



LES TROUBLES ANXIEUX

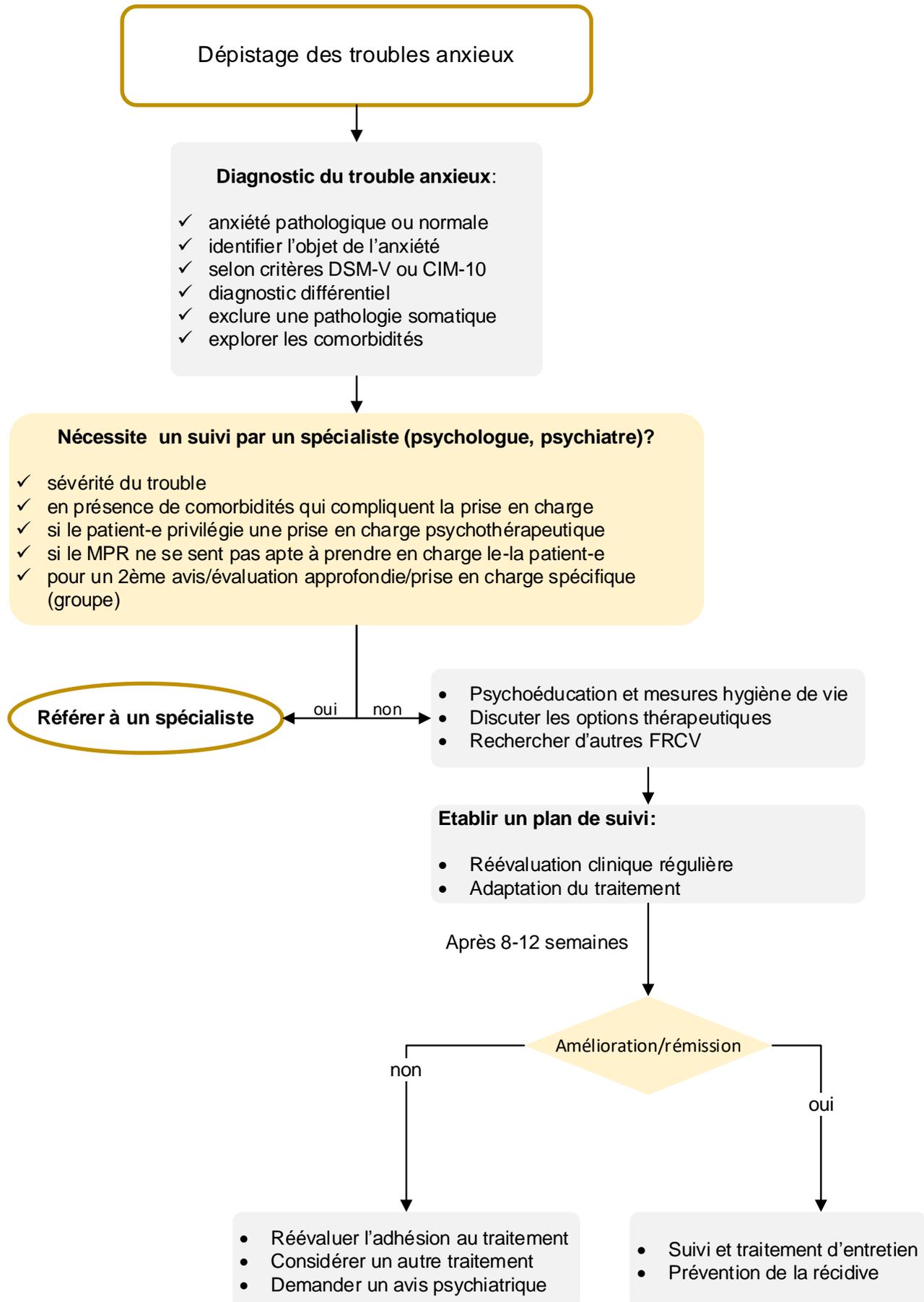
- Autrice :** Cora Greipl, Faculté de médecine, Université de Genève
- Expert :**
Psychiatre Dr Andrea Cremasco, Programme troubles anxieux, HUG
Médecine de famille Dr Sylvain De Lucia, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG
- Superviseuse :** Pr Johanna Sommer, Institut universitaire de médecine de famille et de l'enfants (IuMFE), UNIGE
- Comité éditorial :** Dre Mayssam Nehme, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG
Pre Dagmar Haller, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG & Institut universitaire de Médecine de Famille et de l'Enfance (IuMFE), UNIGE
Pr Idris Guessous, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG & UNIGE

2023

LES POINTS À RETENIR

- Les troubles anxieux ont un impact important sur la qualité de la vie des personnes qui en souffrent. Il est du rôle du médecin de premier recours (MPR) de rechercher activement un trouble anxieux chez tous les patients.
- Les troubles anxieux sont associés à un haut degré de souffrance et de chronicité. Il est donc important de proposer une prise en charge adaptée.
- Il faut explorer les comorbidités psychiatriques et somatiques, et les traiter.
- La consommation de substances, dont le tabac et l'alcool, peuvent être l'expression d'un trouble anxieux.
- Un avis spécialisé est indiqué s'il n'y a pas de réponse à un premier traitement pharmacologique (après min. 12 semaines), si le patient est demandeur, ou si le MPR ne se sent pas apte à prendre en charge le patient. Une prise en charge psychothérapeutique est souvent recommandée.

ALGORITHME



LES TROUBLES ANXIEUX

1. INTRODUCTION

Les troubles anxieux sont les troubles psychiatriques les plus répandus en Suisse et dans les pays occidentaux.^{1,2} Malgré cette fréquence élevée, ils sont souvent ni dépistés ni traités en MPR bien qu'ils soient associés à un haut degré de comorbidités et de chronicité et qu'il existe des traitements efficaces.³ Le rôle des MPR est donc primordial dans le dépistage et la prise en charge des troubles anxieux.⁴

La prévalence annuelle en Suisse est de 14%.² Le risque d'être atteint d'un tel trouble au moins une fois au cours de la vie s'élève de 15 à 30% selon les études. Le Tableau 1 montre les prévalences des différents troubles anxieux. Il est à noter que dans la dernière version de la Classification internationale des maladies (CIM 11), les TOC et les syndromes anxio-dépressifs liés au stress (dont le syndrome de stress post-traumatique) sont classifiés de manière séparée.

