaux du stress à 4 niveaux).
- > Sentiment de perte de contrôle ou d'impuissance comme réaction à l'incapacité de gérer les facteurs de stress dans la vie de tous les jours.
- > La gestion du stress est insuffisante. La personne n'en peut plus et a le sentiment de perdre le contrôle.
- > Les symptômes entraînent un dysfonctionnement sur le plan socioprofessionnel.

## CARACTÉRISTIQUES DU « BURN-OUT »

- > Le burn-out est le dernier stade du surmenage suite à un stress chronique qui conduit à un dérèglement du système neurohormonal, avec pour conséquence la panoplie des symptômes physiques et des dysfonctionnements psychiques.
- > Outre les caractéristiques du surmenage, il existe un certain nombre de symptômes spécifiques du burn-out :
  - Fatigue extrême persistante, épuisement (émotionnel)
  - Dépersonnalisation, démotivation, cynisme
  - Sentiment d'incompétence/échec
- > Les symptômes du burn-out ont débuté il y a plus de six mois et sont donc qualifiés de chroniques.
- > Les problèmes des patients atteints de burn-out sont le plus souvent en rapport avec le travail, mais d'autres domaines de la vie peuvent aussi être concernés (par exemple chez les aidants proches). Si le patient ressent le travail comme un facteur de stress, il est souvent face à un dilemme : quitter le travail ou rester. Il y a une ambivalence entre la volonté de se battre pour rester actif et l'épuisement qui pousse à quitter le milieu du travail.
- > Les symptômes de burn-out ressemblent très fort à ceux de la dépression. Le plus souvent, le burn-out est lié principalement à une situation de travail, tandis que la dépression touche tous les aspects de la vie. Le burn-out peut mener à la dépression.

## 3.2 INFORMER LE PATIENT (MESSAGES À FAIRE PASSER)

Les trois principales questions du patient sont toujours les suivantes :

- › Qu'est-ce que j'ai ?
- › À quoi est-ce dû ?
- › Comment puis-je faire pour aller mieux ?

Comprendre de quoi il s'agit est une étape essentielle pour le patient.

- › Le stress fait partie du quotidien. Léger et épisodique, il est acceptable et même bénéfique. Mais dans certains cas, l'organisme ne parvient plus à résister aux tensions, ce qui peut engendrer des plaintes d'ordre psychologique ou physique. Elles constituent des signaux d'alarme auxquels il faut prêter attention !
- › Le traitement médicamenteux du stress est limité, il ne s'attaque pas à la cause. Il est important de ne pas minimiser la situation et de pouvoir rétablir l'équilibre qui s'est rompu. Cela sera réalisable grâce à quelques conseils pour augmenter sa résistance au stress et diminuer les tensions. Dans certains cas, une prise en charge non médicamenteuse spécialisée sera nécessaire.
- › L'hyposomnie est fréquente au début de la prise en charge du stress, car une phase de récupération est nécessaire au vu du déficit énergétique engendré par le stress.
- › Rassurer le patient en cas de plaintes de transpiration excessive au moment de l'éveil. Elle est due à une activation neurovégétative, et diminuera en cours de traitement grâce à une diminution du stress.

## 3.3 CONSEILS PRATIQUES AU PATIENT

### COMMENT AUGMENTER SA RÉSISTANCE AU STRESS ET DIMINUER LES TENSIONS ?

- › Avoir un bon équilibre entre travail et détente.
- › Trouver un exutoire à ses tensions : sport, marche, yoga, hobby...
- › Rechercher et faire ce qui procure du plaisir. Essayer de se réserver chaque jour un moment libre pour faire une activité agréable.
- › Avoir une bonne hygiène de vie :
  - dormir suffisamment, manger sainement et pratiquer une activité physique régulière ;
  - éviter de fumer, de grignoter, de consommer des boissons alcoolisées ou contenant de la caféine.
- › Chercher un soutien dans son entourage.
- › Identifier les situations génératrices de stress et essayer, dans la mesure du possible, de les éviter. Si ce n'est pas possible, essayer d'aborder la situation différemment et de la voir avec les yeux d'un autre.
- › Etablir un planning de travail, dresser la liste des tâches à réaliser et déterminer un ordre de priorité.
- › Apprendre à dire non.

### LA GESTION DU STRESS

Dans le cadre de la gestion du stress, il n'y a pas de méthode meilleure qu'une autre. Ce qui convient à une personne n'est pas nécessairement efficace chez une autre. Le principe fondamental de la gestion du stress est la diminution de la charge et l'augmentation des moyens de la supporter.

