

Vous dites que l'anxiété me rend étourdi, docteur ?

6

Diane Clavet

Mon patient est souvent étourdi et à la description qu'il me fait de ses étourdissements, je soupçonne qu'il s'agit principalement d'un problème anxieux. Je m'interroge :

- ⊗ Dois-je éliminer toutes les causes organiques d'étourdissement avant d'arriver à cette conclusion ?
- ⊗ Que dois-je faire pour convaincre mon patient de mon diagnostic ?
- ⊗ Comment mon patient peut-il prendre la situation en main et prévenir les étourdissements ?

LA CLÉ RÉSIDE dans une approche spécifique du patient¹, qui s'ajoute à la démarche clinique permettant d'explorer les autres types d'étourdissement, si la description initiale des symptômes n'a pas permis de les exclure, et de détecter les problèmes organiques qui peuvent se manifester par de l'anxiété. Cette approche devrait respecter scrupuleusement, au fil des consultations, les étapes décrites dans l'encadré et que nous reprenons maintenant en détail.

Commencer en étant « à l'écoute du patient », sans biaiser l'information

À la question « Qu'est-ce qui vous amène ? », le patient répond généralement en mettant l'accent sur sa préoccupation principale. Par exemple, « Ce sont de gros étourdissements, et personne ne trouve ce qui se passe » (attentes concernant un examen ou des explications), « Ça empire et ça m'épuise. Si ça continue, je ne serai plus capable de faire mon travail »

La D^{re} Diane Clavet, omnipraticienne, exerce au CLSC de Sherbrooke et est professeure au Département de médecine de famille de l'Université de Sherbrooke.

Encadré

Approche face à un patient anxieux étourdi

À la première visite :

- ⊗ Reconnaître dans le type d'étourdissement décrit une manifestation probable d'anxiété et s'intéresser aux conséquences de ce symptôme sur la vie du patient et à ce que ce dernier attend de la consultation.
- ⊗ Confirmer le tableau clinique en cherchant :
 - ⊕ à préciser les autres symptômes qui accompagnent inévitablement l'étourdissement et l'évaluation qui en a été faite jusqu'à maintenant ;
 - ⊕ à obtenir une réponse précise à la question suivante : « Que vous dites-vous au moment où vous vous sentez mal, étourdi ? » ;
 - ⊕ à reproduire l'étourdissement en amenant le patient à hyperventiler pendant l'examen physique.

Parallèlement à ces trois étapes, reformuler périodiquement ce qui est dit ou ressenti par le patient en l'amenant progressivement à adhérer à l'hypothèse que ses étourdissements sont une manifestation anxieuse plutôt qu'un indice de maladie grave ou évolutive.

- ⊗ Expliquer au patient le type d'anxiété dont il souffre et lui donner un aperçu de l'approche qui s'offre à lui pour réduire la fréquence et l'intensité de ses malaises.

Aux visites subséquentes :

- ⊗ Expliquer de nouveau, au besoin, comment l'anxiété peut rendre étourdi. Le patient aura certainement besoin d'y revenir plusieurs fois !
- ⊗ Guider le patient dans l'utilisation d'outils simples lui permettant de faire face à ses inquiétudes et à ses symptômes lorsqu'ils surviennent.

(répercussions fonctionnelles importantes), « Avec les étourdissements que j'ai, c'est certain qu'il se passe quelque chose de pas normal » (inquiétude quant à la possibilité d'un problème sérieux). Si le patient ne mentionne pas spontanément sa préoccupation, on

peut lui demander, par exemple : « Qu'est-ce qui vous a décidé à venir me voir aujourd'hui ? ». Par contre, dès qu'il le manifeste clairement, il est important de lui signifier qu'il a été entendu : « Je comprends que vous voulez vraiment savoir et comprendre ce qui vous arrive » ou « Je comprends que vous souhaitez vraiment trouver une solution à ce problème avant qu'il n'ait des conséquences considérables sur votre vie » ou « Je vois que vos symptômes sont tellement inconfortables qu'ils vous font craindre quelque chose de sérieux ». On doit ensuite l'assurer qu'on portera attention à ses préoccupations.

Comme l'a mentionné le D^r Jacques Bédard dans son article intitulé « Étourdissements et syncope : comment ne pas tourner en rond », la clé de la démarche repose sur l'obtention d'une description précise des étourdissements par le patient sans que le médecin ne l'oriente dans l'une ou l'autre direction. Une question telle que « Décrivez-moi en détail ce que vous ressentez lorsque l'étourdissement survient » permet de démarrer. Il peut être utile d'ajouter en cours de route « Décrivez-moi ce qui se passe à ce moment précis, sans toutefois utiliser le mot étourdi ». Des expressions comme « C'est bizarre dans ma tête, c'est comme si je flottais dans l'espace ou que ma tête était légère » sont caractéristiques des étourdissements liés à une manifestation d'anxiété. L'absence de termes typiques des autres types d'étourdissement (« Ça tourne », « Je me suis senti faible subitement » et « C'est comme si je n'avais pas les jambes solides ou que je manquais d'équilibre ») renforce cette idée, mais il est impératif de ne suggérer aucune de ces expressions au patient et de tout faire pour que la description vienne de lui.

