Association Francophone des Soins Oncologiques de Support
www.afsos.org

Référentiels en Soins Oncologiques de Support

Troubles anxieux et cancer

27/03/2018

SFPO
Société Française de Psycho-oncologie

ACORESCA

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Sommaire

- Contributeurs p. 3
- Introduction p. 4
- Définitions p. 5
- Définitions en cancérologie p. 9
- Diagnostic et clinique p. 10
- Signes cliniques p. 11
- Attaque de panique p. 13
- Troubles de l'adaptation avec anxiété p. 14
- Syndrome de stress post-traumatique (PTSD) p. 15
- Phases particulières p. 17
- Différencier humeur anxieuse et dépressive p. 18
- Autres causes d'anxiété p. 19
- Epidémiologie p. 20
- Facteurs de risque p. 21
- Dépistage p. 22
- Prises en charge psychosociales p. 23
- Traitements médicamenteux p. 28
- Arbres décisionnels p. 34
- Références bibliographiques p. 36
- Annexes p. 41

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Contributeurs

Coordination

MONTAUT Thierry (ONCOLOR), **DUFLOT Etienne** (ONCOLOR)

Coordination méthodologique

BLOCK Véronique (ONCOLOR)

Membres du groupe de travail

BLANCHET Isabelle (RESC-RA), **BRIGNOL Tuy Nga** (ONCORIF), **CHARVIN Gilles** (ONCOPACA-CORSE), **DAUCHY Sarah** (ONCORIF), **DOLBEAULT Sylvie (ONCORIF), DOLIZY Isabelle** (ONCOCHA), **DUDOIT Eric** (ONCOPACA-CORSE), **KAZES Marianne** (RESC-RA), **MARX Gilles** (ONCORIF), **REICH Michel (ONCO NORD PAS DE CALAIS), TOLLEC Céline** (ONCO PAYS DE LA LOIRE)

Approbateurs (Participants à l'atelier des J2R du 06/12/2012)

ADIB Siham (RESC-RA), **BOULOT Patricia** (RESC-RA), **BRISSART Hélène** (ONCOLOR), **JOLY Héloïse** (ONCOPACA-CORSE), **KUSZ-MONFORT Michelle** (ONCOLOR), **GUIBERTEAU Sylvaine** (ONCORUN), **LEGRAND Danielle** (ONCOPACA-CORSE), **MARTIN-GIROUDON Magali** (ONCOPACA-CORSE), **MEYER Nadine** (RESC-RA), **PYSKIAK Rachel** (RESC-RA), **ROCHAS Cathy** (RESC-RA), **VESSARD Marie** (RESC-RA).

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Introduction

Sous estimer et sous traiter les états anxieux chez les patients atteints de cancer peut avoir des conséquences multiples :

- Perturbation des soins médicaux : risque de défaut de compliance aux soins (retard à la consultation, évitement, rupture de soins), perte de confiance vis-à-vis des soins ou du médecin (Spencer, 2010)
- Exacerbation de symptômes somatiques de la maladie ou des effets indésirables des traitements : nausées et vomissements anticipatoires, douleur…
- Difficultés : de compréhension des informations, de communication médecin-malade (Spencer, 2010)
- Association avec la dépression
- Détérioration de la qualité de vie indépendamment des états dépressifs (Stark, 2000 ; Brown, 2010)

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Définition de l'anxiété (1)

- L'anxiété est une émotion adaptative ; c'est aussi un sentiment pénible et souvent indéfinissable de peur sans objet, ou appliqué de manière disproportionnée à des événements réels
- Affect très courant chez le patient atteint de cancer et son entourage
- Du normal au pathologique : la limite est floue.

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Définition de l'anxiété (2)

En fonction de son intensité et de sa durée, elle peut correspondre :

- à une phase normale, adaptative, transitoire, en réponse à la menace représentée par le cancer (incertitude, souffrance, mort) : **réaction anxieuse simple** (Dauchy, 2002) qui peut persister 7 à 10 jours après une mauvaise nouvelle (Holland, 1989)
- à un **trouble de l'adaptation avec anxiété** qui donne lieu à une détresse émotionnelle, un changement, un bouleversement chez l'individu, mais de durée assez brève et en relation avec les stress représentés par le cancer et ses implications thérapeutiques
- à un trouble anxieux avéré (anxiété généralisée, trouble phobique…) qui très souvent a précédé l'apparition du cancer (Kangas, 2005).

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Définition des troubles anxieux

Un trouble anxieux doit être évoqué si l'anxiété est à la fois excessive et entraîne une souffrance clinique significative ou une altération du fonctionnement psychologique, social, professionnel ou dans d'autres domaines importants sur une durée suffisante.

Les troubles anxieux sont composés d'un groupe hétérogène, selon le DSM V (classification américaine des troubles mentaux) (Traduction française Crocq, Guelfi, 2015) :

- **Anxiété de séparation** = anxiété excessive concernant la séparation d'avec les personnes auxquelles le sujet est attaché
- **Mutisme sélectif** = incapacité régulière à parler dans des situations sociales spécifiques
- **Anxiété généralisée** = tendance pathologique aux soucis
- **Trouble Panique** = répétition invalidante d'attaques de panique et anxiété anticipatoire de faire de nouvelles attaques de panique
- **Agoraphobie**
- **Phobie spécifique** = crise d'angoisse face à des objets ou des situations spécifiques
- **Anxiété sociale** = anxiété créée par des situations sociales ; lorsque le sujet est exposé à l'observation attentive d'autrui.

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Définition des troubles obsessionnels compulsifs et des troubles lies a des traumatismes ou des facteurs de stress

A côté des troubles anxieux, il existe deux troubles que l'on peut rencontrer en oncologie :

- Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) = présence d'obsessions (idées obsédantes), de compulsions (rituels) ou des deux, à l'origine d'une perte de temps considérable
- Les troubles liés à des traumatismes ou des facteurs de stress :
  - le trouble stress post-traumatique (PTSD) = après un traumatisme, présence de symptômes envahissants (souvenirs et/ou rêves répétitifs, réactions dissociatives…) entrainant des évitements, des altérations de l'humeur et de l'éveil
  - dans cette catégorie sont également regroupés le trouble de stress aigu et le troubles de l'adaptation.

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Troubles anxieux, toc et troubles lies a des traumatismes ou à des facteurs de stress en cancérologie

- **Peu d'études sur la spécificité de ces troubles rencontrés en cancérologie.**
- **Le PTSD peut se développer après toute expérience traumatisante y compris le cancer. Il fait l'objet de nombreuses études récentes.**
- **La plupart des troubles anxieux semblent préexistants au cancer (anxiété généralisée, phobie sociale…) mais peuvent apparaître ou être réactivés par le cancer et/ou ses traitements, surtout lors de certaines phases.**

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Diagnostic et clinique en pratique oncologique

Selon la durée on distingue :	Diagnostic	Moment typique de survenue
ANXIETE AIGUË (quelques minutes à quelques heures)	Crise d'angoisse réactionnelle	Moments transitoires spécifiques : diagnostic, examens et consultations de surveillance (crainte de mauvais résultats), récidive, métastases, chirurgie, instauration d'un nouveau traitement
	Crise d'angoisse situationnelle (qui peut s'inscrire dans un trouble anxieux) (ex : claustrophobie)	
	Attaque de panique	
ANXIETE SUBAIGUË (quelques heures à quelques semaines)	Réaction anxieuse simple	Elle peut persister 7 à 10 jours après une mauvaise nouvelle
	Trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse ou mixte	Caractéristique des périodes de rémission, peur de la récurrence (syndrome de Damoclès)
	Anxiété cosymptôme d'un syndrome dépressif	/
ANXIETE CHRONIQUE (>6 mois)	Anxiété généralisée	/
	Trouble panique	/
	TOC	/
	PTSD	/