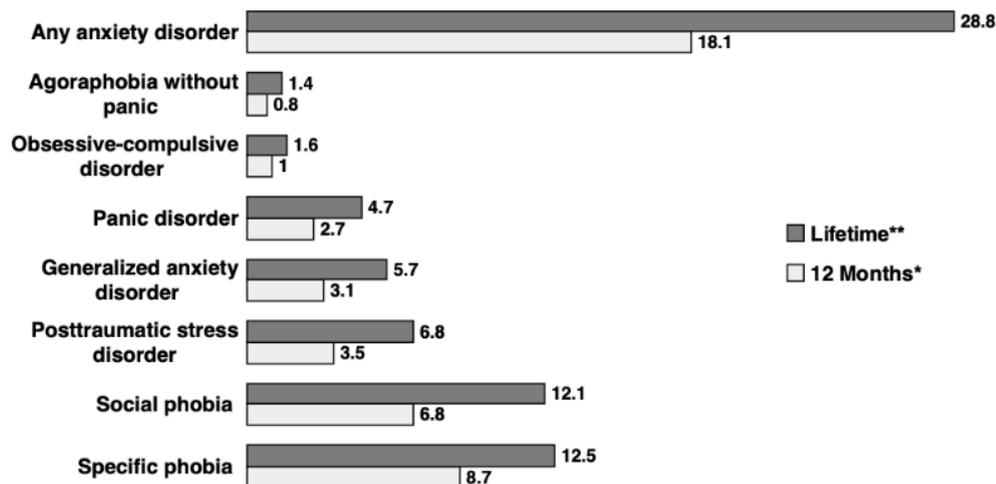


Tableau 1. Prévalence (en %) des troubles anxieux, du TOC et du PTSD au cours de 12 mois et au cours d'une vie selon le « National Comorbidity Survey Replication » ⁵

Les femmes sont atteintes deux fois plus que les hommes. Cependant, comme dans le cas de la dépression, il existe probablement une sous-estimation de la proportion d'hommes souffrant de troubles anxieux, ces derniers consultant moins volontiers un médecin pour ces problèmes et ayant tendance à se tourner vers l'usage de substances psychoactives pour soulager leur symptomatologie. L'âge d'apparition des troubles anxieux se situe généralement entre 10 et 30 ans, et le pic de prévalence est entre 25 et 44 ans.¹ Très souvent, le patient souffre d'autres pathologies associées au trouble anxieux qu'il est important d'explorer. En effet, dans 50% des cas, un autre trouble anxieux est associé, et dans 60% des cas il y a une dépression associée. L'addition de multiples événements stressants constitue un facteur de risque majeur commun de développer un trouble dépressif et/ou anxieux. Souvent on retrouve aussi des troubles de l'usage de substances, un trouble de la personnalité, ou un TDAH associé. Enfin, il existe une morbi-mortalité cardiovasculaire accrue, chez les patients anxieux, et il est maintenant bien établi qu'un tel trouble est un facteur de risque cardio-vasculaire indépendant.^{6,7} Ce point est encore trop souvent ignoré dans la communauté médicale.

L'étiologie des troubles anxieux est souvent modélisée selon un modèle biopsychosocial (cf. **Erreur ! Source du r envoi introuvable.**). Les causes les plus fréquentes de ces troubles sont : des interactions complexes entre vulnérabilité génétique au stress, des facteurs environnementaux (traumatismes, facteurs de stress familiaux, sociaux, professionnels, financiers) et différents traits de caractère (faible estime de soi, faible capacité d'adaptation, perfectionnisme, etc.).

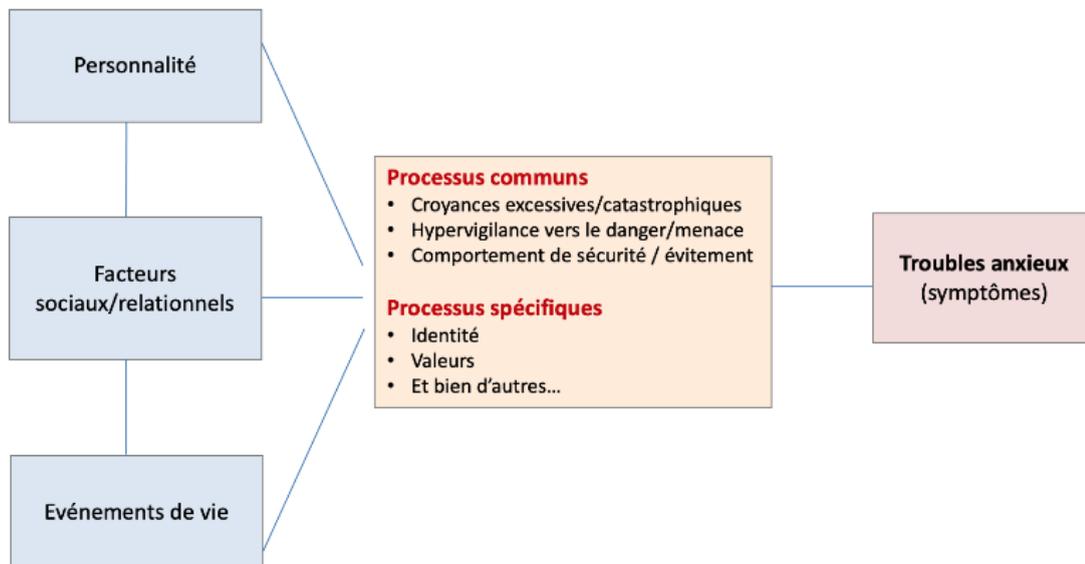


Figure 1. Modèle psychologique des troubles anxieux ^{8,9}

2 GÉNÉRALITÉS

2.1 DÉFINITION

L'anxiété est un processus physiologique, qui nous permet de fuir un danger, réel ou perçu comme tel. Les mécanismes normaux de sécurité dysfonctionnent lors de troubles anxieux et l'anxiété engendre une limitation de la liberté individuelle (impact sur la vie sociale, familiale, professionnelle). Il est donc crucial de savoir différencier l'anxiété normale et pathologique (cf.

Tableau 2). Les troubles anxieux s'accompagnent souvent d'une peur de perdre le contrôle. Des soucis irréalistes et exagérés s'ajoutent au sentiment de ne pas disposer d'assez d'outils pour faire face à ces situations. Les personnes souffrant d'un trouble anxieux sont le plus souvent conscientes de la disproportion de leurs inquiétudes et de leurs peurs.¹⁰

Anxiété normale	Anxiété pathologique
Situations objectivement dangereuses	Situations pas ou peu dangereuses
Soucis raisonnables	Soucis irréalistes et exagérés
Contrôlable et d'intensité limitée	Forte, douloureuse, démesurée Incontrôlable (→ panique)
Durée brève Disparaît avec la situation en cause	Prolongée (au-delà de la situation) ou trop fréquente
Peu de handicap	Handicap significatif/détresse psychique
Pas d'influence sur l'organisation de la vie	Changements majeurs dans l'organisation du quotidien (vie affective, familiale, professionnelle, sociale)

Tableau 2. Caractéristiques principales de l'anxiété normale ou pathologique

Adapté selon André C, et al.¹¹

Le type de trouble anxieux peut souvent être défini à partir de l'objet de l'anxiété (objet physique ou situation). Ce dernier varie beaucoup d'un individu à l'autre, et peut être pluriel :

- Animaux, plantes, individus,
- Lieux, situations, événements,
- Conditions, rôle social, concept,
- Idée, image mentale, anticipation,
- Émotions, comportements.

