

# Troubles de l'anxiété

## Diagnostiques des troubles de l'anxiété

J. Hättenschwiler, P. Höck

### Introduction

La peur et la crainte ne sont pas des termes synonymes. La crainte est déterminée par un objet de menace concret, tandis que la peur traduit un sentiment de menace diffus et non dirigé. Mais ces deux concepts n'ont pas de distinction stricte en pratique clinique.

Chacun connaît des craintes et des peurs et elles aident à se mouvoir dans l'environnement en étant conscient des risques. Elles sont des réactions normales lors de situation objectivement ou subjectivement menaçantes. Selon les cas et l'intensité, la peur permet une réaction adéquate et décidée ou elle peut paralyser. Un certain seuil de peur stimule les performances, les meilleures étant atteintes par une stimulation moyenne, les peurs faibles ou exagérées les stimulant moins bien (loi de Yerkes-Dodson) [1].

Environ 15–20% de l'humanité souffre de troubles de l'anxiété au cours de leur existence. Plus de 10% des patients des cabinets de médecine générale en souffrent. Moins de 50% des cas sont diagnostiqués et seulement une petite minorité est traitée [2]. Le pourquoi: La pudeur des patients de parler de leurs angoisses, leur crainte d'être étiquetés malades psychiques ou la prise de conscience unilatérale de symptômes corporels. De nombreux médecins sont encore peu familiarisés avec le diagnostic et le traitement des troubles de l'anxiété, ce qui peut entraîner des investigations uniquement somatiques [3]. Le diagnostic est aussi souvent rendu

difficile par la présence simultanée de perturbations (co-morbidité).

Les troubles de l'anxiété se manifestent souvent dès l'enfance ou l'adolescence, au plus tard à l'âge de jeune adulte. En l'absence de traitement, ils sont souvent intermittents avec une tendance à la chronicisation et suivis de dépressions secondaires, de toxicomanies, d'isolation sociale et d'une suicidalité élevée [2]. Les troubles de l'anxiété non traités augmentent le risque de pathologies cérébro-vasculaires, cardio-vasculaires, gastro-intestinales, respiratoires et pour le développement d'une hypertension artérielle [4]. La qualité de vie est souvent massivement amoindrie durant de nombreuses années.

### Classification diagnostique

Le diagnostic des troubles de l'anxiété s'effectue selon les critères aujourd'hui habituels du système de classification l'ICD-10 et DSM-IV. La classification internationale ICD-10 distingue les troubles phobiques des autres pathologies de l'anxiété ainsi que des états d'anxiété réactifs à des traumas ou de troubles d'adaptations majeurs (tab. 1). Les différences de classification entre les systèmes ISD-10 et DMS IV n'ont guère d'implications cliniques.

Cinq tableaux cliniques du groupe des troubles de l'anxiété vont être présentés de façon plus détaillée.

### Attaques de panique et troubles de panique

Les concepts d'attaques de panique et de troubles de paniques ne sont pas synonymes. L'attaque de panique est le prototype d'un accès de peur aigu, intensif mais limité dans le temps. Elle peut survenir dans tous les types de troubles d'anxiété. Il faut distinguer trois types d'attaques de panique. L'attaque de panique inattendue (sans élément déclenchant), la crise de panique favorisée par une situation et la crise de panique liée à une situation [5]. Les attaques de panique inattendues appartiennent aux troubles de panique. Les attaques de paniques liées à une situation peuvent apparaître lors de phobies sociales et spécifiques. Les attaques de panique favorisées par une situation peuvent apparaître lors de troubles de pa-

**Tableau 1.**  
**Syndrome d'anxiété selon ICD-10.**

FF40	Troubles phobiques
F40.0	Agoraphobie
F40.00	Sans troubles de panique
F40.01	avec troubles de panique
F40.1	Phobies sociales
F40.2	Phobies spécifiques (isolées)
F41	Autres troubles de l'anxiété
F41	Troubles de panique (anxiété épisodique paroxystique)
F41.1	Troubles d'anxiété généralisés
F41.2	Troubles dépressivo-anxieux, mixtes

Correspondance:  
Dr Josef Hättenschwiler  
Psychiatrische Universitätsklinik  
Zürich  
Lenggstrasse 31  
CH-8029 Zürich

[jhaettenschwiler@bluewin.ch](mailto:jhaettenschwiler@bluewin.ch)

Dr Paul Höck  
Grienbachstrasse 36  
CH-6300 Zug

[paul.hoeck@datazug.ch](mailto:paul.hoeck@datazug.ch)

nique, mais ne suffisent pas pour affirmer le diagnostic et surviennent aussi lors des phobies sociales et spécifiques.