Le patient ajoute souvent des renseignements spontanés concernant la chronologie, l'intensité et l'évolution dans le temps de l'étourdissement. Le médecin les résumera pour les préciser davantage lorsqu'il s'apprêtera à chercher les symptômes accompagnateurs. Il est utile d'intervenir en disant d'abord : « Vous m'avez très bien expliqué vos malaises, ce qui me donne déjà une bonne idée de la sorte d'étourdissements dont vous souffrez et de leur cause. Je vais maintenant vérifier d'autres dé-

tails par des questions et un examen pour être certain de mon diagnostic et pour... ». Le médecin personnalisera la fin de la phrase par : « ... pouvoir vous expliquer clairement ce qui vous arrive » ou « ... vous proposer ensuite une solution efficace » ou « ... vérifier de façon plus précise les autres causes d'étourdissement que vous craignez ». De telles phrases, qui font périodiquement le lien avec les préoccupations principales du patient, sont cruciales dans l'établissement d'un lien de confiance. Le patient doit pouvoir suivre la démarche et constater que ses propos sont pris en considération et compris explicitement. Cela lui permettra d'adhérer ultérieurement aux conclusions du médecin !

Confirmer le tableau clinique et vérifier le parcours du patient

Dès lors, le médecin a davantage à amorcer l'anamnèse plus détaillée et l'examen physique avec l'intention d'amener le patient à découvrir que l'anxiété et l'hyperventilation qui en découle peuvent très bien lui occasionner ses symptômes. Un bon point de départ pourrait être une question orientée et non menaçante telle que : « Très souvent, lorsque de tels étourdissements sont intenses et dérangeants, ils s'accompagnent d'autres malaises. Pourriez-vous me décrire tout ce que vous avez ressenti d'inhabituel en plus de vos étourdissements ? ». Notons que même si le tableau anxieux se manifeste généralement par une kyrielle de symptômes, une plainte principale domine, soit celle qui donne place à l'inquiétude majeure de maladie ou à l'interprétation catastrophique, occultant pour le patient le reste du tableau. C'est pourquoi il faudra souvent l'inviter à verbaliser ce dont il a le plus peur au moment où surviennent les étourdissements et lui montrer qu'on a compris ses craintes avant d'avoir accès au reste de l'information. C'est comme si le patient avait besoin de savoir que le médecin tiendra compte de cette possibilité avant de pouvoir se concentrer sur les autres malaises qu'il éprouve.

À titre d'exemple, rappelons les symptômes à repérer dans la description du patient pour les deux troubles qui sont le plus souvent en cause dans les étourdissements d'origine anxieuse. Les

principales manifestations de l'anxiété généralisée sont la tension musculaire, les tremblements, l'es-soufflement, les palpitations, la sécheresse de la bouche, les étourdissements, les nausées, l'irritabilité, le manque de sommeil et les difficultés de concentration. Les attaques de panique, pour leur part, comptent au moins quatre des symptômes suivants : sensation d'étouffement, douleur ou pression thoracique, palpitations, pouls rapide, étourdissements ou impression d'évanouissement, essoufflement, transpiration, tremblements, nausées, sensation d'engourdissement ou de picotement dans les mains ou les pieds, bouffées de chaleur ou frissons, sensation d'irréalisme ou de rêve, crainte de perdre la maîtrise de soi ou de commettre un geste embarrassant ou de devenir fou ou encore de mourir². Le plus souvent, les patients étourdis se plaignent de chaleurs, d'engourdissements, d'oppression thoracique et de transpiration, en plus d'une sensation bizarre de voir flou.

Encore ici, il est avantageux de porter attention au vocabulaire utilisé par le patient et de lui faire préciser ce qu'il ressent dans ses propres mots le plus possible de même que la séquence exacte d'apparition de chacun des symptômes, si possible. C'est en utilisant notamment la description des malaises faite par le patient lorsque viendra le temps de lui expliquer la physiologie de l'anxiété que nous pourrons réduire sa résistance au diagnostic. Seuls les symptômes psychosensoriels (dépersonnalisation et déréalisation) qui accompagnent la sensation d'irréalisme risquent d'être passés sous silence si on ne les évoque pas spécifiquement, car le patient est mal à l'aise de ressentir quelque chose d'aussi bizarre. Comme ces symptômes sont très utiles pour poser un diagnostic, une introduction de la sorte pourra aider : « Souvent, les personnes qui ressentent des symptômes comme les vôtres éprouvent en même temps la drôle de sensation d'être en quelque sorte détachées de leur corps ou de voir la réalité déformée autour d'eux. Vous est-il déjà arrivé d'éprouver quelque chose comme ça?... Décrivez-moi exactement comment ça se passait. » On peut facilement imaginer l'effet de soulagement pour le patient de pouvoir enfin exprimer ces sensations qui le faisaient se sen-

tir proche de la folie et de réaliser que le médecin en parle simplement, comme quelque chose qui arrive à d'autres. Cette impression de parler à quelqu'un qui connaît bien le problème aidera le patient à accepter les recommandations qui lui seront formulées. De même, il faut rechercher les formes subtiles d'évitement liées à ses symptômes, comme le fait de devoir toujours être accompagné pour faire ce qu'il faisait seul avant, de choisir scrupuleusement sa place au restaurant ou à un spectacle ou de réduire de beaucoup son champ d'action sans s'en plaindre. Lors des explications, la présence de ces phénomènes servira à illustrer l'importance d'agir. Et lors du traitement, la récupération progressive de ces situations que le patient évitait marquera l'amélioration.