Les troubles anxieux se classent fréquemment en distinguant anxiété dirigée et anxiété généralisée (cf.

Tableau 3). Dans les anxiétés dirigées on retrouve des objets d'anxiété, alors que les anxiétés généralisées n'ont pas d'objets d'anxiété évidents. Le patient exprime alors typiquement « avoir peur de tout », ou « se sentir inquiet en toute circonstance ».

Anxiété dirigée	Anxiété généralisée
<ul style="list-style-type: none"> - Phobie spécifique - Agoraphobie - Phobie sociale - Trouble obsessionnel compulsif - Crainte excessive d'avoir une maladie et trouble à symptomatologie somatique¹² 	<ul style="list-style-type: none"> - Trouble panique - Trouble d'anxiété généralisée

Tableau 3, Classification des troubles anxieux¹³

Les troubles anxieux se distinguent aussi par le comportement d'évitement et les processus cognitifs associés.¹⁴

2.2 MANIFESTATIONS CLINIQUES

Les symptômes des troubles anxieux peuvent être physiques, psychiques et comportementaux. Ils sont interconnectés¹ et évoluent dans le temps. Le tableau ci-dessous résume les symptômes communs aux différents troubles anxieux.

Symptômes physiques	<p>Aigus : palpitations, tachycardie, tremblements, dyspnée pouvant aller jusqu'à une sensation de suffocation, hyperventilation, gêne ou douleurs thoracique, étourdissement, vertiges, paresthésies, picotements, crampes, bouffées de chaleur, tremblements, nausées, douleurs abdominales, sueurs abondantes</p> <p>Chroniques : fatigue, troubles du sommeil, trouble de l'appétit, tension musculaire, lombalgies, céphalées (cf. 0 2.7 Anxiété et troubles SOMATIQUES)</p>
Symptômes psychiques	<p>Cognitions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pensées, idées, images, représentations - Surinterprétation des symptômes physiques - Hypervigilance - Troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire <p>Emotions : Peur, angoisse, nervosité, fébrilité, tension, dégoût, etc.</p> <p>Symptômes dissociatifs (formes sévères uniquement)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dépersonnalisation (ne plus être soi-même) - Déréalisation (transformation de la réalité)
Symptômes comportementaux	<p>Évitements (évidents ou subtils) et comportements de sécurité</p> <p>Blocage, inhibition physique, psychique ou sociale</p> <p>Hyperactivité, agitation non productive, crispation</p> <p>Perturbation des relations interpersonnelles : irritabilité, impatience, repli sur soi, dépendance</p> <p>Rituels de vérification, nettoyage, rangement, etc.</p> <p>Recherche active de réassurance</p> <p>Usage de substances psychoactive (alcool, benzodiazépines, cannabis)</p>

Tableau 4. Symptômes communs aux différents troubles anxieux¹³

¹ En raison des nombreuses connexions nerveuses entre le système périphérique – strié et autonome – et le SNC

2.3 DÉPISTAGE

Des questionnaires de dépistage existent pour les différents troubles anxieux. Les échelles HAD et TAG-7 sont souvent utilisées pour le dépistage des troubles anxieux. Une psychométrie complète peut être réalisée par un spécialiste. Les questionnaires peuvent être remplis par le patient en dehors de la consultation.

Lors d'une consultation de durée limitée, on peut au moins poser quelques questions de débrouillage, comme p.ex² :

- Vous arrive-t-il d'éprouver un sentiment d'angoisse disproportionné ?
- Vous arrive-t-il d'avoir de l'anxiété entravant vos activités ?
- Vous arrive-t-il de consommer une substance pour baisser votre niveau de stress ?

Lors de symptômes non-expliqués par l'examen physique et les examens complémentaires, la possibilité d'un trouble anxieux devrait être envisagée.

2.4 DIAGNOSTIC

Plusieurs conditions sont nécessaires afin de faire un diagnostic de trouble anxieux selon le DSM-5 : ¹⁴

- Une durée des symptômes minimale de 6 mois (bien que ce soit un critère avec un certain degré de flexibilité.⁴
- L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants
- La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (p.ex. hyperthyroïdie, asthme, coronaropathie, ...)
- La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental

Les critères diagnostiques seront détaillés lors de la description des différents troubles anxieux (cf. chapitre 0).

2.5 DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les diagnostics différentiels à évoquer devant un patient, chez lequel un trouble anxieux est suspecté, sont nombreux :

- Psychiatriques
 - o Dépression
 - o TDA-H
 - o Trouble de la personnalité
 - o Trouble du spectre autistique
 - o Trouble psychotique
 - o Trouble de stress post-traumatique (PTSD)³
- Affection somatique
 - o Neurologie (tumeur, épilepsie, maladie de Parkinson)
 - o Métabolique (dysthyroïdie, phéochromocytome)
 - o Atteinte cardio-vasculaire (angor, HTA, troubles du rythme, ...)
 - o Respiratoire (asthme, insuffisance respiratoire)
- Cause externe
 - o Abus de substance
 - o Syndrome de sevrage (alcool, benzodiazépines, opiacés, notamment)
 - o Iatrogène (psychostimulants)

Au vu de l'association fréquente avec un autre trouble anxieux ou la dépression, il convient de les rechercher et de les traiter.

² Ces questions ne sont qu'une proposition et ne sont pas validées.

³ Le PTSD ne fait pas parti des troubles anxieux dans le DSM-5 et la CIM-11 et n'est pas abordé dans cette stratégie. Toutefois, il est important de savoir le dépister. Il ne faut pas le confondre avec un trouble anxieux, même si leurs causes et leur présentation clinique se recoupent, car le PTSD nécessite une prise en charge spécialisée.



Il n'est pas rare qu'un patient se présente en consultation avec une demande de prescription (ou reconduction de prescription) de benzodiazépine, zolpidem et zopiclone, et que le MPR accède à la demande du patient, sans investiguer la raison ayant initialement mené aux premières prescriptions. Il convient dans ces cas de déterminer s'il existe une indication, et si oui, laquelle. Si le clinicien se trouve face à une situation de dépendance aux benzodiazépines, l'avis d'un spécialiste est recommandé.

2.6 EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Le plus souvent, un bilan sanguin et un ECG sont indiqués pour le diagnostic différentiel et avant l'introduction d'un traitement par des antidépresseurs. Selon les éléments de l'anamnèse et de l'examen clinique, d'autres examens complémentaires peuvent être indiqués (p.ex. une imagerie cérébrale s'il y a une atteinte neurologique).

Le bilan sanguin standard inclut :

- FSS
- TSH
- Créatinine, électrolytes et fonction hépatique (pour l'introduction des antidépresseurs)
- Glucose et bilan lipidique (HDL LDL triglycérides) en cas de prescription d'anti-dépresseurs à profil métabolique défavorable

Un ECG est nécessaire avant la prescription d'antidépresseurs et est indiqué lors de symptômes cardiaques (douleurs thoraciques/palpitations/syncope). Un QTc allongé doit systématiquement être recherché.