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Signes cliniques (1)

L'anxiété s'exprime selon trois composantes :

- **somatique**
- **cognitive**
- **comportementale**

Les signes somatiques (difficiles à distinguer des symptômes somatiques de la maladie cancéreuse ou des effets indésirables des traitements) :

- **cardiovasculaires :** palpitations, tachycardie, douleur thoracique atypique
- **respiratoires :** oppression thoracique, gêne respiratoire, accès de toux, polypnée
- **neuromusculaires :** crampes, tremblements, paresthésies, sensations vertigineuses
- **digestifs :** spasmes pharyngés, nausée, boule à l'estomac, spasmes coliques
- **neurovégétatifs :** sueurs, sécheresse buccale.

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Signes cliniques (2)

- **Les signes cognitifs :**
  - sensation de tension intérieure, hyper vigilance
  - peur, anticipation dramatisée des événements futurs
  - panique, impatience, sentiment d'insécurité intense, de vulnérabilité
  - pensées intrusives concernant une possible récidive, la mort, le
  - handicap…, sensation de perte de contrôle
  - difficultés à intégrer les informations, troubles attentionnels.

- **Les signes comportementaux :**
  - irritabilité, agitation, fuite
  - à l'inverse repli, sidération
  - troubles du sommeil (retard à l'endormissement, réveils anxieux, cauchemars)
  - comportement d'évitement phobique, en particulier des soins ou de la surveillance, claustrophobie (IRM, chambre stérile ou radiothérapie), agoraphobie, phobie des injections…
  - conduites addictives…

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Attaque de panique (AP)

- **Selon le DSMV : une AP peut survenir dans le contexte de n'importe quel trouble anxieux ainsi que dans d'autre troubles mentaux. Cela correspond à une montée brusque de crainte intense ou de malaise intense qui atteint son acmé en quelques minutes, avec la survenue de quatre (ou plus) des symptômes suivants :**
  - palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque
  - transpiration
  - tremblements ou secousses musculaires
  - sensation de « souffle coupé » ou d'étouffement
  - sensation d'étranglement
  - douleur ou gêne thoracique
  - nausée ou gêne abdominale
  - sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide, d'évanouissement
  - déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi)
  - peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou
  - peur de mourir
  - paresthésies (engourdissement, picotement)
  - frissons, bouffées de chaleur.

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Troubles de l'adaptation avec anxiété

Troubles de l'adaptation avec anxiété :

- **fluctuants**
- **situationnels**
- **transitoires**

- **Symptômes anxieux réactionnels à des facteurs de stress itératifs et entraînant :**
  - soit une souffrance marquée et disproportionnée
  - soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel
  - une fois les facteurs de stress disparus, les symptômes ne persistent pas

- **Même clinique que pour les troubles anxieux mais n'évoluant pas vers la chronicité et/ou ne remplissant pas les critères diagnostiques suffisants pour un tel trouble anxieux**

- **Pathologie psychiatrique la plus fréquente en cancérologie (et aux frontières avec la normale).**

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Syndrome de stress post-traumatique (PTSD) (1)

- **Anxiété apparaissant après un événement traumatique vécu comme étant extrême**
  - **Traumatisme** = événement représentant objectivement ou subjectivement une menace vitale, une grave blessure ou une menace pour l'intégrité physique.

- **Spécificité pour le cancer**
  - cancer : la menace vitale y est interne, plus sous la forme d'une conséquence future (Kangas, 2002 ; Einsle, 2012) ; le traumatisme comporte aussi les graves complications du traitement, surtout quand elles sont inattendues (Moivic, 2007)
  - le traumatisme est prolongé, répété et multiple (Gonçalves, 2011)
  - souvent les pensées intrusives sont des peurs anticipatrices concernant la santé dans le futur (et moins des flashbacks)
  - l'évitement du stresseur est difficile (si c'est un malaise physique, un traitement contraint…).

- **Fréquence**
  - très grande variabilité dans les études : 0 à 32 % (Kangas, 2002)
  - fréquence diminue dans les 3 mois après le diagnostic ou l'arrêt du traitement (Kangas, 2002).

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Syndrome de stress post-traumatique (PTSD) (2)

Clinique	Spécificité dans le cancer (Green, 2000)
• peur intense, sentiment d'impuissance ou d'horreur ressentis face à l'événement • symptômes persistants de reviviscence de l'expérience traumatique (souvenirs répétitifs et envahissants, rêves, flash-back…) • évitement des stimuli en rapports avec le traumatisme avec émoussement de la réactivité générale • symptômes persistants d'hyper vigilance.	• pensées intrusives concernant la maladie cancéreuse et ses traitements • reviviscence du moment du diagnostic ou du traitement chimiothérapique • cauchemars, anxiété anticipatoire avant les consultations • efforts pour ne pas penser à la maladie ou ne pas en parler.

Durée d'au moins 1 mois

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Phases particulières aux différentes étapes de la maladie

- **Résurgences anxieuses classiques :**
  - **Annonce**
  - **Début des traitements**
  - **Arrêt des traitements :** paradoxalement, l'anxiété peut s'accroître à la fin de la phase active des traitements car sentiment d'insécurité et d'abandon (espacement du suivi de l'équipe médicale), incertitude quant à l'avenir et peur de la récidive
  - **Patients en rémission :** persistance à long terme (plus que la dépression) d'une anxiété inappropriée (Stark, 2000 ; Mitchell, 2013) : plus de TAG et de trouble panique dans les 3 ans (exacerbation de troubles préexistants ++), de phobies médicales (Greer, 2011) avec risque d'altérer la compliance aux soins
  - **Récidive et/ou extension métastatique**
  - **Passage en phase palliative**
  - **Fin de vie :** juxtaposition de symptômes somatiques, de détresse émotionnelle (anxiété, dépression) et de symptômes confusionnels.

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Différencier humeur anxieuse et dépressive

	Anxiété	Dépression
HUMEUR	Appréhension Plaisir gâché par l'inquiétude	Tristesse Perte de plaisir
CONTENUS DE PENSEE	Manque de confiance en soi Doute surmontable si conseils Diversifiés mais parasités	Autodépréciation Baisse de l'estime de soi Perte d'espoir, fatalisme Appauvrissement
TROUBLES PSYCHO-MOTEURS	Pas de ralentissement moteur Agitation anxieuse Logorrhée	Ralentissement psychomoteur possible Baisse du débit verbal
TROUBLES SOMATIQUES	Insomnie d'endormissement Fatigue vespérale	Insomnie matinale Fatigue matinale
COMPORTEMENT SOCIAL	Crainte de la solitude et de l'abandon	Repli sur soi Retranchement

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Autres causes d'anxiété

- **Causes médicales :**
  - **troubles psychiatriques** : syndrome dépressif++ (très souvent accompagné d'anxiété), psychose (elle est connue auparavant)
  - confusion mentale
  - **désordres métaboliques** : hypoglycémie, hypercalcémie, hypoxie
  - **pathologie organique sous-jacente** : embolie pulmonaire, insuffisance coronarienne, pneumothorax, asthme, hémorragie interne, causes neurologiques (tumeurs cérébrales…), phéochromocytome
  - **symptômes physiques non contrôlés** : douleur ++, fatigue, dyspnée :
  - fréquence d'attaques de panique (Dauchy, 2002), insomnie, nausée (Salvo, 2012)
  - Rétention aiguë d'urine, fécalome.