Une question incontournable, pour laquelle le patient a de la difficulté à fournir une réponse précise, doit toujours lui être posée, avec tout l'encouragement nécessaire pour qu'il tente d'y répondre le mieux possible : « Que vous dites-vous lorsque vous vous sentez mal, étourdi ? » Très souvent, il nous parlera de ce qu'il pense être la cause de ses malaises, nous révélant ainsi ses inquiétudes qu'on prendra soin de valider. En l'incitant à répéter exactement les mots qu'il formule dans sa tête au moment où il ne se sent pas bien, nous avons accès à la seule information qui nous permet vraiment de différencier les troubles anxieux les uns des autres, conformément à ce qui est indiqué dans le *tableau I*. En effet, même si, en théorie, l'attaque de panique survient de façon beaucoup plus aiguë et impromptue que l'anxiété généralisée, dont les manifestations physiques peuvent durer des heures avec des hauts et des bas, on observe que ces tableaux cliniques peuvent se ressembler avec le temps. Seule l'interprétation cognitive du patient, que nous pouvons connaître en lui posant la question indiquée ci-dessus, permet de les différencier. Le fait de parvenir à bien les distinguer permettra d'intervenir plus rapidement, certains aspects du traitement étant différents.

Comme on sait qu'un patient qui présente des manifestations somatiques d'anxiété, en général, ou de trouble panique, en particulier, a une longue histoire de consultation derrière lui (parfois des

Tableau 1**Différenciation des troubles anxieux**

Type de trouble anxieux	Vécu ou préoccupations du patient	Réponse à la question : « Que vous dites-vous au moment où vous ne vous sentez pas bien ? » (objet de ses pensées)
Trouble panique (TP)	Symptômes violents, subits, intenses et momentanés (ou prolongés s'ils sont entretenus par la méconnaissance de ce qui se passe).	« J'ai peur de mourir, de m'évanouir, de devenir fou » (Je pense à la catastrophe qui est en train de m'arriver)
Trouble d'anxiété sociale ou phobie sociale (TAS)	Conscience élevée du regard d'autrui. Impression d'être jugé ou évalué négativement. Crainte d'être humilié.	« J'ai peur d'avoir l'air fou, de rater ce que je suis en train de faire » (Je pense à ce que les autres pensent de moi)
Trouble d'anxiété généralisée (TAG)	Inquiétudes multiples et débilitantes perçues comme utiles pour prévenir des conséquences négatives. Incertitude difficile à tolérer.	« J'ai peur de ce qui va arriver ; je suis certain que ça va mal se passer » (Je pense aux conséquences futures négatives)
Trouble de stress post-traumatique (TSPT)	Expérience traumatisante qui revient le hanter constamment. Réaction forte ou évitement lors de stimulus analogues.	« J'ai peur de revivre ça, que ça recommence » (Je pense à l'expérience traumatisante qui risque de se reproduire)
Trouble obsessionnel compulsif (TOC)	Pensées intrusives qui ont une signification alarmante, accompagnées de rituels pour les neutraliser.	« J'ai peur que les pensées qui me trottent dans la tête deviennent vraies » (Je pense à la responsabilité d'engendrer par mes pensées des conséquences négatives)

années) avant que le diagnostic ne soit posé, il importe de s'informer de son parcours : les consultations qu'il a lui-même sollicitées, les consultants auxquels il a été adressé et les examens effectués jusqu'à maintenant. Il est notamment pertinent de savoir ce que le patient a compris de ces recherches et ce qu'il a retenu des conclusions des médecins à ce sujet. Il en parle alors à sa façon, nous révélant souvent ses propres inquiétudes ou conceptions de la cause de ses étourdissements : « Le médecin de l'urgence m'a référé à D^r X, un ORL spécialisé dans les problèmes de vertige, en me disant que c'était important de vérifier si... et ce docteur ne m'a même pas fait d'autres examens ! » ou bien « Personne n'a encore cherché du côté de... et c'est pourtant ce que mon frère avait lorsqu'ils ont enfin découvert son problème après des années d'étourdissements sans que personne ne trouve pourquoi ». Le patient doit avoir l'assurance explicite que tous les

résultats pertinents des examens ou consultations subis antérieurement seront obtenus afin de choisir, si nécessaire, les examens complémentaires à faire. Si notre certitude diagnostique est assez élevée, de par les multiples examens et la description typique des étourdissements, il est utile de répéter au patient que les symptômes qu'il éprouve correspondent à un problème de santé réel qui peut généralement être confirmé en procédant à une anamnèse et à un examen attentif, tout en s'assurant de vérifier les autres possibilités.