2.7 ANXIÉTÉ ET TROUBLES SOMATIQUES

Il existe un lien causal bidirectionnel entre de nombreuses maladies somatiques chroniques et les troubles mentaux les plus courants, notamment les troubles anxieux. Plus de 68% des personnes souffrant d'un trouble psychiatrique souffrent d'au moins une maladie somatique, et 29% des personnes souffrant d'une maladie somatique souffrent d'un trouble psychiatrique. Ce lien s'explique notamment par des facteurs de risque communs, qu'il s'agisse de déterminants sociaux de la santé (stress, statut socio-économique bas, isolement social, etc.) ou de comportements à risque (tabagisme ; alimentation déséquilibrée ; manque d'activités sportives). De manière générale, la coexistence d'un trouble psychiatrique et d'une pathologie somatique implique un moins bon pronostic, une sévérité plus importante des symptômes et une prise en charge plus difficile des deux affections. Elle est associée à une diminution de l'espérance et de la qualité de vie et à une augmentation des frais médicaux.¹⁵ Les difficultés de prise en charge s'expliquent notamment par un défaut d'adhérence thérapeutique et des interactions médicamenteuses. Les comorbidités somatiques, qu'elles soient aiguës ou chroniques, sont très souvent sous-diagnostiquées et sous-traitées chez les patients souffrant de troubles psychiatriques : jusqu'à 75% de diagnostics sont posés tardivement, voire pas du tout. La conjonction de ces phénomènes est à l'origine d'une mortalité prématurée s'élevant à 8 millions par an dans le monde, soit autant que la mortalité liée au tabagisme ou à celle liée à la pollution atmosphérique. Seulement 15% de ces décès prématurés s'expliquent par des suicides, les 85% restants résultant majoritairement de maladies cardio-vasculaires, d'insuffisance respiratoires, de cancers et de maladies infectieuses.^{16, 17} Il est maintenant bien établi que l'anxiété est un facteur de risque cardio-vasculaire indépendant.¹⁸ Les troubles anxieux et la dépression sont plus fréquentes chez les patients avec des maladies respiratoires obstructives chroniques. Chez les personnes souffrant d'asthme, les troubles anxieux sont 3-5 fois plus fréquents, de plus 25% des personnes atteintes d'un cancer souffrent d'un trouble anxieux et/ou d'une dépression.⁹

Les troubles anxieux les plus répandus chez les personnes atteintes de troubles somatiques sont le trouble anxieux généralisé et le trouble panique.⁷

Il est important d'évaluer la santé physique des patients souffrant d'un trouble anxieux et de traiter le trouble anxieux et les comorbidités somatiques par des approches multidisciplinaires pour diminuer morbi-mortalité.

3 CLASSIFICATION

3.1 TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ (TAG)

Le TAG est le trouble anxieux le plus fréquemment rencontré en MPR. Il s'agit d'une inquiétude permanente et incontrôlable.

Le diagnostic du TAG est compliqué en raison de sa présentation complexe de symptômes somatiques et psychiatriques. En effet, les patients souffrant du TAG présentent souvent des symptômes non-expliqués comme des douleurs à la poitrine ou des douleurs abdominales, des insomnies, de la fatigue, des céphalées ou des vertiges. Cette présentation complexe, qui mène souvent à de nombreux examens complémentaires, ainsi que le haut degré de comorbidité associé, contribuent à une charge économique et sociale majeure.[4]

Le diagnostic du TAG se fait selon les critères du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)-5 (cf.

Tableau 5) ou de la CIM 11.

	DSM-5
Durée minimale	6 mois
Définition	Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (telles que le travail ou les performances scolaires) La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.
Symptômes	Présence de ≥3 symptômes des 6 symptômes suivants (un seul symptôme requis chez l'enfant) : 1. Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout 2. Fatigabilité 3. Difficultés de concentration ou trous de mémoire 4. Irritabilité 5. Tension musculaire 6. Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement, sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant)

Tableau 5. Critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble anxieux généralisé

Adapté selon Crocq MA, et al.¹⁴

La confirmation du diagnostic peut être facilitée par des questionnaires validés :

- TAG-7 (en MPR): <https://medfam.umontreal.ca/ressources/boite-a-outils-sante-mentale/>
- HAD (en hospitalier ou en MPR) : https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Echelle_de_depression_HAD_de_Sigmond_et_Snaith.pdf

3.2 TROUBLE PANIQUE

Le trouble panique est défini par des attaques de panique récurrentes qui se caractérisent par une peur intense et inattendue qui survient brutalement. Il n'y a souvent pas de déclencheur évident à ces attaques, ce qui le différencie des troubles où l'on retrouve des attaques de panique comme dans l'anxiété sociale, les phobies spécifiques, les PTSD, et les TOC. L'agoraphobie est une complication fréquente du trouble de panique ou peut l'accompagner.¹⁴

Le fait de faire une fois une crise de panique est très fréquent (environ une personne sur 5) et n'est pas suffisante pour poser un diagnostic de trouble panique.

La personne souffrant d'un trouble panique évite certaines situations et sensations physiques ou elle nécessite d'être accompagnée.

Le diagnostic du trouble panique se fait selon les critères du DSM-5 (cf.

Tableau 6) ou de la CIM 11.

	DSM-5
Durée	Un épisode dure environ 15 à 30 minutes.
Définition	Attaque de panique récurrente et inattendue. Une attaque de panique est une montée brusque de crainte intense ou de malaise intense qui atteint son acmé en quelques minutes, avec la survenue de quatre (ou plus) de symptômes suivants
Symptômes	Palpitations Transpiration Tremblements Impression de souffle coupé/étouffement Sensation d'étranglement Douleur/gêne thoracique Nausée/gêne abdominale Vertiges/sensation d'instabilité/impression d'évanouissement Frissons/bouffée de chaleur Paresthésies Déréalisation ou dépersonnalisation Peur de perdre le contrôle de soi ou de « devenir fou » Peur de mourir
Autres critères	Au moins une des attaques a été suivie par une période d'un mois (ou plus) de l'un ou de deux symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Crainte persistante ou inquiétude d'autres attaques de panique ou de leurs conséquences - Changement de comportement significatif et inadapté en relation avec les attaques (p.ex. évitement du déclenchement d'une attaque de panique)

Tableau 6. Critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble de panique

Adapté selon Crocq MA, et al.¹⁴

La confirmation du diagnostic peut être facilité par un questionnaire validé :

- Echelle de Bandelow : <https://docplayer.fr/224376569-Validation-canadienne-francaise-de-l-echelle-d-evaluation-de-la-panique-et-de-l-agoraphobie.html>

3.3 AGORAPHOBIE

L'agoraphobie est une peur intense et irraisonnée de situations dans lesquelles il est impossible ou difficile de s'échapper. Les situations anxiogènes sont des lieux clos, des transports en commun, des espaces ouverts (grands espaces), des foules, ou d'être seul loin de chez soi. La personne souffrant d'agoraphobie évite activement ces situations ou a besoin d'être accompagnée.¹⁴

L'agoraphobie peut se manifester sous forme de trouble de panique déclenché par une situation anxiogène.