Le critère principal des **troubles de panique** (prévalence durant la vie de 2–3%) sont des attaques de panique répétées inattendues, survenant sans élément extérieur déclenchant. Elles atteignent leur paroxysme le plus souvent en moins de 1–3 minutes pour s'estomper généralement dans les 10–30 minutes suivantes. Mais elles peuvent aussi occasionnellement persister quelques heures. Les symptômes varient: Elles débutent typiquement soudainement par des symptômes végétatifs tels tachycardie, douleurs rétrosternales, bouffées de chaleurs, souffle court, sentiment d'oppression, tremblements, secouements, hyperventilation, paresthésies, vertiges. Beaucoup de patients ressentent leur impuissance durant une attaque comme une peur de perte de contrôle, la crainte de «perdre la raison» ou de «devenir fou» [2]. Les sentiments d'étrangeté vis-à-vis de soi-même et de l'entourage (dépersonnalisation et déréalisation) ou la peur de mort renforcent cette expérience traumatisante. Comme les personnes saines ne connaissent ni une peur d'une telle intensité ni une peur survenant en l'absence d'un danger concret, les peurs des patients atteints de troubles de panique apparaît à beaucoup comme bizarre et étrange. Si le patient fait appel à un médecin dans un tel moment, une attitude compréhensive est décisive. La nécessité du traitement dépend moins du nombre des symptômes exigés par la classification ICD que du degré de souffrance subjective.

Deux forment particulières d'attaques de panique sont à noter: Certains patients ont tous les symptômes somatiques d'une attaque de panique sans avoir le sentiment d'avoir peur. Ils appellent particulièrement souvent de l'aide médicale d'urgence. Une forme plus sévère de la maladie sont les attaques de paniques arrachant les patients de leur sommeil, forme survenant dans près d'un tiers des patients souffrant de troubles de panique [5].

Les concepts employés par le passé de névrose cardiaque, syndrome d'effort, etc., sensations cardiaques angoissantes sont comprises aujourd'hui comme un sous-type des troubles de panique [1]. Une «peur de la peur» (l'anxiété anticipatrice) s'instaure après des attaques de panique répétées. L'handicap le plus fréquent et le plus massif est l'apparition d'une agoraphobie [7]. L'évolution spontanée est souvent épisodique, mais il n'est pas rare qu'elle devient persistante et très handicapante [1]. Le pronostic est favorable avec un traitement optimal.

## Les phobies

Ce sont des troubles, dans lesquelles la peur survient exclusivement ou principalement dans des circonstances bien définies et déclenchées par

des situations ou des objets généralement peu dangereux. Malgré les différences entre les phobies, elles ont aussi des similitudes: Elles sont persistantes, caractérisées par une angoisse anticipatrice et un comportement d'évitement et peuvent être socialement très handicapantes. Bien que le patient est conscient que ses peurs sont exagérées, ils ne peut les contenir.

## Agoraphobie

L'agoraphobie – prévalence durant une vie de 5% – est la phobie la plus sérieuse. Elle est souvent associée à un trouble de panique et débute en général par une série d'attaques de panique [3]. L'agoraphobie ne consiste pas seulement par la crainte de grandes places (agora = place de marché), mais par la peur de toute situation sortant du cadre ordinaire sans échappatoire ou possibilité d'appeler une aide extérieure. Ce qui déclenche la peur est en fait l'appréhension de pouvoir perdre le contrôle de la situation, de la survenue soudaine de vertiges, de sentiment d'étrangeté, de perte de connaissance ou même de pires catastrophes tels un infarctus ou une mort subite. Des situations angoissantes typiques sont les foules, les queues, les places publiques, les grands magasins, les ascenseurs. Les patients se trouvent souvent dans l'incapacité d'accomplir leurs tâches quotidiennes. Le comportement d'évitement peu amener à une isolation sociale complète. L'agoraphobique est constamment occupé à imaginer des scénarios d'une possible «sortie de secours». Si le patient consulte le médecin, leur angoisse n'est souvent pas perceptible, à moins que la consultation soit elle-même un sujet d'angoisse. Cela peut conduire à ce que les patients ne soient pas pris au sérieux par les thérapeutes, la famille et les amis ou même jusqu'à être considérés comme des simulants.