Bien sûr, le reste de l'anamnèse permet de rechercher, au besoin, les problèmes de santé autres que l'anxiété pouvant causer les étourdissements du patient, de soupçonner la présence d'une cause organique de l'anxiété (troubles thyroïdiens, effet secondaire d'un médicament, etc.). Ces différentes possibilités sont très bien décrites dans un numéro antérieur du *Médecin du Québec*³. L'examen phy-

sique détaillé complète cette évaluation. Le patient est alors convaincu d'avoir bénéficié d'une évaluation médicale rigoureuse et attentive, ce qui contribue à renforcer son adhésion aux conclusions qui en découleront.

Au moment de l'examen cardiorespiratoire, il faut être à l'affût d'étourdissements que le patient pourrait ressentir du fait des respirations profondes répétées qu'on lui demande de prendre. Sinon, on lui fera faire un exercice d'hyperventilation dirigé, une étape essentielle de l'évaluation clinique qui permet au patient de prendre conscience de la cause réelle de ses étourdissements.

Il faut l'informer, au préalable, qu'il se sentira peut-être mal, mais que ce n'est ni grave ni dangereux puisque nous sommes avec lui. Nous lui demandons de nous aviser quand il se sent mal et de nous décrire ce qu'il ressent. Le plus souvent, le patient constate alors qu'il s'agit exactement des mêmes symptômes dont il s'est plaint initialement. À ce moment, nous lui expliquons (en des termes simples) que la cause des symptômes est l'alcalose respiratoire, que l'on peut provoquer ces symptômes à volonté, même aller plus loin en le faisant se sentir encore plus mal et que cela ne comporte aucun risque⁴.

Plusieurs médecins escamotent ces deux étapes :

- ☉ Laisser le patient décrire spontanément les différents symptômes dominants plutôt que de l'interroger à l'aide d'une simple liste de vérification ; prendre soin d'obtenir une réponse précise lorsqu'on lui demande ce qu'il pense au moment où il ne se sent pas bien. Il vaut mieux demander au patient de porter attention à ces deux aspects la prochaine fois qu'il éprouvera des étourdissements pour les noter afin qu'on puisse y revenir à la prochaine visite, plutôt que de forcer la réponse ou de se contenter d'une information incomplète.

- ☉ S'assurer de provoquer des symptômes d'hyperventilation au moment de l'examen et de laisser au patient le temps d'en prendre conscience.

Même si cette approche peut sembler fastidieuse, elle permet de poser un diagnostic de problème anxieux et de limiter les examens. En effet, il faut éviter « d'aller à la pêche » avec des examens inutiles qui renforcent la conviction d'une « maladie grave » chez le patient. L'anxiété n'est pas un diagnostic d'exclusion ! Seuls les examens strictement nécessaires pour éliminer une affection qui n'a pas été écartée cliniquement devraient être prescrits, en s'assurant de bien en expliquer l'objectif au patient. Parfois, l'inquiétude très forte du patient pour une cause précise nous amènera à considérer un examen complémentaire. Or, le risque d'entrer de nouveau dans le cercle vicieux du doute face au diagnostic qu'on s'appête à lui expliquer devrait nous inciter à laisser en suspens la décision de procéder à cet examen jusqu'à la prochaine visite. Très souvent, notre démarche soignée et nos explications personnalisées auront porté des fruits. Le patient nous affirmera alors lui-même qu'il n'y tient plus !

Expliquer... et expliquer de nouveau

Il est important de bien choisir les mots que nous utiliserons pour amener la partie de la consultation où nous formulerons nos conclusions. Des expressions telles que « Tout est négatif » et « Vous n'avez rien de grave » ne peuvent que faire dire au patient que le médecin, encore une fois, n'a pas compris à quel point il se sent mal ou n'a pas trouvé ce qu'il a. Par contre, une phrase comme « Je sais maintenant ce que vous avez et d'où viennent vos étourdissements » le rendra confiant et ouvert à la suite des explications.

En choisissant un vocabulaire adapté à chaque

L'exercice d'« hyperventilation » dirigé, une étape essentielle de l'évaluation clinique, permet au patient de prendre conscience de la cause réelle de ses étourdissements.

Il faut éviter « d'aller à la pêche » avec des examens inutiles qui renforcent la conviction d'une « maladie grave » chez le patient. L'anxiété n'est pas un diagnostic d'exclusion !

Repères

patient, on lui dira que ses étourdissements et les autres malaises qui peuvent les accompagner constituent une réaction normale de son organisme qui croit faire face à une situation inquiétante, voire même dangereuse. C'est comme s'il était trop vigilant et se mettait régulièrement en alerte pour réagir en cas de besoin. Le cœur et la respiration s'accélérent sans qu'il ne le sache et comme il n'y a pas de réelle urgence l'obligeant à prendre la fuite, il se trouve aux prises avec les conséquences désagréables de cette fausse alerte, notamment les étourdissements liés à l'hyperventilation. Il restera à lui expliquer que cet état d'hypervigilance constante ou récurrente est habituellement lié à de l'anxiété qui s'est installée à son insu.