- **Causes médicamenteuses :**
  - **antipsychotiques ou antiémétiques** : akathisie (impatience motrice souvent anxiogène)
  - **glucocorticoïdes, immunothérapie**
  - **sevrage de substances** (benzodiazépines, opioïdes, nicotine, corticoïdes, anticonvulsivants).

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Epidémiologie

Prévalence de l'anxiété extrêmement variable chez les patients atteints de cancer : utilisation de techniques de mesures, de critères diagnostiques et d'échantillons différents.

- **Méta-analyse de Mitchell sur 70 études de patients atteints de cancer** (Mitchell, 2011) **:**
  - **milieu oncologique et hématologique :**
    - 19,4 % de troubles de l'adaptation (ne se manifeste pas forcément par de l'anxiété)
    - 10,3 % de troubles anxieux
  - **soins palliatifs :**
    - 15,4 % de troubles de l'adaptation (ne se manifeste pas forcément par de l'anxiété)
    - 9,8 % de troubles anxieux

    répartition équivalente entre PTSD, anxiété généralisée et trouble panique

- **Dans les cancers avancés :**
  - une étude retrouve **4,8 % de anxiété généralisée** (Kadan-Lottick, 2005),
  - une étude de 2010 (Spencer, 2010) **7,6 % de troubles anxieux**.

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Facteurs de risque d'anxiété dans le cancer

- **Le jeune âge et le sexe féminin** (Spencer, 2010 ; Kolva, 2011 ; Vodermaier, 2011 ; Salvo, 2012 ; Linden, 2012)
- **ATCD prémorbides d'anxiété** (Traeger, 2012), **de traumatismes psychologiques, un mauvais support social** (Kolva, 2011)
- **Certains types de cancer : poumon** (Vodermaier, 2011; Linden, 2012; Boyes, 2011), **sein** (Vodermaier, 2011)
- **Aggravation avec les phases avancées de cancer (cancers métastatiques)** (Spencer, 2010 ; Vodermaier, 2011)

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Dépistage

- **Outils qui évaluent la détresse émotionnelle :**
  - **HADS** (Hospital Anxiety and Depression Scale) :
    - scores de 8 à 10 : anxiété modérée
    - à partir de 11 : anxiété sévère (Kolva, 2011)
  - **Échelle de Détresse Psychologique avec un cut-off** >3 (Dolbeault, 2008)

- **Echelles spécifiques de l'anxiété :**
  - **STAI** (State Trait Anxiety Inventory)
  - **HAM-A** (échelle d'anxiété de Hamilton)

- **Échelles spécifiques pour le PTSD** (Bouvard, 2002) **:**
  - **PCLS** (version stress de l'échelle de stress post-traumatique)
  - **Échelle révisée d'impact de l'événement**

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Prises en charge psychosociales (1)

Généralités

- Intérêt du repérage précoce du trouble anxieux car les interventions de court terme (thérapies brèves) peuvent alors être efficaces
- Peuvent se pratiquer en individuel ou parfois en groupes
- Doivent prendre en compte l'état somatique du patient, les techniques devant y être adaptées avec grande souplesse
- 4 grands types d'approche

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

➔ Références bibliographiques p. 36

Prises en charge psychosociales (2)

Psychothérapies cognitivo-comportementales

- Meilleur niveau d'efficacité
- Travail centré sur le ou les symptôme(s) anxieux dans « l'ici et maintenant »
- Permet d'augmenter le sentiment de contrôle du patient sur ses symptômes et sur son état global
- Approches structurées nécessitant la participation active du patient et la poursuite des exercices/tâches à domicile au décours de la thérapie
- Identification dans des situations précises des cognitions, émotions et conséquences comportementales inadéquates :
  - Confrontation à des processus cognitifs alternatifs qui permettent d'engager des comportements plus fonctionnels/adaptés pour le patient
- Efficacité prouvée par de nombreuses études : sur l'anxiété elle-même (réduction des manifestations somatiques et psychologiques) et sur la qualité de vie
- Intègrent différents outils : relaxation, imagination, visualisation, confrontation cognitive

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

➔ Références bibliographiques p. 36

Prises en charge psychosociales (3)

Psycho-éducation

- **Information et éducation sur la maladie tumorale et sur les traitements**

- **Une des approches de base visant la réduction des troubles anxieux en lien avec la maladie et les traitements**

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

➔ Références bibliographiques p. 36

Prises en charge psychosociales (4)

Psychothérapies verbales

Très nombreuses approches

- Le plus souvent, thérapie de soutien pendant la durée des traitements ou à la phase initiale de la période de rémission. Peut être assimilée à une thérapie de crise (brief therapy).
- Si trouble anxieux chronique et indication d'une psychothérapie au long cours, envisager un adressage vers l'extérieur (CMP, Réseaux de soins, Espace Ressource Cancer, ACVP : Accueil Cancer de la ville de Paris, Privé).

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

➔ Références bibliographiques p. 36

Prises en charge psychosociales (5)

Approches psychocorporelles

- En particulier la relaxation et l'hypnose
- Efficacité prouvée
- Très appréciées par de nombreux patients, en particulier ceux qui sont réticents aux approches verbales, mais peuvent leur être très complémentaires
- Travail sur le sentiment de retrouver le contrôle de ses émotions

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

➔ Références bibliographiques p. 36

Traitements médicamenteux (1)

Étiologiques / Symptomatiques

- **Prise en charge étiologique**
  - Les antalgiques
  - Les traitements à visée eupnéisantes
  - Les culots globulaires
  - Les hypocalcémiants…

- **Anxiolytiques si l'anxiété ne cède pas malgré une prise en charge relationnelle, environnementale et étiologique adaptée :**
  - Évaluation du contexte d'apparition
  - Dialogue, informations complémentaires
  - Attitude de réassurance, de soutien

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Traitements médicamenteux (2)

Anxiolytiques Benzodiazépines (BZD)

(HAS, 2007)

- **Les plus fréquemment prescrits**
- **En cas d'anxiété ne cédant pas spontanément ou malgré une prise en charge adaptée, privilégier les prises ponctuelles**
- **Informer les patients**
  - **De l'objectif du traitement**
    - Traitement symptomatique, soulagement rapide
  - **Des risques associés**
    - Dépendance physique en cas de prise prolongée et ininterrompue
    - Phénomènes de tolérance
    - Troubles de la vigilance / Troubles de la mémoire
    - Risque de chute (personnes âgées+++)
  - **Risque de phénomène de sevrage en cas d'arrêt brutal**
    - Influencé par la durée de traitement, la posologie, majoré pour les BZD à demi-vie brève
    - Nécessité d'un sevrage progressif
  - **Prévoir une durée limitée de traitement** (à adapter au contexte et au stade de la maladie)
- **Bien encadrer la prescription**
  - **Gestion autonome possible après information**
    - D'une prise ponctuelle à un traitement 3 fois par jour en cas d'angoisse, en indiquant les posologies à respecter
  - **Réévaluation régulière, notamment en cas d'augmentation des doses par le patient et en cas de prise au long cours**
    - Quid d'éléments psychopathologiques sous-jacents (troubles anxio-dépressifs, comportements addictifs…)
    - Dans le cadre de traitement prolongé, privilégier les benzodiazépines de demi-vie longue pour limiter le risque de dépendance
  - **Pas de reconduction systématique d'ordonnance**
- **Ne prescrire qu'une seule benzodiazépine à la fois**

