

Une timidité malade

■ Enoncé

Marc M. se présente à votre consultation annuelle de médecine du travail.

Il a 42 ans et travaille dans l'entreprise depuis 15 ans maintenant. Somatiquement, il ne présente aucun problème particulier, mais il vous rapporte les faits suivants : il n'a jamais pu obtenir d'avancement car il est trop timide. Son travail voudrait qu'il prenne souvent la parole en public, mais il en est incapable, il a peur d'être ridicule, de rougir. Les rares fois où il arrive à rentrer dans une pièce avec tous ses collègues, cela lui provoque les symptômes suivants : palpitations, essoufflement, sensation de flush, hypersudation, grande angoisse. Il sait que cette peur n'est pas rationnelle et qu'il ne peut rien lui arriver, mais malgré la lutte interne qu'il livre contre ces phénomènes, rien n'y fait. Du coup il évite soigneusement toutes les réunions de bureau ou toutes les situations qui pourraient le mettre en avant, ce qui a pour effet de retarder considérablement son avancement.

Ce patient est actuellement célibataire, sans enfant, aucun antécédent psychiatrique n'est à signaler aussi bien chez lui que dans sa famille.

Question 1

Donnez votre diagnostic.

Question 2

Justifiez votre réponse.

Question 3

Quelles peuvent être les complications de ce trouble ?

Question 4

Qu'envisagez-vous comme traitement pour ce patient ?

Question 5

En fin de consultation, le patient vous parle d'un tout autre problème. Il a beaucoup de mal à s'endormir et ce n'est que vers 3h que le sommeil vient, il est très anxieux quand vient la nuit car il pense à la journée de travail qui l'attend... Ainsi, il s'endort très tard et est donc fatigué le lendemain, cela l'incite à consommer de nombreux cafés dans la journée augmentant son anxiété.

Que lui dites-vous quant à l'origine de ces troubles ?

Question 6

Quelle est votre prise en charge vis à vis des troubles du sommeil ?

■ Corrections

■ Question 1

Donnez votre diagnostic.

- **Phobie sociale** chez un homme de 42 ans sans antécédent avec retentissement social et personnel.

■ Question 2

Justifiez votre réponse.

- Phobie sociale :
 - peur persistante et intense de se trouver dans des situations où le patient est au centre de l'attention ou peur d'agir de manière humiliante ou embarrassante
 - l'exposition à la situation redoutée provoque une grande anxiété avec symptômes physiques intenses
 - le sujet reconnaît le caractère irraisonné du trouble
 - il existe des comportements d'évitement
 - l'évitement et la lutte anxieuse provoquent une mise à l'écart professionnelle et peut-être sociale

■ Question 3

Quelles peuvent être les complications de ce trouble ?

- Complications d'ordre social et professionnel :
 - mise à l'écart dans l'entreprise/retard dans l'avancement/ licenciement
 - chômage/ difficulté à trouver un emploi
 - isolement social
- Complications d'ordre psychiatrique :
 - dépression
 - tentative de suicide
 - aggravation vers un autre trouble anxieux en particulier le trouble anxieux généralisé
 - troubles du sommeil

■ Question 4

Qu'envisagez-vous comme traitement pour ce patient ?

- Prise en charge ambulatoire car pas de signe de danger imminent.
- Nécessité d'arrêt de travail à discuter avec le patient et si on en fait un, il sera de courte durée.
- Chimiothérapie :
 - antidépresseurs à forte dose (les antidépresseurs ont bien souvent une efficacité antinévrotique avec une dose double) à visée antinévrotique, en première intention un inhibiteur de la recapture de la sérotonine, exemple Deroxat® = paroxétine
 - anxiolytiques surtout en début de traitement (les antidépresseurs mettent plusieurs semaines à agir et on se doit d'apaiser le patient en attendant leurs effets), par exemple avec des benzodiazépines, Xanax®
 - hypnotiques si besoin (exemple : Stilnox®)
- Psychothérapie :
 - surtout thérapies cognitivo-comportementales (TCC) qui ont fait leurs preuves dans cette indication, avec techniques de relaxation, réexposition progressive et accompagnée à la situation phobique
 - aussi selon les patients on peut envisager une approche analytique, et une psychothérapie de soutien
- Surveillance :
 - efficacité des traitements : gestion du stress et baisse des symptômes anxieux
 - tolérance des traitements : nausées, vomissements, surconsommation des benzodiazépines
 - suivi au long cours avec prise du traitement antidépresseur pendant au moins 1 an

■ Question 5

Que lui dites-vous quant à l'origine de ces troubles ?

- Les troubles du sommeil sont probablement secondaires à la phobie sociale.