## Phobie sociale («Trouble d'anxiété sociale»)

Le concept de phobie sociale est de plus en plus remplacé par celui de trouble d'anxiété sociale (Social Anxiety Disorder) [6]. Les patients redoutent les situations où ils sont au centre de l'attention. Ils ont peur de dire ou faire quelque chose pouvant être ridicule ou embarrassant. Ils ont peur que les autres les trouvent incompetents, faibles, «dérangés» ou que des symptômes d'anxiété éventuels comme les tremblements de voix, rougir, etc. les trahissent et entraînent un jugement péjoratif. L'idée même du stimulus phobique (p.ex. parler en public) peut déclencher des états d'anxiété massive. L'évitement des situations anxiogènes est souvent handicapant pour la vie de tous les jours et va parfois jusqu'à l'isolement social.

L'anxiété dans les formes non généralisées est limitée à p.ex. parler en public, partager un repas avec d'autres, imaginer rentrer en contact avec un(e) représentant(e) du sexe opposé, etc. A la différence des autres phobies, les phobies sociales sont aussi fréquentes chez les hommes que chez les femmes. Elle peut déjà se dessiner dans l'enfance, devient le plus souvent manifeste à l'adolescence, débute souvent sans conflits psychodynamiques évidents et est généralement associée à une timidité, un piètre estime de soi et la crainte des critiques [1].

### Phobies spécifiques

L'anxiété est générée dans ce cas par un objet ou une situation particulière. Nous distinguons les phobies des animaux, de l'environnement, des

blesures (p.ex. piqûres, sang) de situation (p.ex. tunnel, chaise roulante). Les phobies isolées «ne rendent pas malade» généralement. Elles débute le plus souvent dans l'enfance ou à l'âge de jeune adulte.

### Troubles d'anxiété généralisés (TAG)

Leur importance a été longtemps sous-estimée, malgré une prévalence durant la vie allant jusqu'à 8%, en raison de symptômes moins tapageurs [2]. La durée des symptômes d'anxiété est, contrairement aux troubles de paniques et des phobies, continue durant au moins plusieurs semaines (ICD-10) ou au moins 6 mois (DSM-IV).

Ce type d'anxiété se manifeste par des craintes torturantes, d'intensité exagérée, pouvant se focaliser sur n'importe quoi et qui ont été parfois de «librement flottantes». Comme les patients sont parfaitement conscients du caractère exagéré de leurs craintes, leurs soucis deviennent l'objet de leur soucis («worrying about worrying»). La problématique continue empêche la détente et provoque des troubles de la concentration, de la nervosité, de l'irritabilité, des troubles du sommeil, de l'épuisement, des tensions musculaires et des céphalées. L'irritabilité végétative se manifeste par des vertiges, des sudations, des bouffées de chaleur, des douches froides, un serrement de gorge, une sécheresse de bouche, une tachycardie, des palpitations, une nausée, une diarrhée ou une pollakiurie. L'anxiété est chronique, les symptômes pouvant s'atténuer avec le temps. Une dépression secondaire se développe presque toujours en l'absence de traitement [2, 7].

**Tableau 2. Anxiété lors de maladies somatiques [5, 7, 9].**

#### Maladies cardio-vasculaires

Arrhythmies  
Maladie coronarienne, Angine de poitrine, Infarctus du myocarde  
Prolapse de la valve mitrale  
Hypotension, Orthostase

#### Maladies respiratoires

Asthme, pneumopathies obstructives chroniques  
Embolies pulmonaires, Œdème pulmonaire  
Pneumothorax

#### Maladies endocriniennes

Hyperthyroïdie / Hypothyroïdie  
Hypercortisolisme  
Hypoglycémies  
Pheochromocytome, carcinomè, insulinome

#### Maladies immunologiques

Anaphylaxie  
Lupus érythémateux disséminé  
Artérite temporale

#### Maladies neurologiques

Epilepsies temporales  
Tumeurs cérébrales, commotion cérébrale  
Encéphalopathie (infectieuse, métabolique, toxique)  
Sclérose multiple  
Syndrome post commotionnel  
Maladies vestibulaires