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Traitements médicamenteux (3)

Anxiolytiques non benzodiazépines

= alternatives aux BZD

- Notamment chez les patients vierges de tout traitement anxiolytique antérieur
- Pas de dépendance physique ou psychique, pas de risque de sevrage
- Non dépresseurs respiratoires

hydroxyzine

- Propriétés antihistaminiques, sédatives, anxiolytiques
- Effets secondaires atropiniques (vigilance personnes âgées)
- Forme orale

HYDROXYZINE **Cp** 25 mg – 100mg **Sirop** 2 mg/mL	12,5 à 50 mg par prise	**Jusqu'à 100 mg par jour** (le plus souvent entre 12,5 et 50 mg/jour)

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Traitements médicamenteux (4)

Antidépresseurs

(AFSSAPS, 2006)

- **En cas de troubles anxieux avérés**
  - A suspecter lors de prise régulière et au long cours de benzodiazépines
    - **ISRS** (inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine) : escitalopram, paroxétine, sertraline
    - **IRSNa** (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline) : venlafaxine, duloxétine

- **Consultation psychiatrique pour :**
  - Le diagnostic de :
    - trouble panique
    - anxiété généralisée
    - trouble phobique
    - trouble obsessionnel compulsif
    - trouble dépressif
    - syndrome de stress post-traumatique
  - Indication d'une psychothérapie ± traitement de fond par antidépresseur ± anxiolytique si besoin

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Traitements médicamenteux (5)

Antipsychotiques

- **Indications**
  - **Anxiété associée à un autre trouble psychopathologique** (délire, hallucinations, agressivité, états d'agitation)
  - **Inefficacité des benzodiazépines**
  - **Risque de détresse respiratoire sous benzodiazépines**

- **Choix de molécules dites sédatives**
  - **Neuroleptiques classiques**
    - cyamémazine à privilégier++ puis lévomépromazine, halopéridol , chlorpromazine (propriétés anti-nauséeuses)
  - **Antipsychotiques de seconde génération**
    - olanzapine , rispéridone (après avis spécialisé)

- **Effets secondaires principaux**
  - **Neurovégétatifs** : hypotension, tachycardie, allongement du QT, torsades de pointe
  - **Extrapyramidaux** : dyskinésies précoces et tardives
  - **Anticholinergiques** : rétention urinaire, constipation, troubles de la vue et hyposialie
  - **Syndrome malin** (exceptionnel)
  - **Troubles de la vigilance**

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Traitements médicamenteux (6)

Insomnie par anxiété

- **Après échec des techniques de relaxation, hypnose, approche psychocorporelle, conseils hygiéno-diététiques…**

- **En première ligne, privilégier un traitement n'induisant pas de dépendance et avec peu d'effets secondaires**
  - hydroxyzine 12,5 à 50 mg au coucher

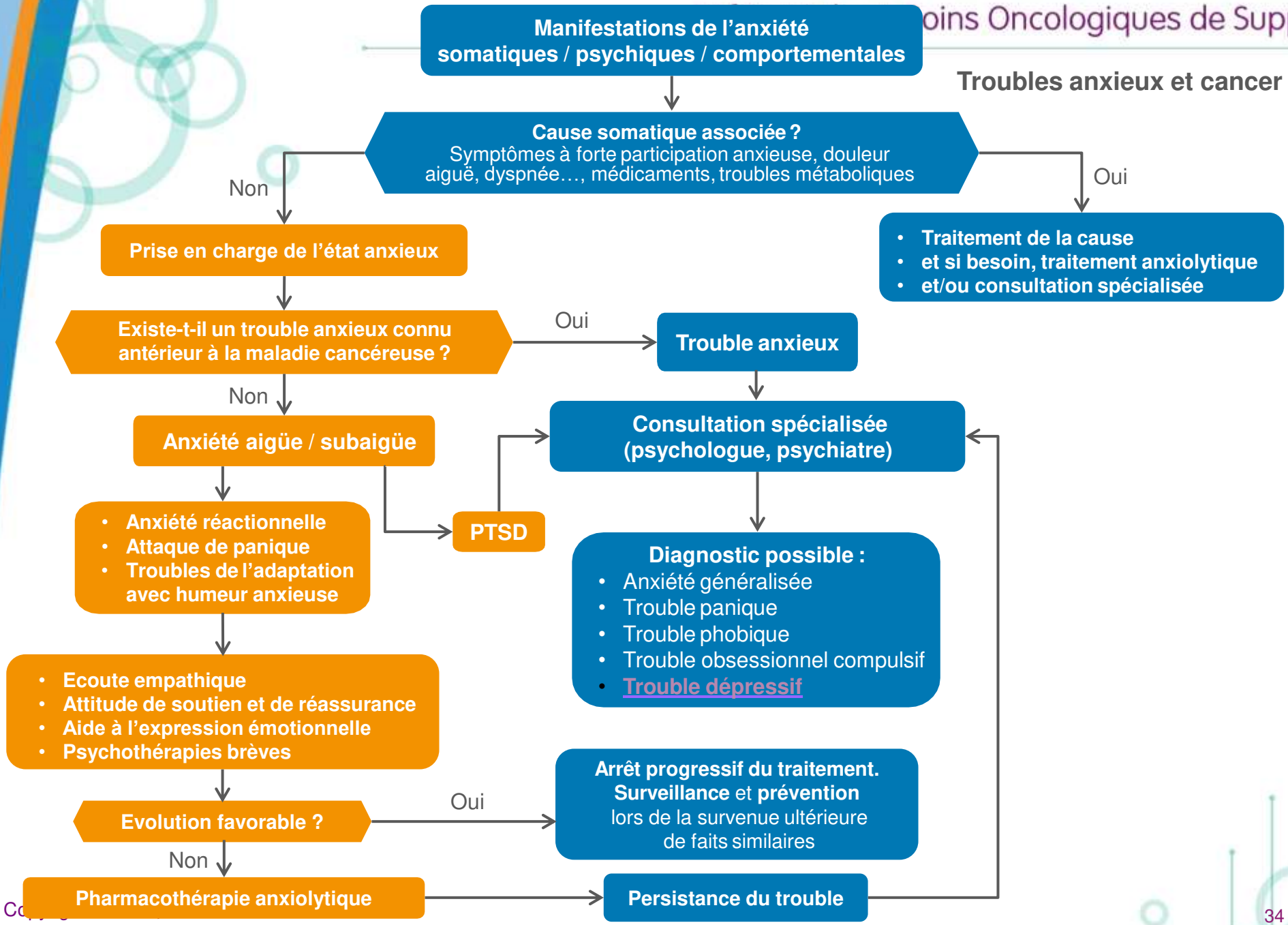
- **Benzodiazépines et substances apparentées**
  - Insomnie d'endormissement
    - zolpidem 5 à 10 mg
  - Insomnie à réveil précoce avec troubles de l'endormissement
    - zopiclone 3,75 à 7,5 mg
    - alprazolam 0,25 à 0,5 mg
    - bromazépam 1,5 à 6 mg