■ Question 6

Quelle est votre prise en charge vis à vis des troubles du sommeil ?

- Ces symptômes devraient s'améliorer avec le traitement de la phobie sociale.
- Toutefois on doit prescrire des règles hygiéno-diététiques :
 - rétablissement du cycle nyctéméral avec coucher plus tôt vers 22h.
 - arrêt des excitants (café)
 - pratique d'une activité sportive
- Si pas d'amélioration, on peut prescrire des hypnotiques pour une courte durée, exemple Stilnox®.

■ Items de l'ECN

- 64 - Diagnostiquer : un trouble dépressif, un trouble anxieux généralisé, un trouble panique, un trouble phobique, un trouble obsessionnel compulsif, un état de stress post - traumatique, un trouble de l'adaptation (de l'enfant à la personne âgée), un trouble de la personnalité.
- 71 - Différents types de techniques psychothérapeutiques.
- 72 - Prescription et surveillance des psychotropes (voir item 326).
- 108 - Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte.

Commentaires et rappels

La **phobie sociale** est la pathologie la plus courante parmi les troubles anxieux.

Elle touche 1 personne sur 7 sur la vie entière.

C'est un problème de santé publique important du fait de son retentissement en termes d'inactivité au travail et de jours d'arrêt de travail.

Question 1

Il ne faut pas oublier les quelques éléments qui font la différence, le terrain et les complications de la maladie.

Question 2

- Elle reprend tous les items du DSM IV R :
 - peur persistante des situations où le patient doit être en relation avec des personnes non familières
 - l'exposition à la situation sociale en question entraîne une anxiété importante pouvant aller jusqu'à une attaque de panique
 - le sujet reconnaît le caractère irraisonné ou excessif du trouble
 - les situations sociales sont évitées ou vécues avec une anxiété importante
 - l'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la situation redoutée perturbent de façon importante les habitudes ou les performances de l'individu
 - la durée des troubles est d'au moins 6 mois
- Elle sera probablement posée telle quelle.
- La mise à l'écart professionnelle et sociale traduit le fait que le sujet va éviter les situations qui vont le mettre en avant dans le cadre professionnel ou privé, ce qui peut provoquer une perte de chance professionnelle ou privée.
- On ne peut pas parler d'attaque de panique chez ce patient car il n'y a pas d'élément très bruyant comme la dépersonnalisation ou la déréalisation.
- Par définition, il n'y a pas d'anxiété intercritique puisque l'objet de l'anxiété est lié aux expositions sociales. Par contre, il peut y avoir une anxiété anticipatoire, anxiété qui vient quand le sujet se rapproche d'une situation phobogène.
- Ce qui est important de noter pour faire le diagnostic, c'est de bien voir que c'est une situation sociale qui déclenche des phénomènes anxieux. On fait ainsi la différence avec une phobie simple (portant sur un objet).

Question 3

- C'est une question classique en psychiatrie, il faut bien classer la réponse car on peut oublier des choses, il est possible que les têtes de chapitre « complications sociales » et « complications psychiatriques » soient aussi cotées.

- Une complication addictive est possible mais pas très courante, le produit principalement utilisé est l'alcool.

Question 4

- C'est une question plus difficile car il s'agit de ne rien oublier.
- On n'hospitalise quasiment jamais ce type de patient sauf si il existe une comorbidité (dépressive notamment). On va l'hospitaliser s'il existe un retentissement dépressif grave avec idéations suicidaires
- Les IRS ont prouvé leur efficacité dans le traitement des troubles anxieux mais à des doses plus fortes que dans la dépression (en moyenne deux fois la dose), même si on ne vous demande pas explicitement de connaître les doses d'antidépresseurs, il paraît de bon ton de savoir cette subtilité.
- La TCC est la psychothérapie standard de ce trouble, les thérapeutes organisent une mise en condition du patient dans la situation phobogène et imaginent avec eux des moyens de baisser leur stress.
- L'arrêt de travail va permettre une pause dans la vie professionnelle du patient et le laisser quelques temps sans situation phobogène, toutefois cela peut entraîner un enkystement avec une plus grande difficulté à retourner au travail. L'arrêt de travail est donc à discuter au cas par cas.
- Les antidépresseurs sont donnés si échec d'un traitement psychothérapique et anxiolytique, ou si le retentissement du trouble a amené les complications citées ci-dessus. On peut aussi envisager les bêtabloquants à faible dose, comme traitement de fond.

Question 6

- C'est une question d'internat trop négligée, il ne faut pas se jeter tout de suite sur les hypnotiques et bien montrer qu'on comprend que le trouble est secondaire.
- Les règles hygiéno-diététiques sont du bon sens, et pourraient vraiment faire la différence à l'ENC.