Pour diminuer la charge, on peut avoir recours aux techniques cognitives pour, par exemple, identifier les causes du stress (à l'aide d'un journal) et essayer de les éviter ou de les modifier. La (re)structuration des priorités peut aussi aider. Il s'agit d'élaborer un planning de travail ou une liste de tout ce qui doit se passer. Ainsi, on se vide la tête et on a le sentiment de contrôler. Il convient d'oser barrer des éléments de la liste et d'oser dire non !

- › Pour augmenter les moyens de supporter la charge, on peut recourir aux techniques de relaxation et de méditation.

Un support écrit des conseils donnés oralement permet au message de mieux persister.

### 3.4 (RÉ)ORIENTER LE PATIENT

Le stress n'a pas d'effet secondaire négatif tant que la tension ressentie est en rapport avec ce qui la provoque et tant qu'il ne dure pas et qu'il est sous contrôle. Il est nécessaire d'orienter vers un médecin dans les cas suivants :

- › Les symptômes de stress ne sont pas en rapport avec ce qui les provoque ;
- › Les symptômes de stress ne sont pas sous contrôle ;
- › Il y a de longues périodes de stress, sans restauration. Cela peut causer des problèmes physiques, tels que :
  - maux de tête, douleurs à la nuque, douleurs au dos, raideur au lever ;
  - hyperventilation ;
  - insomnie ;
  - mains et pieds froids ;
  - vision trouble, vision double ;
  - tension artérielle élevée, symptômes cardiaques ;
  - symptômes gastro-intestinaux ;
  - vertiges ;
  - sensibilité aux maladies et aux infections.

### 3.5 LES THÉRAPIES NON MÉDICAMENTEUSES À LONG TERME

Si la psychoéducation et la gestion du stress ne sont pas d'une aide suffisante, il vaut mieux adresser le patient à une aide spécialisée.

La thérapie cognitivo-comportementale est également recommandée en cas d'anxiété dans cette phase. Elle associe une thérapie cognitive et une thérapie comportementale.

- › **La thérapie cognitive** est axée sur les pensées et la manière dont elles déterminent les émotions et les actes. Une première phase permet d'établir un lien entre, d'une part, les pensées et le style de pensées et, d'autre part, la cause de l'anxiété. Dans une deuxième phase, on apprend à gérer ses pensées d'une autre manière.
- › **La thérapie comportementale** considère que les changements ont leur point de départ dans le comportement. La façon dont nous agissons modifie nos pensées et nos sentiments.

« Apprendre à penser autrement » et « apprendre à agir autrement » sont donc les deux piliers de la TCC. Selon les besoins du patient, l'accent est mis sur un procédé cognitif ou sur un procédé comportemental.

### 3.6 PHYTOTHÉRAPIE (DÉLIVRANCE LIBRE)

Dans le Répertoire commenté des Médicaments figurent un certain nombre de médicaments qui contiennent des extraits de plantes, notamment dans le chapitre « Hypnotiques, sédatifs, anxiolytiques ». Elles ont fait l'objet d'une procédure d'enregistrement simplifiée vu :

- › leur usage traditionnel : il n'y a pas suffisamment de preuves provenant d'essais cliniques, mais leur efficacité est plausible et il a été démontré qu'elles ont été utilisées de cette façon de manière sûre pendant au moins 30 ans, dont au moins 15 ans en Union Européenne
- › ou leur usage bien établi : il existe des données bibliographiques fournissant une preuve scientifique de leur efficacité et de leur sécurité lorsqu'elles sont utilisées de cette manière, et couvrant une période d'au moins 10 ans en Union européenne.

Des compléments alimentaires et des dispositifs médicaux à base de plantes sont également disponibles avec mention d'un effet favorable sur le sommeil, l'anxiété et le stress.

À l'heure actuelle, on n'a pas observé d'effets indésirables à long terme (dépendance, tolérance) lors de l'utilisation de ces plantes. Mais leur administration ne doit pas faire oublier au patient **l'importance des mesures non médicamenteuses, de la recherche et de la prise en charge de la cause de ses plaintes.**

### 3.7 MÉDICAMENTS

Les plaintes liées au stress signalent au patient un déséquilibre entre ses ressources et les problèmes qu'il doit affronter. La prise en charge consistera surtout en une psychoéducation du stress, ainsi qu'au rétablissement de l'équilibre rompu. La prescription de psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs par exemple) n'a pas de véritable place dans ces cas, car elle peut faire croire au patient que sa situation s'améliore, et à ses yeux minimiser son importance et ses conséquences.

À titre exceptionnel, un traitement médicamenteux peut compléter la prise en charge non médicamenteuse, notamment en cas de plaintes de troubles du sommeil liés au stress : benzodiazépine à durée d'action intermédiaire ou z-drug.

Pour les autres médicaments, il n'existe pas d'évidence scientifique.



DÉPRESSION