- **Neuroleptiques**
  - cyamémazine 12,5 à 25 mg
  - alimémazine 2,5 à 10 mg

- **Antidépresseurs**
  - miansérine 10 mg au coucher (hors AMM)

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Troubles anxieux et cancer



Troubles anxieux et cancer

INDICATION DES ANXIOLYTIQUES

- Anxiété → Voie orale
- Agitation anxieuse → Voie parentérale
- Insomnie par anxiété

INDICATION D'ANTIDEPRESSEURS

- Troubles anxieux (consultation spécialisée)

Voie orale

BENZODIAZEPINES *

- ▶ **½ vie courte**
  - oxazépam 5 à 30 mg/j
- ▶ **½ vie intermédiaire**
  - alprazolam 0,25 à 1,5 mg/j
  - bromazépam 1,5 à 6 mg/j
  - lorazépam 1 à 3 mg/j
- ▶ **½ vie longue**
  - clorazépate dipotassique 5 à 20 mg/j
  - prazépam 5 à 20 mg/j
- ▶ **AUTRE ***
  - hydroxyzine 12,5 à 100 mg/j
- ▶ **NEUROLEPTIQUES**
  - cyamémazine 5 à 75 mg/j

Voie parentérale

BENZODIAZEPINES *

- ▶ clorazépate dipotassique **IM ou IV** 10 à 50 mg/j
- ▶ diazépam **IM ou IV 10 à 40 mg**
- ▶ midalozam **IV** 0,5 à 1,5 mg/h (hors AMM dans cette indication)
- ▶ **NEUROLEPTIQUES** cyamémazine **IM** 25 à 50 mg/j

Insomnie par anxiété

Prise unique le soir

- ▶ **Insomnie d'endormissement ***
  - zolpidem 5 à 10 mg
- ▶ **Autres types d'insomnies ***
  - zopiclone 3,75 à 7,5 mg
  - alprazolam 0,25 à 0,5 mg
  - bromazépam 1,5 à 6 mg
  - hydroxyzine 12,5 à 50 mg
  - cyamémazine 12,5 à 25 mg
  - alimémazine 2,5 à 10 mg

* pour posologie supérieure, se référer au spécialiste

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Références bibliographiques (1)

AFSSAPS
Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte
Octobre 2006

Boyes AW, Girgis A, D'Este C, Zucca AC
Flourishing or floundering? Prevalence and correlates of anxiety and depression among a population-based sample of adult cancer survivors 6 months after diagnosis.
J Affect Disord. 2011; 135:184-192

Bouvard M, Cottraux J.
Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie.
Masson, Paris, 2002, 319 pages.

Brown LF, Kroenke K, Theobald DE, Wu J et al.
The association of Depression and Anxiety with Health- related Quality of Life in Cancer Patient with Depression and/or pain.
Psychooncology. 2010; 19 :734-41.

Dauchy S, Chauffour-Ader C
Prise en charge de l'anxiété en soins palliatifs: privilégier un traitement étiologique
Med Pal . 2002; 1:19-34

Dolbeault S, Bredart A, Mignot V, Hardy P et al.
Screening for psychological distress in two French cancer centers: feasibility and performance of the adapted distress thermometer.
Palliat Support Care. 2008;6:107-17.

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Références bibliographiques (2)

Einsle F, Kraft D, Köllner V.
Post-traumatic stress disorder (PTSD) in cardiology and oncology – which diagnostic tools should be used?
J Psychosom Res. 2012; 72:434-8.

Gonçalves V, Jayson G, Tarrier N
A longitudinal investigation of posttraumatic stress disorder in patients with ovarian cancer.
J Psychosom Res. 2011; 70:422-31.

Guelfi JD et al.
Traduction française du DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4ème édition, texte révisé (Washington DC, 2000) Masson, Paris, 2003, 1120 pages.

Green BL, Krupnick JL, Rowland JH, Epstein SA et al.
Trauma history as a predictor of psychologic symptoms in women with breast cancer.
J Clin Oncol . 2000; 18:1084-93

Greer JA, Solis JM, Temel JS, Lennes IT et al.
Anxiety disorders in long term survivors of adult cancers.
Psychosomatics . 2011; 52:417-23

Haute Autorité de Santé :
Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé
Octobre 2007

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Références bibliographiques (3)

Holland JC.
Anxiety and cancer: the patient and the family.
J Clin Psychiatry. 1989; 50 Suppl:20-5.

Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, Zhang B et al.
Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer.
Cancer .2005;104:2872-81

Kangas M, Henry JL, Bryant RA.
The course of psychological disorders in the 1st year after cancer diagnosis.
J Consult Clin Psychol. 2005; 73:763-8

Kangas M, Henry JL, Bryant RA
Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review.
Clin Psychol Rev. 2002; 22:499-524

Kolva E, Rosenfeld B, Pessin H, Breitbart W et al.
Anxiety in terminally ill cancer patients.
J Pain Symptom Manage. 2011; 41:691-701.

Linden W, Vodermaier A, MacKenzie R, Greig D
Anxiety and depression after cancer diagnosis : prevalence rates by cancer type, gender, and age.
J Affect Disord .2012;141343-51

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Références bibliographiques (4)

Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M et al.
Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies.
Lancet Oncol. 2011;12:160-74.

Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J, Paul J et al
Depression ans anxiety in long-term cancer survivors comparated with spouses and healthy controls : a systematic review and mete-analysis.
Lancet Oncol . 2013; 14 : 721-32.

Moivic M, Block S
Psychiatric disorders in advanced cancer.
Cancer .2007;110:1665-76

Spencer R, Nilsson M, Wright A, Pirl W et al.
Anxiety disorders in advanced cancer patients.
Cancer. 2010; 116:1810-9

Stark DPH, House A
Anxiety in cancer patients.
Br J Cancer . 2000; 83:1261-7

Spencer R, Nilsson M, Wright A, et al.
Anxiety disorders in advanced cancer patients.
Cancer. 2010; 116:1810-9.

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Références bibliographiques (5)

Salvo N, Zeng L, Zhang L, Leung M et al.
Frequency of reporting and predictive factors for anxiety and depression in patients with advanced cancer.
Clin Oncol . 2012; 24:139-48

Traeger L, Greer JA, Fernandez-Robles C, Temel JS et al.
Evidence-based treatment of anxiety in patients with cancer.
J Clin Oncol . 2012; 30:1197-1205

Vodermaier A, Linden W, MacKenzie Z, Greig D et al.
Disease stage predicts post-diagnosis anxiety and depression only in some type of cancer.
Br J Cancer. 2011; 105:1814-1817

Approches non médicamenteuses

International Psycho-Oncology Society : cycle de conférences multilingue
http://www.ipos-society.org/education/core_curriculum/core_curriculum_fr.aspx

National Cancer Institute : Adjustment to cancer : anxiety and distress. Health Professional version.
http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/adjustment/HealthProfessional/page3

Recommandations canadiennes pour la prise en charge de l'anxiété et de la dépression
http://www.capo.ca/pdf/ENGLISH_Depression_Anxiety_Guidelines_for_Posting_Sept2011.pdf

Levin TT, Alicil Y.
Handbook of Psycho-Oncology, second edition, Oxford University Press.
Anxiety disorders. 2010; chapter 44, 324-331.