Pour d'autres patients qu'on sent plus réticents à envisager l'hypothèse d'anxiété malgré la sensibilisation entreprise au moment de l'anamnèse et de l'examen, il faudra plutôt commencer les explications par : « Si je vous disais que l'anxiété est en cause dans vos symptômes, qu'en penseriez-vous ? ». Si la réaction du patient est très négative, il faut parfois faire marche arrière et s'ajuster à son rythme, en lui disant que, selon notre évaluation, il s'agit d'une hypothèse très plausible et sur laquelle on reviendra, et ne répondre alors qu'à ses questions immédiates. Si, par contre, il se montre surtout étonné en alléguant qu'il n'a pas l'impression d'être anxieux ou qu'il n'y a rien dans sa vie pour le rendre anxieux au moment où il éprouve ses symptômes, on lui explique qu'il est tout à fait possible de souffrir d'une importante anxiété et même d'hyperventiler sans s'en rendre compte puisque le tout s'est installé progressivement et qu'on s'y est adapté. C'est comme une seconde nature qui fait que l'on a oublié ce que veut dire être bien !

Il est souhaitable de mentionner le plus rapidement possible au patient que l'anxiété est un problème fréquent, qu'il n'est pas le seul à en souffrir et que nous connaissons des moyens concrets pour l'aider. À un moment ou à un autre, le patient dira quelque chose comme : « Si je comprends bien, docteur, vous dites que l'anxiété pourrait me rendre étourdi ? ». On saura alors que l'adhésion au diagnostic fait son chemin et on s'assurera qu'il a intégré ce lien de cause à effet en lui demandant d'ex-

pliquer dans ses propres mots comment l'anxiété peut causer des étourdissements.

Tout naturellement, le patient cherche ensuite à savoir ce qu'il est possible de faire pour régler ce problème. Il est prudent de lui donner seulement un aperçu des moyens disponibles en lui suggérant d'abord de s'assurer que ce diagnostic a vraiment du sens pour lui, qu'il se reconnaît dans la description qu'on lui fait et qu'il est prêt à s'investir dans un traitement exigeant. Cette étape peut être réalisée en lui proposant une lecture choisie selon que le diagnostic s'oriente vers des attaques de panique⁵ ou une anxiété généralisée⁶. On peut aussi lui demander d'expliquer ce qu'il a compris aux personnes importantes de son entourage qui sont certainement intéressées par les conclusions du médecin, puis de revenir avec les questions de ces dernières. Il est, en effet, impératif de proposer un suivi et même pertinent, dans plusieurs situations, d'inviter le patient à amener un proche s'il le souhaite. On s'assure ainsi de bien répondre à toutes les questions que lui et son entourage jugent importantes. Cette dépense de temps en début de traitement est un réel investissement.

Nous savons tous que les explications sur la physiologie des symptômes physiques liés à l'anxiété devront être répétées plusieurs fois jusqu'à ce que nos mots rejoignent vraiment chaque patient. C'est pourquoi il est important de connaître la description et la séquence précise des malaises de chacun et d'utiliser les mots exacts employés par le patient pour lui expliquer les manifestations possibles d'une réaction anxieuse. Certains sites Internet sur le sujet sont aussi accessibles aux patients. Celui du Collège des médecins de famille du Canada propose notamment l'explication suivante : « Imaginez que l'avertisseur d'incendie se déclenche dans votre maison. Vous faites tout pour découvrir la source du feu, pour finalement constater que le système d'alarme est défectueux. Vous décidez donc de le faire réparer. C'est la même chose pour les troubles anxieux. Par erreur, votre corps déclenche votre système d'alarme alors qu'il n'y a aucun danger. Il s'agit peut-être d'un déséquilibre chimique dans votre organisme, de souvenirs inconscients [...] ».

Proposer des outils concrets au patient

Le traitement des manifestations physiques de l'anxiété, telles que les étourdissements, repose sur la reconnaissance et la compréhension par le patient de la cause de ses symptômes et sur la conviction qu'il a le pouvoir de les prévenir ou d'en réduire la durée afin qu'ils ne l'empêchent plus de fonctionner. Le premier rôle du médecin est donc de procéder à une évaluation clinique interactive et centrée sur les préoccupations du patient, que nous venons de décrire.

Une approche psychothérapeutique permettant d'aborder les stressors anciens ou récents qui contribuent à l'anxiété pourra éventuellement être conseillée. En général, il faudra attendre que le plan mis en application par le médecin ait donné des résultats. En effet, c'est à la suite d'une certaine amélioration clinique que le patient devient réellement convaincu qu'il souffre d'anxiété et qu'il retrouve l'énergie nécessaire pour participer à une psychothérapie.

Pour chaque patient, selon le tableau et le contexte, une combinaison personnalisée de tous les éléments suivants permettra d'obtenir des résultats.

L'amélioration de l'hygiène de vie. La pratique régulière de l'activité physique permet de réduire le niveau d'anxiété de base. Même si le patient ne se sent pas anxieux, il bénéficiera nettement de l'exercice ainsi que de l'horaire le plus régulier possible, y compris d'une hygiène du sommeil adéquate. Si l'évitement est marqué, il faudra viser des objectifs réalistes au départ en fonction des endroits où il est capable d'aller. La réduction, même progressive, des stimulants sera bénéfique au patient, car elle diminuera sa susceptibilité aux manifestations physiques de l'anxiété qui sont souvent les mêmes que les effets des stimulants.