Le diagnostic de l'agoraphobie se fait selon les critères du DSM-5 (cf.

Tableau 7) ou de la CIM 11.

	DSM-5
Durée minimale	6 mois
Définition	<p>Peur ou anxiété marquées pour deux (ou plus) des cinq situations suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utiliser les transports en commun (p.ex. voitures, bus, trains, bateaux, avions). 2. Être dans des endroits ouverts (p.ex. parking, marchés, ponts). 3. Être dans des endroits clos (p.ex. magasins, théâtres, cinémas). 4. Être dans une file d'attente ou dans une foule. 5. Être seul à l'extérieur du domicile. <p>La personne craint ou évite ces situations parce qu'elle pense qu'il pourrait être difficile de s'en échapper ou de trouver du secours en cas de survenue de symptômes de panique ou d'autres symptômes invalidants ou embarrassants (p.ex. peur de tomber chez les personnes âgées, peur d'une incontinence).</p> <p>Les situations anxiogènes provoquent presque toujours une peur ou de l'anxiété.</p> <p>Les situations anxiogènes sont activement évitées, nécessitent la présence d'un accompagnant, ou sont subies avec une peur intense ou de l'anxiété.</p> <p>La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport au danger réel lié aux situations anxiogènes et compte tenu du contexte socioculturel.</p>
Remarque	L'agoraphobie est diagnostiquée indépendamment de la présence d'un trouble panique. Si la présentation clinique d'une personne remplit les critères pour un trouble panique et une agoraphobie, les deux diagnostics doivent être retenus.

Tableau 7. Critères diagnostiques du DSM-5 pour l'agoraphobie.

Adapté selon Crocq MA, et al.¹⁴

La confirmation du diagnostic peut être facilité par le questionnaire des cognitions agoraphobiques (Chambless et coll., 1983, traduction J. Cottraux).

3.4 PHOBIE SOCIALE

La phobie sociale est la peur du jugement, de l'évaluation d'autrui ou de déranger. Elle se manifeste typiquement lors de situations d'interaction sociale, de situations où le sujet est observé (p.ex. en train de manger) ou de situation de performances (p.ex. parler en public).¹⁴ La personne souffrant de phobie sociale évite souvent ces situations ou présente un comportement inhibé. La consommation de substances est fréquemment utilisée pour soulager la symptomatologie.

Le diagnostic de la phobie sociale se fait selon les critères du DSM-5 (cf.

Tableau 8) ou de la CIM 11.

	DSM-5
Durée minimale	6 mois
Définition	<p>Peur ou anxiété intense d'une ou plusieurs situation(s) sociale(s) durant lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Des exemples de situations incluent des interactions sociales (p.ex avoir une conversation, rencontrer des personnes non familiaires), être observé (p.ex en train de manger ou boire), et des situations de performance (p.ex faire un discours).</p> <p>La personne craint d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété de façon qui sera jugée négativement.</p> <p>Les situations sociales provoquent presque toujours une peur ou une anxiété.</p> <p>Les situations sociales sont évitées ou subies avec une peur ou anxiété intenses.</p> <p>La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport à la menace réelle posée par la situation sociale et compte tenu du contexte socio-culturel.</p> <p>La peur, l'anxiété ou l'évitement entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie quotidienne.</p>
Classification	Seulement phobie de performance : Si la peur est limitée aux situations de performance ou de parler en public.

Tableau 8. Critères diagnostiques du DSM-5 pour la phobie sociale

Adapté selon Crocq MA, et al.¹⁴

Il est important de distinguer phobie sociale et timidité. La timidité est un trait de caractère fréquent et n'est pas pathologique :

Timidité	Phobie sociale
Peur d'être ignoré	Peur d'être humilié ou agressé
Désir d'être accepté	Désir d'être oublié
Inhibition les premières fois, puis relative aisance au fur et à mesure des nouveaux contacts	La répétition des contacts ne met pas plus à l'aise, au contraire
Sentiment de gêne en situation sociale	Sentiment de panique en situation sociale
Désir de contact supérieur à la crainte de l'échec	Crainte de l'échec supérieure au désir de contact
En cas de gêne, adopte des conduites d'inhibition et observe les autres	En cas de gêne, adopte des conduites de dissimulation de son malaise et s'auto-observe

Tableau 9. Timidité et phobie sociale

Adapté selon André C, et al.¹⁹

La confirmation du diagnostic peut être facilité par un questionnaire validé :

- Echelle de phobie sociale de Liebowitz :
<https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/catalogue/tests-psychologiques/echelle-d-anxiete-sociale-liebowitz-social-anxiety-scale.html>

3.5 PHOBIES SPÉCIFIQUES

Les phobies spécifiques sont des peurs intenses concernant des objets ou des situations spécifiques. Par exemple : ¹⁴

- Animaux (souris, araignées)
- Environnement naturel (hauteur, tonnerre, eau)
- Objets (couteaux, aiguilles, sang)
- Situation (avion, ascenseur, espace clos)

Un sujet souffre le plus souvent de plusieurs phobies spécifiques, en moyenne 3. L'intensité de la peur peut être variable et peut même se présenter sous forme d'une attaque de panique.

Le diagnostic des phobies spécifiques se fait selon les critères du DSM-5 (cf.

Tableau 9) ou de la CIM 11.

	DSM-5
Durée minimale	6 mois
Définition	Peur ou anxiété intenses à propos d'un objet ou d'une situation spécifique (p.ex. prendre l'avion, hauteurs, animaux, avoir une injection, voir du sang). L'objet ou la situation phobogène provoque presque toujours une peur ou une anxiété immédiate. L'objet ou la situation phobogène est activement évité(e) ou vécu(e) avec une peur ou une anxiété intense. La peur ou l'anxiété est disproportionnée par rapport au danger réel engendré par l'objet ou la situation spécifique et par rapport au contexte socioculturel.
Classification	Animal Environnement naturel Sang-injection-accident Situationnel Autre

Tableau 9. Critères diagnostiques du DSM-5 pour la phobie spécifique.

Adapté selon Crocq MA, et al.¹⁴

3.6 TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF (TOC)

Les personnes qui souffrent de TOC présentent des obsessions et/ou des compulsions. Les obsessions sont des pensées angoissantes et intrusives. Pour essayer de diminuer l'anxiété et la détresse liées aux obsessions, les personnes exécutent des actes mentaux ou moteurs précis.²⁰

Il est à relever que si les TOC ont très longtemps été inclus dans les troubles anxieux, plusieurs sociétés (dont l'OMS dans la CIM-11) les distinguent désormais de ces derniers.

Le diagnostic du TOC se fait selon les critères du DSM-5 (cf.

Tableau 10) ou de la CIM 11.