Sheldon LK, Swanson S, Dolce A, Marsh K, Summers J.
Putting evidence into practice : evidence-based interventions for anxiety.
ClinJ Oncol Nurs .2008 ;12:789-97.

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Annexes

- **Echelles d'évaluation :**
  - HADS
  - Echelle de détresse psychologique
  - STAI
  - HAM-A
  - PCLS
  - Echelle révisée d'impact de l'évènement

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Echelle HAD

De ZIGMOND A.S. et SNAITH R.P.

NB : cette échelle évalue un indice de sévérité symptomatique mais renseigne peu sur la présence de traits anxieux et donc sur le caractère transitoire ou non des éléments psychopathologiques. De plus elle est plutôt utile comme outil de screening que comme moyen de dépistage individuel

	A	Je me sens tendu ou énervé :
	3	La plupart du temps
	2	Souvent
	1	De temps en temps
	0	Jamais
D		Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois
0		Oui, tout autant
1		Pas autant
2		Un peu seulement
3		Presque plus
	A	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :
	3	Oui, très nettement
	2	Oui, mais ce n'est pas trop grave
	1	Un peu mais cela ne m'inquiète pas
	0	Pas du tout
D		Je ris facilement et vois le bon côté des choses
0		Autant que par le passé
1		Plus autant qu'avant
2		Vraiment moins qu'avant
3		Plus du tout
	A	Je me fais du souci :
	3	Très souvent
	2	Assez souvent
	1	Occasionnellement
	0	Très occasionnellement

D		Je suis de bonne humeur :
3		La plupart du temps
2		Souvent
1		De temps en temps
0		Jamais
	A	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté
	3	Jamais
	2	Rarement
	1	Oui, en général
	0	Oui, quoi qu'il arrive
D		J'ai l'impression de fonctionner au ralenti
3		Presque toujours
2		Très souvent
1		Parfois
0		Jamais
	A	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué
	0	Jamais
	1	Parfois
	2	Assez souvent
	3	Très souvent
D		Je ne m'intéresse plus à mon apparence
3		Plus du tout
2		Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
1		Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0		J'y prête autant d'attention que par le passé

	A	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place
	3	Oui, c'est tout à fait le cas
	2	Un peu
	1	Pas tellement
	0	Pas du tout
D		Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses
3		Autant qu'avant
2		Un peu moins qu'avant
1		Bien moins qu'avant
0		Presque jamais
	A	J'éprouve des sensations soudaines de panique
	3	Vraiment très souvent
	2	Assez souvent
	1	Pas très souvent
	0	Jamais
D		Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision
0		Souvent
1		Parfois
2		Rarement
3		Très rarement

Cette échelle explore les symptômes anxieux et dépressifs.
Faire le total du versant anxiété et dépression : 21 points maximum pour chacun.

Entre 8 et 10 : état anxieux ou dépressif douteux.
Au-delà de 10 : état anxieux ou dépressif pathologique probable.

Echelle de détresse psychologique

(EDP)

Instructions :

Dans le contexte de la maladie, il arrive fréquemment de se sentir fragilisé sur le plan psychologique, que ce soit en rapport avec la maladie elle-même ou pour d'autres raisons personnelles.

L'échelle ci-dessous représente un moyen d'apprécier votre état psychologique.

Nous vous demandons de **mettre une croix sur la ligne** à l'endroit qui correspond le mieux à votre état psychologique de la **dernière semaine.**

Détresse très importante

Pas de détresse

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

	non	Plutôt non	Plutôt oui	oui
1. Je me sens calme.	4	3	2	1
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté.	4	3	2	1
3. Je suis tendu(e), crispé(e).	1	2	3	4
4. Je me sens surmené(e).	1	2	3	4
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau.	4	3	2	1
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e).	1	2	3	4
7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.	1	2	3	4
8. Je me sens content(e).	4	3	2	1
9. Je me sens effrayé(e).	1	2	3	4
10. Je me sens à mon aise.	4	3	2	1
11. Je sens que j'ai confiance en moi.	4	3	2	1
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable.	1	2	3	4
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).	1	2	3	4
14. Je me sens indécis(e).	1	2	3	4
15. Je suis décontracté(e), détendu(e).	4	3	2	1
16. Je suis satisfait(e).	4	3	2	1
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)	1	2	3	4
18. Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e).	1	2	3	4
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e).	4	3	2	1
20. Je me sens de bonne humeur, aimable.	4	3	2	1

Troubles anxieux et cancer

Echelle STAI
(State Trait Anxiety Inventory)

Forme Y-A (échelle E) :
Sentiments actuels (1)

Instructions :

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels.

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

	Presque jamais	parfois	souvent	Presque toujours
21. Je me sens de bonne humeur, aimable.	4	3	2	1
22. Je me sens nerveux (nerveuse) et agité(e).	1	2	3	4
23. Je me sens content(e) de moi.	4	3	2	1
24. Je voudrais être aussi heureu(x)(se) que les autres semblent l'être.	1	2	3	4
25. J'ai un sentiment d'échec.	1	2	3	4
26. Je me sens reposé(e).	4	3	2	1
27. J'ai tout mon sang-froid.	4	3	2	1
28. J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter.	1	2	3	4
29. Je m'inquiète à propos de choses sans importance.	1	2	3	4
30. Je suis heureux(se)	4	3	2	1
31. J'ai des pensées qui me perturbent.	1	2	3	4
32. Je manque de confiance en moi.	1	2	3	4
33. Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.	4	3	2	1
34. Je prends facilement des décisions.	4	3	2	1
35. Je me sens incompétent(e), pas à la hauteur.	1	2	3	4
36. Je suis satisfait(e).	4	3	2	1
37. Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent.	1	2	3	4
38. Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement.	1	2	3	4
39. Je suis une personne posée, solide, stable.	4	3	2	1
40. Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis.	1	2	3	4

Troubles anxieux et cancer

Echelle STAI
(State Trait Anxiety Inventory)

Forme Y-B (échelle T) :
Sentiments habituels (2)

Instructions :

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez GENERALEMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments habituels.

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Etalonnage en notes T - Femmes
(données françaises)

	Elèves de lycées et collèges		Adultes		Hospitalisées		
	Note T		Note T		Note T		
Notes Brutes	AE	AT	AE	AT	AE	AT	Notes Brutes
80	77	87	93	87	74	87	80
79	76	86	92	86	73	86	79
78	75	85	91	84	73	85	78
77	75	83	90	83	72	84	77
76	74	82	89	82	71	83	76
75	73	81	89	881	71	82	75
74	73	80	88	80	70	81	74
73	72	79	87	79	69	80	73
72	71	78	86	78	69	79	72
71	70	77	85	77	68	78	71
70	70	76	84	76	67	76	70
69	69	75	83	75	67	75	69
68	68	74	82	74	66	74	68
67	68	73	81	73	66	73	67
66	67	72	80	72	65	72	66
65	66	71	79	71	64	71	65
64	66	69	78	70	63	70	64
63	65	68	77	69	63	69	63
62	64	67	76	68	62	68	62
61	63	66	75	67	61	67	61
60	63	65	74	66	61	65	60
59	62	64	73	65	60	64	59
58	61	63	72	64	59	63	58
57	61	62	71	63	59	62	57
56	60	61	70	62	58	61	56
55	59	60	69	61	58	60	55
54	59	59	68	60	57	59	54
53	58	58	67	59	56	58	53
52	57	57	66	58	56	57	52
51	56	56	65	57	55	56	51
50	56	54	64	56	54	54	50
49	55	53	63	55	54	53	49
48	54	52	62	54	53	52	48
47	54	51	61	53	52	51	47
46	53	50	60	52	52	50	46
45	52	49	59	51	51	49	45
44	52	48	58	50	50	48	44
43	51	47	57	49	50	47	43
42	50	46	56	48	49	46	42
41	49	45	56	47	48	45	41
40	49	44	55	45	48	43	40
39	48	43	54	44	47	42	39
38	47	41	53	43	46	41	38
37	47	40	52	42	46	40	37
36	46	39	51	41	45	39	36
35	45	38	50	40	44	38	35
34	45	37	49	39	44	37	34
33	44	36	48	38	43	36	33
32	43	35	47	37	42	35	32
31	42	34	46	36	42	34	31
30	42	33	45	35	41	32	30
29	41	32	44	34	40	31	29
28	40	31	43	33	40	30	28
27	40	30	42	32	39	29	27
26	39	29	41	31	39	28	26
25	38	27	40	30	38	27	25
24	38	26	39	29	37	26	24
23	37	25	38	28	37	25	23
22	36	24	37	27	36	24	22
21	35	23	36	26	35	23	21
20	35	23	35	26	35	22	20