L'utilisation d'un traitement médicamenteux, au besoin. La fréquence et l'intensité des symptômes

guident la décision de recourir à un traitement médicamenteux. Ce dernier peut être nécessaire si les symptômes nuisent au fonctionnement du patient ou si la lutte quotidienne pour y faire face conduit à une dépense d'énergie qui entraîne une fatigue marquée ou des symptômes dépressifs importants. L'utilisation d'un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine, qui permet de bien maîtriser les symptômes anxieux, est préconisée pour le trouble panique et le trouble d'anxiété sociale, alors que la venlafaxine (Effexor®) est le médicament de choix pour traiter le trouble d'anxiété généralisée. De fortes doses sont souvent nécessaires. Il faut toutefois commencer par de petites doses, puis augmenter lentement la quantité, car les patients anxieux sont sensibles aux effets secondaires et s'inquiètent facilement de leur ressemblance avec leurs malaises habituels. Informer le patient qu'une perturbation biochimique du cerveau contribue à son problème et qu'il est possible de la corriger peut l'encourager à accepter le traitement médicamenteux. De même, il est utile de lui faire comprendre que tous les efforts qu'il doit déployer pour reprendre la situation en main seront plus fructueux si les symptômes diminuent en partie et s'il récupère l'énergie qu'il utilise quotidiennement pour tenir le coup. Certains patients apprécient de savoir que plusieurs personnes ont réalisé à quel point leur niveau d'anxiété était élevé sans qu'elles ne s'en rendent compte, seulement après avoir retrouvé leur état antérieur (niveau d'anxiété normal) grâce aux médicaments. L'installation progressive d'une anxiété excessive et la forte capacité d'adaptation de ces patients les avaient empêchés de sentir la différence et d'avoir l'occasion de maîtriser cette anxiété au moment opportun. Ils doivent donc comprendre que les médicaments leur redonnent accès à ces sensations qui sont nécessaires pour effectuer le travail décrit ci-après.

Une technique inspirée de l'approche cognitivo-comportementale que le médecin enseigne au pa-

Le médecin enseigne au patient une technique inspirée de l'approche cognitivo-comportementale pour faire face à ses étourdissements. Cette méthode fait toute la différence quant à la durée des symptômes et à la perception que le patient en a !

Repère

Tableau II**Démarche cognitive à entreprendre avec le patient qui présente un trouble anxieux**

Aider le patient à :	Patients qui souffrent d'anxiété généralisée	Patients qui souffrent d'anxiété sociale
a) Découvrir son mode de pensée automatique	S'inquiéter et chercher à agir sur ce qui arrive pour prévenir le malheur.	Se concentrer sur son image sociale plutôt que sur le contact avec les autres.
b) Prendre conscience que la solution qu'il utilise habituellement est inefficace	S'inquiéter ne règle rien, ne prévient rien et n'amène pas plus de certitude.	Se surveiller trop attentivement diminue en soi la performance.
c) S'engager dans des expériences correctrices	Relativiser la probabilité que ne survienne la situation redoutée et faire face à l'inévitable part d'incertitude ; penser à des solutions réalistes à des problèmes immédiats.	Vérifier les perceptions négatives qu'il a de lui-même auprès des autres ; viser une performance plus réaliste.

tient pour faire face à ses étourdissements. Cette méthode fait toute la différence quant à la durée des symptômes et à la perception que le patient en a ! Il s'agit d'apprendre une façon simple de repérer et de gérer les préoccupations anxigènes survenant dans le trouble d'anxiété généralisée et le trouble d'anxiété sociale ou une stratégie pour faire face aux attaques survenant dans le trouble panique. Même si un autre professionnel participe éventuellement à la guidance de ce processus, il est très important que le médecin en explique les grandes lignes au patient et amorce le travail avec lui pour en valider l'importance dans le traitement et pour lui expliquer les bases physiologiques dans son cas.

- ☉ Si l'anxiété généralisée ou l'anxiété sociale domine le tableau, le médecin aide le patient à effectuer la réflexion en trois étapes illustrée dans le *tableau II*. Il l'invite ensuite à profiter des prochaines occasions pour prendre conscience que la solution qu'il utilise habituellement est inefficace et pour s'engager plutôt dans les expériences correctrices suggérées. Il l'invite aussi à noter ces exemples pour en discuter à la consultation subséquente.
- ☉ Si le patient présente plutôt des attaques de panique, il doit apprendre à en gérer la survenue au moyen de la procédure décrite dans le *tableau III*. Le médecin doit la réviser concrètement avec lui, en revoyant d'abord ce que le patient avait l'habitude de se dire ou de faire à chaque étape (colonne de gauche), puis en regardant les solutions de rem-