	DSM-5
Durée minimale	>1h/jour
Définition	<p>Présence d'obsessions, de compulsions, ou des deux : Obsessions définies par le point 1 et le point 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inopportunes, et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante chez la plupart des sujets. 2. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, pulsions ou images, ou pour les neutraliser par d'autres pensées ou actions (c.-à-d. par une action ou une pensée compulsive). <p>Compulsions définies par le point 1 et le point 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comportements répétitifs (p.ex. se laver les mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (p.ex. prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible. 2. Les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer l'anxiété ou le sentiment de détresse, ou à empêcher un événement ou une situation redoutée ; cependant, ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs. <p>Les obsessions ou compulsions sont à l'origine d'une perte de temps considérable (p.ex. prenant plus d'une heure par jour) ou d'une détresse cliniquement significative, ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie quotidienne.</p>

Tableau 10. Critères diagnostiques du DSM-5 pour le TOC.

Adapté selon Crocq MA, et al.¹⁴

La confirmation du diagnostic peut être facilitée par un questionnaire validé :

- OCI-R:

https://www.unige.ch/fapse/psychoclinique/files/9414/2262/7174/Obsessive_Compulsive_Inventory-OCI_reviewed.pdf

3.7. CRAINTE EXCESSIVE D'AVOIR UNE MALADIE ET TROUBLE À SYMPTOMATOLOGIE SOMATIQUE (ANCIENNEMENT HYPOCHONDRIE)

Même si ce diagnostic ne fait pas partie des troubles anxieux dans la classification l'anxiété y est centrale. Dans le DSM-5 l'hypocondrie est remplacée par le concept de « crainte excessive d'avoir une maladie » et par le « trouble à symptomatologie somatique », la première ne s'accompagnant le plus souvent pas de symptômes somatiques saillant, alors que la seconde oui. Les symptômes psychiatriques principaux sont une pensée liée à la préoccupation de développer une maladie physique, une émotion liée à l'anxiété concernant la santé, et des comportements liés à ces pensées et émotions (comme des demandes d'examen médicaux, etc.). Cette préoccupation centrée sur la crainte ou sur l'idée d'être atteint d'une maladie physique, fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques en lien avec les manifestations du fonctionnement du corps, voire sans qu'il n'existe de symptôme somatique saillant, est fréquente en médecine interne générale. Elle peut rendre la relation médecin-patient-e difficile et induire des investigations médicales inutiles. Le sujet peut admettre la possibilité qu'il soit exagérément préoccupé par la maladie redoutée ou qu'il n'est pas atteint de maladie, ce qui distingue cette symptomatologie d'une idée délirante.

Notons qu'il existe de nombreux points de convergence entre ces troubles et ce que l'on regroupait auparavant dans la catégorie très large des troubles somatoformes.

A. Crainte excessive d'avoir une maladie

	DSM-5
Durée minimale	Plus de 6 mois
Définition	<ol style="list-style-type: none"> 1. Préoccupation concernant le fait d'avoir ou de développer une maladie grave. 2. Les symptômes somatiques sont absents ou, s'ils sont présents, ils sont d'intensité mineure. Si un autre problème médical est présent ou en cas de risque notable de développement d'une affection médicale (p. ex. du fait de la présence d'antécédents familiaux importants), la préoccupation est clairement excessive ou disproportionnée 3. Il existe un degré important d'anxiété concernant la santé et la personne s'inquiète facilement de son état de santé personnel. 4. La personne présente des comportements excessifs par rapport à sa santé (p. ex. effectue des vérifications répétées de son corps à la recherche de signes d'une maladie) ou présente un évitement inadapté (p. ex. évite les r-v médicaux et les hôpitaux). 5. Les préoccupations concernant la maladie sont présentes depuis au moins 6 mois mais la nature de la maladie qui est spécifiquement anticipée peut avoir changé durant cette période de temps. 6. La préoccupation relative aux maladies n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental tel qu'un trouble à symptomatologie somatique, un trouble panique, une anxiété généralisée, une obsession de dysmorphie corporelle, un trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble délirant à type somatique.

Tableau 11. Critères diagnostiques du DSM-5 pour la « Crainte excessive d'avoir une maladie »
Adapté selon Crocq MA, et al.¹⁴

B. Trouble à symptomatologie somatique

	DSM-5
Durée minimale	Plus de 6 mois
Définition	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un ou plusieurs symptômes somatiques, cause de détresse ou entraînant une altération significative de la vie quotidienne. 2. Pensées, sentiments ou comportements excessifs liés aux symptômes somatiques ou à des préoccupations sur la santé suscitée par ces symptômes, se manifestant par au moins un des éléments suivants : <ol style="list-style-type: none"> a) Pensées persistantes et excessives concernant la gravité des symptômes. b) Persistance d'un niveau élevé d'anxiété concernant la santé ou les symptômes. c) Temps et énergie excessifs dévolus à ces symptômes ou aux préoccupations concernant la santé. 3. Bien qu'un symptôme somatique donné puisse ne pas être continuellement présent, l'état symptomatique est durable (généralement plus de 6 mois).

Tableau 12. Critères diagnostiques du DSM-5 pour le « Trouble à symptomatologie somatique »
Adapté selon Crocq MA, et al.¹⁴

3.8 ÉCO-ANXIÉTÉ

L'éco-anxiété est un phénomène émergent qui affecte la majorité de la population, et plus encore les jeunes, du fait de la prise de conscience croissante des menaces actuelles et futures liées au dépassement des limites planétaires. Les inquiétudes et l'anxiété liées à la crise climatique sont une réponse physiologique à un événement réel et stressant. L'éco-anxiété n'est donc pas considérée comme un trouble mental, sauf dans des situations où la symptomatologie interfère de manière significative avec les activités du patient ou engendrent un degré de souffrance psychique élevé. La symptomatologie est alors à considérer comme un trouble anxieux lié à un facteur spécifique.²¹

4 PRISE EN CHARGE

La base de la prise en charge repose sur l'établissement d'une relation de confiance ; une fois instaurée il s'agira de faire de l'éducation du patient en pouvant lui expliquer son diagnostic. Le patient doit sentir qu'il est pris au sérieux et sera souvent rassuré de savoir qu'on connaît sa maladie. Les troubles anxieux peuvent être traités efficacement par une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et/ou une pharmacothérapie, sauf pour les phobies spécifiques, pour laquelle une pharmacothérapie n'est pas indiquée.

Il est important d'informer le patient sur les possibilités thérapeutiques disponibles pour pouvoir prendre une décision partagée.

4.1 MESURES NON SPÉCIFIQUES

Il est toujours utile de recommander une bonne hygiène de vie :

- Sommeil
- Activité physique
- Eviction des toxiques (café, tabac, alcool, drogues)
- Prescrire du « selfcare » : prescrire des activités qui permettent au patient de se resourcer ²²

La psychoéducation sur l'origine du trouble et sur les traitements disponibles fait partie intégrante de la prise en charge. Des guides, des sites d'internet ou des livres peuvent aider pour cela :

Livres	Sites internet
<ul style="list-style-type: none">• « Petit ou grand anxieux » de Alain Braconnier• « J'ai envie de comprendre : L'anxiété et les troubles anxieux » de Suzy Soumaille et Guido Bondolfi• « Arrêtez de vous faire du souci pour tout et pour rien » de Robert Ladouceur, Lynda Bélanger et Eliane Léger	<ul style="list-style-type: none">• https://medfam.umontreal.ca/ressources/boite-a-outils-sante-mentale/• https://www.hug.ch/psychiatrie-liaison-intervention-crise/programme-troubles-anxieux-0

Tableau 14. Livres et liens utiles pour la psychoéducation.