Troubles anxieux et cancer

Echelle STAI
(State Trait Anxiety Inventory)
(3)

Pour obtenir les scores AE, on fait la somme des scores obtenus aux 20 questions de la page A. Pour le score à l'échelle AT, on fait la somme des scores obtenus aux 20 questions de la page B.

Si le sujet n'a pas répondu à une ou deux des questions, il est possible sans altérer la validité de l'inventaire d'établir le score probable qu'il aurait obtenu si il avait répondu en faisant une simple règle de trois :

Score sur 18 *ou* 19 *propositions * 20 / 18 ou* 19

Les scores obtenus sur les différents groupes de sujets français sont pour l'échelle AE compris entre 20 et 80, et pour l'échelle AT entre 21 et 77.

La note obtenue par un sujet fournit une indication relative sur les échelles d'anxiété E et T en comparaison d'un groupe de référence. On peut classer les notes en cinq niveaux :

supérieur à 65 (très élevée), de 56 à 65 (élevée), 46 à 55 (moyen), 36 à 45 (faible), inférieur à 35 (très faible)

Les notes de 46 à 55 sont considérées comme les notes limites de la zone moyenne.

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Etalonnage en notes T - Hommes
(données françaises)

	Eleves de lycées et colléges		Adultes		Hospitalisés		
	Note T		Note T		Note T		
Notes Brutes	AE	AT	AE	AT	AE	AT	Notes Brutes
80	84	91	94	87	80	88	80
79	84	90	93	86	80	87	79
78	83	89	92	85	79	86	78
77	82	88	91	84	78	85	77
76	81	87	90	83	78	84	76
75	80	86	89	82	77	83	75
74	80	84	88	81	76	82	74
73	79	83	87	80	75	81	73
72	78	82	86	79	75	80	72
71	77	81	85	78	74	80	71
70	76	80	84	77	73	79	70
69	75	79	83	76	73	78	69
68	75	78	82	75	72	77	68
67	74	77	81	74	71	76	67
66	73	76	80	73	71	75	66
65	72	75	79	72	70	74	65
64	71	74	78	71	69	73	64
63	71	73	77	70	69	72	63
62	70	72	76	69	68	71	62
61	69	71	75	68	67	70	61
60	68	70	74	67	66	69	60
59	67	69	73	66	66	68	59
58	67	67	72	65	65	67	58
57	66	68	71	64	64	66	57
56	65	65	70	63	64	65	56
55	64	64	69	62	63	64	55
54	63	63	68	61	62	64	54
53	63	62	67	60	62	63	53
52	62	61	66	59	61	62	52
51	61	60	65	58	60	61	51
50	60	59	64	57	60	60	50
49	59	58	63	57	59	59	49
48	59	57	62	56	58	58	48
47	58	56	61	55	57	57	47
46	57	55	60	54	57	56	46
45	56	54	59	53	56	55	45
44	55	53	58	52	55	54	44
43	54	51	57	51	55	53	43
42	54	50	56	50	54	52	42
41	53	49	55	49	53	51	41
40	52	48	54	48	53	50	40
39	51	47	53	47	52	49	39
38	50	46	52	46	51	48	38
37	50	45	51	45	51	48	37
36	49	44	50	44	50	47	36
35	48	43	49	43	49	46	35
34	47	42	48	42	49	45	34
33	46	41	47	41	48	44	33
32	46	40	46	40	47	13	32
31	45	39	45	39	46	43	31
30	44	38	44	38	46	42	30
29	43	37	43	37	45	41	29
28	42	36	42	36	44	40	28
27	42	34	41	35	44	39	27
26	41	33	40	34	43	38	26
25	40	32	39	33	42	37	25
24	39	31	38	32	42	36	24
23	38	30	37	31	41	35	23
22	38	29	36	30	40	34	22
21	37	28	35	29	40	32	21
20	36	27	34	28	39	31	20

Troubles anxieux et cancer

Echelle STAI
(State Trait Anxiety Inventory)
(4)

Pour obtenir les scores AE, on fait la somme des scores obtenus aux 20 questions de la page A. Pour le score à l'échelle AT, on fait la somme des scores obtenus aux 20 questions de la page B.

Si le sujet n'a pas répondu à une ou deux des questions, il est possible sans altérer la validité de l'inventaire d'établir le score probable qu'il aurait obtenu si il avait répondu en faisant une simple règle de trois :

Score sur 18 *ou* 19 *propositions * 20 / 18 ou* 19

Les scores obtenus sur les différents groupes de sujets français sont pour l'échelle AE compris entre 20 et 80, et pour l'échelle AT entre 21 et 77.

La note obtenue par un sujet fournit une indication relative sur les échelles d'anxiété E et T en comparaison d'un groupe de référence. On peut classer les notes en cinq niveaux :

supérieur à 65 (très élevée), de 56 à 65 (élevée), 46 à 55 (moyen), 36 à 45 (faible), inférieur à 35 (très faible)

Les notes de 46 à 55 sont considérées comme les notes limites de la zone moyenne.

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Troubles anxieux et cancer

Echelle d'appréciation de l'anxiété (de Max Hamilton) (1)

La période d'évaluation à considérer comprend les 7 jours précédant l'entretien et le jour même de l'entretien. Pour chaque item, choisissez la note qui correspond d'après votre expérience, à l'intensité du comportement. Les définitions qui suivent l'énoncé de l'item sont des exemples servant de guide. Marquez dans la case située à droite le chiffre (de 0 à 4) définissant l'intensité, tous les items doivent être notés.