placement possibles (colonne de droite). Pour appliquer cette démarche, le patient doit formuler dans ses propres mots, avec l'aide du médecin, les explications qu'il se donnera à l'étape 2 pour remplacer les pensées catastrophiques (peur de perdre connaissance, de devenir fou, de mourir) qui surgissent habituellement en présence de ces symptômes. Il peut même choisir de les noter par écrit et de garder cette note à portée de la main. Pour réussir à formuler lui-même ces explications par écrit, le patient doit avoir compris son problème, ce qui constitue en soi un pas important dans le traitement ! Il faut aussi lui expliquer comment maîtriser sa respiration, faire l'exercice avec lui et lui conseiller de le pratiquer quelques fois par jour⁵. Comme la composante « hyperventilation » joue généralement un rôle et que le patient l'a constaté, il sera motivé à apprendre l'exercice de respiration pour éviter l'escalade des symptômes physiques. Il est probable qu'il n'y arrive pas du premier coup dans le feu de l'action. On l'invite donc à noter, à l'étape 5 ou un peu plus tard, ce qui a été aisé et difficile afin d'en discuter à la prochaine consultation.

Des références simples et pratiques, accessibles aux médecins de première ligne, sont utiles pour approfondir cet aspect^{5,6,8}.

Et enfin, la désensibilisation permet, dans tous les cas où l'évitement phobique intervient, une exposition progressive (en commençant par les dernières situations délaissées pour évoluer vers les plus an-

Tableau III
Gestion d'une attaque de panique étape par étape

Discours intérieur habituel du patient (exemples)	Étapes	Ce que le patient doit faire ou se dire pour gérer l'attaque (exemples)
<ul style="list-style-type: none"> ☉ Je me sens mal. ☉ Je suis tout étourdi. ☉ J'ai chaud, c'est oppressant. 	1- Reconnaître les premiers signes	<ul style="list-style-type: none"> ☉ « Voici le début de mes symptômes. » ☉ « Je sais que c'est normal, que c'est inoffensif. »
<ul style="list-style-type: none"> ☉ Je vais perdre connaissance. ☉ Je vais mourir. ☉ Je suis en train de mourir. 	2- Contrer l'interprétation catastrophique	☉ Remplacer ses pensées terrifiantes par les phrases qu'il a planifiées en consultation.
<ul style="list-style-type: none"> ☉ Il faut que je sorte. ☉ J'étouffe, j'ai besoin d'air. 	3- Accepter... et rester là	<ul style="list-style-type: none"> ☉ « Ça va se passer. » ☉ « Si je cours, ça va être pire. » ☉ « Je sais que je peux rester ici sans danger. »
<ul style="list-style-type: none"> ☉ Laissez-moi sortir. ☉ Ça empire. Vous me faites souffrir. 	4- Utiliser une technique qui favorise la diminution des symptômes.	<ul style="list-style-type: none"> ☉ « Je me concentre sur ma respiration comme on me l'a appris. (technique de maîtrise de la respiration). » ☉ Technique de distraction.*
<ul style="list-style-type: none"> ☉ Je ne veux plus y penser ni en parler. ☉ J'ai peur que mes symptômes reviennent et qu'ils soient pires. ☉ Cet endroit ne me convient pas. 	5- Choisir quoi faire dans les prochaines minutes.	<ul style="list-style-type: none"> ☉ « Je vais m'asseoir ici et attendre d'être totalement remis[†]. » ☉ « Lorsque je serai redevenu bien calme, j'irai téléphoner à... ou je partirai tranquillement. »

* Il s'agit d'occuper ses pensées à autre chose, par exemple de repérer parmi les passants ceux qui ont les cheveux blonds, de calculer les pièces de monnaie dans ses poches ou le nombre de fenêtres dans l'édifice d'en face ou encore de repérer les mots d'une chanson en la fredonnant. Chaque individu trouvera les exercices de distraction les plus efficaces dans son cas. Ces exercices doivent porter sur quelque chose de spécifique et occuper le plus possible l'attention. Ces techniques peuvent être utiles les premières fois où le patient tente de gérer une attaque de panique. Toutefois, elles constituent une forme d'évitement psychologique et devraient être abandonnées dès qu'il se sentira plus confiant.

† Il est apaisant pour le patient de prévoir ce qu'il pourrait faire à cette étape en fonction des principaux endroits où il pourrait se trouver au cours d'une attaque de panique. Le patient peut profiter de ce moment pour revoir de façon réaliste ce qui vient de se passer et pour découvrir les éléments déclencheurs s'il y a lieu. Il peut noter ses observations de façon à en discuter à la prochaine consultation.

ciennes) pendant laquelle le patient devra affronter les symptômes anxieux qui peuvent survenir, en ayant en main son nouvel outil cognitivo-comportemental.