4.2 PHARMACOTHÉRAPIE

Les médicaments de premiers choix sont des antidépresseurs (ISRS ou IRSN). Ce traitement est difficile chez un certain nombre de patients, car l'effet des antidépresseurs est observé tardivement (2-6 semaines). Dans le cas spécifique du TAG, la prégabaline est une autre option. Elle est aussi efficace que les antidépresseurs, mais avec un début d'action plus rapide. Cependant en raison du potentiel risque de dépendance en cas d'utilisation prolongée, la prégabaline est souvent utilisée en deuxième ligne.¹⁸ **Le Erreur ! Source du renvoi introuvable.** résume les différents médicaments de premier choix, leurs indications, posologie et effets indésirables.

De nombreux autres traitements sont utilisés pour les troubles anxieux :²³

- Benzodiazépines : pour le soulagement immédiat des symptômes anxieux et doivent généralement être utilisées à court terme (risque de dépendance et symptômes de sevrage). Les benzodiazépines sont souvent utilisées en association à des ISRS ou des IRSN au début du traitement.
- Agoniste mélatoninergique (Agomelatine) : uniquement pour le TAG ²⁴
- Buspirone : efficace, mais utilisé essentiellement comme traitement adjuvant, non-commercialisé en Suisse
- Antidépresseurs tricycliques (ADT) : efficace, mais leurs effets indésirables limitent leur utilisation
- Bêtabloquant : une dose unique est efficace pour prévenir l'anxiété de performance (présentation en public, examens). Attention aux contre-indications et effets indésirables.
- Antihistaminique H1 de première génération hydroxyzine (Atarax®) : utilisé pour le traitement à court terme de l'anxiété
- Antipsychotiques atypiques : utilisés en traitement adjuvant aux antidépresseurs pour le TOC

En cas de non-réponse au traitement après un min. de 12 semaines, une stratégie de 2^{ème} ligne est à définir avec un spécialiste.

Classe	Exemples	Indication	Posologie	Effets indésirables ²³
SSRI	Escitalopram Fluoxétine Paroxétine Sertraline	Tous les troubles anxieux	Standard, sauf pour le TOC : Escitalopram 60mg/j Fluoxétine 80mg/j Fluvoxamine 300mg/j Paroxétine 60mg/j Sertraline 225mg/j	Agitation, troubles du sommeil, nausées, vomissements, diarrhées, céphalées, dysfonctionnement sexuel, prise pondérale (sauf Fluoxétine), augmentation du risque de saignements, allongement de l'intervalle QT. Symptômes de sevrage lors de l'arrêt brusque. Syndrome sérotoninergique
SNRI	Venlafaxine Duloxétine	Tous les troubles anxieux, sauf le TOC Seulement pour le TAG	75-225 mg p.o. 1x/j 60-120 mg p.o. 1x/j	Effets indésirables semblables aux ISRS + tachycardie, rétention urinaire, augmentation proportionnelle à la dose de la tension artérielle Pour la duloxétine : hépatotoxique
Antiépileptique	Prégabaline	Seulement pour le TAG	150-600 mg/j p.o. en 2 ou 3 prises	Étourdissements, somnolence, prise pondérale, ataxie, sécheresse buccale, vision trouble, confusion

Tableau 13. Résumé des médicaments de 1er choix utilisés pour les troubles anxieux.

Adapté selon Goodell S, et al.¹⁵

4.3 PSYCHOTHÉRAPIE

La psychothérapie est au moins aussi efficace que la pharmacothérapie à court terme, mais avec une réponse plus durable. La TCC, la thérapie systémique et la thérapie analytique sont reconnues pour les troubles anxieux. En pratique, on utilise principalement la TCC, dans l'idée de regagner des outils pour faire face aux situations anxiogènes et pour changer le comportement d'évitement par des exercices d'expositions de manière progressive.

4.4 RÉSUMÉ DE LA PRISE EN CHARGE

Le tableau ci-dessous résume la prise en charge des différents troubles anxieux, du TOC, de la crainte excessive d'avoir une maladie et du trouble à symptomatologie somatique.

Diagnostic	Durée de la pharmacothérapie	Approches recommandées
TAG	12-24 mois	ISRS, IRSN, TCS et TCC ²⁶
Trouble de panique/Agoraphobie	12-24 mois	ISRS et/ou TCC
Phobie sociale	12 mois	ISRS, IRSN et TCC
Phobies spécifiques	Pas de pharmacothérapie indiquée	TCC
TOC	12-24 mois	TCC et/ou ISRS/ADT ²⁰
Crainte excessive d'avoir une maladie et trouble à symptomatologie somatique	12-24 mois	TCC et/ou ISRS, ADT ²⁷

Tableau 14. Résumé de la prise en charge des troubles anxieux, du TOC, de la crainte excessive d'avoir une maladie et du trouble à symptomatologie somatique ²⁸

4.5 TRAITEMENTS ALTERNATIFS

De nombreux traitements alternatifs peuvent être proposer en complément aux traitements classiques ou pour les patients qui refusent les approches classiques.

Il existe de nombreuses techniques de respiration et de relaxation efficaces dans le traitement des troubles anxieux (cf. **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Voici quelques exemples :²²

- Méditation de pleine conscience (*mindfulness*) et autres types de méditation ou thérapie de relaxation
- Hypnose ^{29, 30}
- Cohérence cardiaque
- Training autogène de Schultz
- Relaxation musculaire progressive de Jacobson

Les techniques de respiration sont faciles à apprendre et le médecin traitant peut les enseigner aux patients directement lors d'une consultation. Quelques sites internet et applications pour les exercices de respiration et la cohérence cardiaque :²²

- Passeport santé :
 - <https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=4-techniques-simples-respiration>
- Cohérence cardiaque
 - www.youtube.com/watch?v=dGJkzyKHKUE
 - <https://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=la-coherence-cardiaque>
- Applications
 - RespiRelax+
 - HeartRate+
 - CardioZen
 - Cohera – Cardiac Coherence
 - Petit Bambou

Plusieurs traitements à base de plantes ont montré des effets bénéfiques sur l'anxiété (cf. **Erreur ! Source du r envoi introuvable.**).