1. **Absent**
2. **Intensité légère**
3. **Intensité moyenne**
4. **Intensité forte**
5. **Intensité maximale (invalidante)**

Items	Cotation
1. **Humeur anxieuse** : inquiétude - attente du pire - appréhension (anticipation avec peur) - irritabilité	
2. **Tension** : sensations de tension – fatigabilité – impossibilité de se détendre – réaction de sursaut – pleurs faciles – tremblements – sensation d'être incapable de rester en place.	
3. **Peurs** : du noir – des gens qu'on ne connaît pas – d'être abandonné seul – des gros animaux – de la circulation –de la foule.	
4. **Insomnie** : difficultés d'endormissement – sommeil interrompu – sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil – rêves pénibles – cauchemars – terreurs nocturnes.	
5. **Fonction intellectuelles (cognitives)** : difficultés de concentration – mauvaise mémoire.	
6. **Humeur dépressive** : perte des intérêts – ne prend plus plaisir à ses passe-temps – dépression – insomnie du matin – variations de l'humeur dans la journée.	
7. **Symptômes somatiques généraux (musculaires)** : douleurs et courbatures dans les muscles – raideurs musculaires – sursauts musculaires – secousses cloniques – grincements de dents – voix mal assurée	
8. **Symptômes somatiques généraux (sensoriels)** : tintements d'oreilles – vision brouillée – bouffée de chaleur ou de froid – sensations de faiblesse – sensations de picotements.	
9. **Symptômes cardiovasculaires** : tachycardie – palpitations – douleurs dans la poitrine – battements des vaisseaux – sensations syncopales – extra-systoles.	
10. **Symptômes respiratoires** : poids sur la poitrine ou sensation de constriction – sensations d'étouffement – soupirs – dyspnée.	
11. **Symptômes gastro-intestinaux** : difficultés pour avaler – vents – dyspepsie : douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, pyrosis, nausées, vomissements, creux à l'estomac, « coliques » abdominales – borborygmes – diarrhée – perte de poids - constipation	
12. **Symptômes génito-urinaires** : aménorrhée – ménorragies – apparition d'une frigidité – mictions fréquentes – urgence de la miction – éjaculation précoce – absence d'érection – impuissance.	
13. **Symptômes du système nerveux autonome** : bouche sèche – accès de rougeur – pâleur – tendance à la sudation – vertiges – céphalées de tension – horripilation.	
14. **Comportement lors de l'entretien** Général : tendu, non à son aise – agitation nerveuse des mains, tripote des doigts, serre les poings, tics, serre son mouchoir – instabilité : va-et-vient- tremblement des mains –front plissé – faciès tendu – augmentation du tonus musculaire – respiration haletante – pâleur faciale. Physiologique : avale sa salive – éructations – tachycardie au repos – rythme respiratoire à plus de 20/min – réflexes tendineux vifs –tremblements – dilatation pupillaire – exophtalmie – sudation – battements des paupières.	

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Troubles anxieux et cancer

Echelle d'appréciation de l'anxiété (de Max Hamilton) (2)

Instructions complémentaires :

Cette échelle construite pour des patients névrotiques, est constituée de 14 items dont l'intensité est à coter de 0 à 4 (la note 4, impliquant une symptomatologie véritablement invalidante, n'est qu'exceptionnellement justifiée chez des patients ambulatoires).

Chaque item représente un complexe de manifestations ; l'item « PEURS » par exemple, est illustré de 6 exemples. Ces exemples ne représentent que des illustrations non limitatives du complexe en question.

Dans son jugement pour chaque item, le médecin doit donc donner une appréciation globale du secteur concerné : dans l'exemple « PEURS » choisi, il doit coter son appréciation globale du secteur phobique de l'anxiété, en combinant intensité, fréquence et nature des peurs spécifiques. Les exemples donnés à propos de chaque item ne sont fournis qu'à titre indicatif, surtout pour aider l'évaluation dans ses premières cotations ; pour la suite, la lecture seule du titre de l'item doit suffire pour la cotation.

L'échelle doit être remplie après chaque entretien et une note doit être attribuée à tous les items. Lorsque le patient n'a pas évoqué spontanément tel ou tel secteur de l'anxiété au cours de l'entrevue, quelques questions doivent lui être posées en fin d'entretien.

La cotation doit être déterminée par la symptomatologie actuelle du sujet , c'est-à-dire par les manifestations observées au cours même de l'entretien et par les symptômes rapportés par le patient dans le cadre de son épisode actuel. Le temps évalué par cette technique doit être de 7 jours.

Par exemple, une phobie isolée, ancienne, disparue, ne doit pas être prise en compte dans la cotation.

Il est souhaitable que le remplissage de l'échelle de Hamilton ait lieu dans les minutes suivant l'entretien, après le départ du patient.

Notes :

Note d'anxiété psychique :

= somme des notes des items 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 14.

Note d'anxiété somatique :

= somme des notes des items 7, 8, 9, 10, 11, 12 et 13.

Note totale :

= somme des notes de tous les items

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Troubles anxieux et cancer

Echelle version stress de l'échelle de stress post-traumatique (PCLS)

Au cours des 7 derniers jours	0	1	2	3	4
1. Etre perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	0	1	2	3	4
2. Etre perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet évènement.	0	1	2	3	4
3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).	0	1	2	3	4
4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.	0	1	2	3	4
5. Avoir des réactions physiques, par exemple, battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant	0	1	2	3	4
6. Eviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.	0	1	2	3	4
7. Eviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.	0	1	2	3	4
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.	0	1	2	3	4
9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir.	0	1	2	3	4
10. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes.	0	1	2	3	4
11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous.	0	1	2	3	4
12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.	0	1	2	3	4
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e).	0	1	2	3	4
14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère.	0	1	2	3	4
15. Avoir des difficultés à vous concentrer.	0	1	2	3	4
16. Etre en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes.	0	1	2	3	4
17. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement.	0	1	2	3	4
Score total :					

Instructions :

Veuillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant. Veuillez lire chaque problème avec soin puis veuillez entourer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème dans **le mois précédent.**

0. Pas du tout

1. Un peu

2. Moyennement

3. Passablement

4. Extrêmement

- **L'évènement que vous avez vécu était** (décrivez-le en 1 phrase) **:**
- **Date de l'évènement :**

Copyright AFSOS, version validée du 15/02/2013
MAJ du 27/03/2018

Troubles anxieux et cancer

Echelle d'impact d'évènement traumatisant (IES)

Au cours des 7 derniers jours	0	1	2	3	4
1. Tout rappel de l'évènement ravivait mes sentiments en rapport avec celui-ci.					
2. Je me réveillais la nuit.					
3. Différentes choses m'y faisaient penser.					
4. Je me sentais irritable ou en colère.					
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser.					
6. Sans le vouloir, j'y repensais.					
7. J'avais l'impression que rien n'était vraiment arrivé ou que ce n'était pas réel.					
8. Je me suis tenu(e) loin de ce qui m'y faisait penser.					
9. Des images de l'évènement surgissaient dans ma tête.					
10. J'étais nerveux(se) et je sursautais facilement.					
11. J'essayais de ne pas y penser.					
12. J'étais conscient d'avoir beaucoup d'émotions à propos de l'évènement, mais je n'y ai pas fait face.					
13. Mes sentiments à propos de l'évènement étaient comme figés.					
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'évènement.					
15. J'avais du mal à m'endormir.					
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'évènement.					
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire.					
18. J'avais du mal à me concentrer.					
19. Ce qui me rappelait l'évènement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations.					
20. j'ai rêvé de l'évènement.					
21. J'étais aux aguets et sur mes gardes.					
22. J'ai essayé de ne pas en parler.					

Instructions :

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un évènement stressant. Lisez chacun des énoncés et indiquez dans quelle mesure ceux-ci s'appliquent à vous **pour les 7 derniers jours.**

Dans quelle mesure avez-vous été affecté ou bouleversé par ces difficultés ?

0. Pas du tout

1. Un peu

2. Moyennement

3. Passablement

4. Extrêmement