LE PATIENT VICTIME d'étourdissements d'origine anxieuse, qui s'inquiète d'être gravement malade et qui craint que ses symptômes ne surviennent à tout moment et le mettent dans l'embarras, peut découvrir qu'il a le pouvoir de les maîtriser et d'en réduire les conséquences. Pour ce faire, il doit en comprendre la cause grâce à des explications crédibles dans lesquelles il se reconnaît. L'intervention clinique décrite dans cet article, où chaque

étape de la démarche diagnostique comporte un aspect éducatif explicite et où l'approche cognitivo-comportementale proposée au patient lui donne des outils concrets, est à la base de cette compréhension et est un maillon important du traitement. Le médecin qui investit son temps de la sorte, sur quelques visites, prévient la prolongation de malaises invalidants pour le patient ainsi que les consultations répétées et inefficaces. 📞

Date de réception : 10 janvier 2005

Date d'acceptation : 15 janvier 2005

Mots-clés : étourdissements, anxiété, hyperventilation, approche cognitive

Bibliographie

1. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for communicating with patients*. Radcliffe Medical Press; 1998.
2. American Psychiatric Association. *DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Masson; 1996. p. 1056.
3. Garant MC. L'anxiété, cause organique ou psychologique. *Le Médecin du Québec* 2000; 35 (8): 29-33.
4. Bédard J. *Étourdissements, Syncopes*. Québec: Lemieux Bédard Communications inc.; 1998.
5. Marchand A, Letarte A. *La peur d'avoir peur. Guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie*. Québec: Éd. Alain Stanké; 2001.
6. Ladouceur R, Bélanger L, Léger E. *Arrêtez de vous faire du souci pour tout et pour rien*. Paris: Odile Jacob; 2003.
7. Collège des médecins de famille du Canada. Anxiété et panique. Pour mieux maîtriser vos réactions. Dépliant: *Info-santé de votre médecin de famille* 2003. Site Internet: www.cfpc.ca/French/cfpc/programs/patient%20education/anxiety/default.asp?s=1 (Page consultée le 25 janvier 2005).
8. Ladouceur R, Marchand A, Boisvert JM. *Les troubles anxieux*,

Summary

Are you saying that anxiety is making me dizzy, doctor? When the clinician meets a dizzy patient, he has to actively look for the characteristics of the symptoms that provide high level of suspicion for anxiety disorder. His approach must include a way to gather information that will prepare him to provide a credible explanation and an induced hyperventilation that will help the patient recognise anxiety as a cause of dizziness. The physician always has a key role in giving back to the patient the power to control his symptoms. Among other things, he helps him learn how to use concrete tools inspired from cognitive approach.

Keywords: dizziness, anxiety, hyperventilation, cognitive approach

Approche cognitive et comportementale. Montréal: Gaëtan Morin éditeur; 1999.

Logo FMOQ: Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Navigation: Liste d'envoi | Contactez-nous | Calendrier des activités | Documentation | FAQ | English

Recherche: []

Menu: La FMOQ | Affaires syndicales | Services aux membres | Formation professionnelle | Médecin du Québec | Gestion de la pratique | Salle de presse

Testez les post-tests en ligne

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) a entièrement redessiné son site Internet, vous permettant maintenant de remplir à l'écran les post-tests de chacun des numéros du *Médecin du Québec*. Vous retrouverez la section des post-tests sous l'onglet Médecin du Québec du menu principal sur la page d'accueil du site Internet.

Médecins membres de la FMOQ, identifiez-vous!

- La section des post-tests en ligne étant réservée aux membres de la FMOQ, vous devrez tout d'abord valider votre identité en vous créant un profil d'utilisateur Internet sur le site www.fmoq.org, à la sous-section Post-test, en cliquant sur le lien Activer votre profil.
- Pour activer votre profil, vous devrez inscrire votre numéro de permis à cinq chiffres, votre date de naissance et votre courriel.
- Vous obtiendrez ensuite un mot de passe que vous devrez conserver pour toutes les sections réservées du site Internet (post-tests, relevé de crédit et, bientôt, inscription en ligne aux congrès de formation).

Répondez aux questions et soumettez vos réponses :

- Une fois votre identité validée, vous obtiendrez la liste des post-tests qui sont disponibles et auxquels vous n'avez pas encore répondu, de même que les solutionnaires des post-tests précédents.
- Choisissez le post-test auquel vous voulez répondre.
- Les questions et les choix de réponses du post-test choisi s'afficheront à l'écran.

Pour répondre, vous n'avez qu'à cliquer sur le bouton à gauche de la réponse que vous sélectionnez.

- Lorsque vous aurez répondu à toutes les questions remplies, cliquez sur Suivant au bas de la page.
- Vous devrez alors valider vos réponses avant de les soumettre définitivement. Vous aurez l'occasion de modifier vos réponses une dernière fois, en cliquant sur Modifier au bas de la page.
- Une fois vos réponses validées, cliquez sur Soumettre pour les envoyer.
- Et voilà ! Le tour est joué. Vous avez terminé toutes les étapes ! Vos réponses seront automatiquement transmises à la FMOQ.

Obtenez immédiatement votre résultat :

- Une fois votre post-test rempli et soumis, vos réponses seront validées automatiquement et vous obtiendrez immédiatement votre note. Vous saurez donc tout de suite si vous obtenez vos crédits de formation.
- Avant de quitter la section des post-tests, vous pourrez imprimer vos réponses pour les conserver. N'hésitez pas à communiquer avec nous par courriel à info@fmoq.org pour obtenir plus de renseignements. Bonne visite !



Stéphanie Gaucher
Conseillère en communication à la FMOQ