Principe actif	Exemples	Posologie
Valériane	Sedonium®	1-2 dragées 300 mg, 1 heure avant le coucher
	Redormin®	1 cp 500 mg 1 heure avant le coucher
	Dormiplant®	1-2 cp 1-2 x/jour ou 2-3 cp 1 heure avant le coucher
	Valverde Détente®	1 cp 3 x/j
	Valverde Sommeil®	2 cp 1 heure avant le coucher
Passiflore	Valverde Apaisement®	1 dragée 2-3x/j
	Sidroga Tisane apaisante®	1 sachet de tisane dans l'eau bouillante, 3-4 x/j
Mélisse	Sidroga Feuilles de mélisse®	1 sachet de tisane dans l'eau bouillante, 5 x/j
Passiflore + valériane + mélisse	Relaxane®	1 cp 3 x/j
Huile essentielle de lavande	Laitea® ou Lasea®	1 cp (300mg) /j Attention : perturbateur endocrinien (limiter l'utilisation surtout chez les jeunes) ³¹

Tableau 15. Traitements à base de plantes.

Adapté selon Gonthier A, et al.²²



4.6 QUAND RÉFÉRER À UN SPÉCIALISTE ?

Il faut référer le patient à un spécialiste :

- Si le patient souhaite une prise en charge psychothérapeutique, selon la sévérité du trouble
- S'il y a des comorbidités psychiatriques qui compliquent la prise en charge
- S'il n'y a pas de réponse à un premier traitement pharmacologique après min. 12 semaines ou pour un deuxième avis
- Si le MPR ne se sent pas apte à prendre en charge le patient
- Pour un deuxième avis, une évaluation approfondie ou une prise en charge spécifique (groupe)



RÉFÉRENCES

1. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci.* sept 2015;17(3):327-35.
2. Daniela Schuler, Alexandre Tuch, Claudio Peter. La santé psychique en Suisse - Monitoring 2020 [Internet]. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (Obsan); 2020 déc [cité 26 mai 2022] p. 116. Report No.: Obsan Rapport 15/2020. Disponible sur: <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/2020-la-sante-psychique-en-suisse>
3. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Monahan PO, Löwe B. Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. *Ann Intern Med.* 6 mars 2007;146(5):317-25.
4. Parmentier H, García-Campayo J, Prieto R. Comprehensive review of generalized anxiety disorder in primary care in Europe. *Curr Med Res Opin.* 1 avr 2013;29(4):355-67.
5. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Möller HJ, Wfsbp Task Force On Treatment Guide, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders – First Revision. *World J Biol Psychiatry.* janv 2008;9(4):248-312.
6. Alan Cohen. Addressing comorbidity between mental disorders and major noncommunicable diseases: background technical report to support implementation of the WHO European Mental Health Action Plan 2013–2020 and the WHO European Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2016–2025. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2017.
7. Latas M, Vucinic Latas D, Spasic Stojakovic M. Anxiety disorders and medical illness comorbidity and treatment implications. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2019;32(5). Disponible sur: https://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/2019/09000/Anxiety_disorders_and_medical_illness_comorbidity.11.aspx
8. Paolo Cordera, Andrea Cremasco. Trouble panique - Module « Troubles anxieux », enseignement postgradué. 2021 sept 23; HUG.
9. Kinderman P. A Psychological Model of Mental Disorder. *Harv Rev Psychiatry* [Internet]. 2005;13(4). Disponible sur: https://journals.lww.com/hrpjournals/Fulltext/2005/07000/A_Psychological_Model_of_Mental_Disorder.2.aspx
10. Soumaille S, Bondolfi G. L'anxiété et les troubles anxieux. Chêne-Bourg: Médecine et hygiène; 2015. (J'ai envie de comprendre - Planète santé).
11. André C. Psychologie de la peur : craintes, angoisses et phobies. Paris: O. Jacob; 2005. (Poches Odile Jacob 166).
12. Micoulaud-Franchi JA, Quilès C. Hypochondria: excessive health concern disorder or somatic symptom disorder? *Rev Prat.* 2019;69(2):205-6.
13. Andrea Cremasco. Troubles anxieux et médecine de premier recours- Enseignement en médecine ambulatoire. 2021 sept 1; HUG.
14. Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5th ed. Arlington, Virginia: Elsevier Masson; 2015.
15. Sarah Goodell, Benjamin G. Druss, Elizabeth Reisinger Walker. Mental Disorders and Medical Comorbidity [Internet]. 2011 févr [cité 30 oct 2022]. (The Synthesis Project). Report No.: 21. Disponible sur: <https://www.rwjf.org/en/library/research/2011/02/mental-disorders-and-medical-comorbidity.html>
16. Meier SM, Mattheisen M, Mors O, Mortensen PB, Laursen TM, Penninx BW. Increased mortality among people with anxiety disorders: total population study. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* sept 2016;209(3):216-21.
17. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications. *JAMA Psychiatry.* avr 2015;72(4):334-41.
18. Roest AM, Martens EJ, de Jonge P, Denollet J. Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease: A Meta-Analysis. *J Am Coll Cardiol.* 29 juin 2010;56(1):38-46.
19. André C. Psychologie de la peur : craintes, angoisses et phobies. Paris: O. Jacob; 2005. (Poches Odile Jacob 166).
20. Debabèche C. Revue Médicale Suisse : Trouble obsessionnel-compulsif (TOC). Muselle A, éditeur. *Revue Médicale Suisse.* 2009;5(214):1659-62.



21. Hickman C, Marks E, Pihkala P, Clayton S, Lewandowski RE, Mayall EE, et al. Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses to climate change: a global survey. *Lancet Planet Health*. 1 déc 2021;5(12):e863-73.
22. Gonthier A, Sommer J. Revue Médicale Suisse : Anxiété en médecine générale : quels types d'autosoins proposer ? *Rev Médicale Suisse*. 2022;18(781):930-3.
23. Médicaments pour traiter les troubles anxieux. *Med Lett*. 2017;3(1578):135-40.
24. Slee A, Nazareth I, Bondaronek P, Liu Y, Cheng Z, Freemantle N. Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*. 23 févr 2019;393(10173):768-77.
25. Guido Bondolfi. Les troubles anxieux : mise à jour sur la clinique, les diagnostics et les traitements. HUG.
26. Delini-Stula A. Revue Médicale Suisse : Possibilités thérapeutiques actuelles des troubles anxieux généralisés. Bondolfi G, éditeur. *Rev Médicale Suisse*. 2010;6(255):1370-4.
27. Kurlansik SL, Maffei MS. Somatic Symptom Disorder. *Am Fam Physician*. 93(1).
28. Vincent Hede. Troubles anxieux et médecine de premier recours. HUG.
29. Valentine KE, Milling LS, Clark LJ, Moriarty CL. The Efficacy of Hypnosis as a Treatment for Anxiety: A Meta-Analysis. *Int J Clin Exp Hypn*. 3 juill 2019;67(3):336-63.
30. Smaga D. Revue Médicale Suisse : L'hypnose et les troubles anxieux. Cheseaux N, éditeur. *Rev Médicale Suisse*. 2010;6(236):330-3.
31. Henley DV, Lipson N, Korach KS, Bloch CA. Prepubertal Gynecomastia Linked to Lavender and Tea Tree Oils. *N Engl J Med*. 1 févr 2007;356(5):479-85.