#### Autres maladies internes

Anémie, désordres électrolytiques, porphyries  
Anaphylaxie, Lupus érythémateux disséminé

**Tableau 3. Etiologies pharmacologiques-toxiques d'anxiété.**

Modificateurs de l'appétit  
Sympathomimétiques  
Anticholinergiques, L-Dopa  
Hormones thyroïdiens  
Corticostéroïdes  
Anti-hypertenseurs  
Allergies médicamenteuses  
Alcool  
Nicotine, Cannabis  
Amphétamine, cocaïne, LSD  
Opiacés (sevrage)  
Benzodiazépine (sevrage)  
Barbituriques (sevrage)  
caféine  
glutamate de sodium (Syndrome des restaurants chinois)

## La signification des formes légères d'anxiété

Il faut aussi être attentif en cabinet aux manifestations d'anxiétés légères dites «Recurrent Brief Anxiety» (RBA). Il s'agit d'épisodes d'anxiétés récurrents, qui sont moins intenses que les attaques de paniques et qui ne durent que 1-3 jours [8]. Ils surviennent tant dans la population générale que chez les patients souffrant de troubles de l'anxiété (simultanément ou dans l'intervalle). Comme ils n'ont pas encore été intégrés dans les systèmes de classification officiels, ils ne sont pas diagnostiqués, bien qu'ils puissent évoluer vers des formes d'anxiété à part entière et qu'elles peuvent favoriser la survenue de dépression ou de toxicomanie [8].

## Diagnostic différentiel de l'anxiété

Le symptôme d'anxiété est non-spécifique du point de vue diagnostic différentiel. C'est pourquoi il convient de vérifier les questions suivantes avant de poser un diagnostic [1, 2, 9]. L'anxiété est-elle:

- Une réaction de stress normale?
- Un trouble d'anxiété primaire?
- Un phénomène d'accompagnement d'une autre pathologie psychique?
- Secondaire à une maladie somatique?
- Due à une toxicité pharmacologique?

**Tableau 4. Résumé diagnostique.**

Anamnèse et anamnèse familiale
Examens et traitements antérieurs
Exclusion d'étiologie organique
Exclusion d'une autre étiologie psychiatrique
Circonstances générales difficiles
Participation de l'entourage (p.ex. partenaire, famille)
Limites entre une peur normale et une peur pathologique
Différenciation du type de trouble de l'anxiété
Anxiété de situation/d'objet
Situation/object déclenchant
cours: aigu, attaques ou chronique
Diagnostiques somatiques
Examen physique
Status neurologique
Examen de laboratoire de routine incluant la glycémie, TSH, fT4, le calcium et le phosphore sérique
ECG, EEG (pas obligatoire)
Eventuellement imagerie médicale
Consultations spécialisées

L'anxiété doit être considérée comme une réaction de stress normale dans des situations pouvant être qualifiées d'incontrôlables et menaçantes (p.ex. situation d'examen, peur de parler en public). L'anxiété est d'autre part le symptôme cardinal des troubles d'anxiété primaire. Les attaques de paniques entraînent souvent une crainte anticipatrice des attaques de panique suivantes, la «peur de la peur», qui ne doit pas être confondue avec un trouble d'anxiété généralisé. Celle-ci est caractérisée, contrairement aux troubles de panique, par une tension anxieuse permanente, une multitude de symptômes corporels et un caractère excessivement soucieux et angoissé [2].

L'anxiété est un **symptôme d'accompagnement de presque toutes les autres pathologies psychiques**. L'attribution diagnostique des symptômes d'anxiété peut être difficile, particulièrement dans les phases prodromales d'une schizophrénie. Sous neuroleptiques, l'anxiété doit être distinguée avant tout d'une acathisie médicamenteuse avec une agitation persécutante et de l'anxiété.

L'anxiété peut aussi survenir lors de **maladies somatiques** (tabl. 2), lors de traitement médicamenteux, et lors de consommation de **produits de toxicomanie et d'agréments** (tabl.3). Lors de toxicomanie, il faut songer tant à la possibilité d'une intoxication que celle d'un état de manque. Le diagnostic de troubles de l'anxiété ne devrait en principe n'être posé qu'en l'absence de lésions organiques et ou de prises de substances pouvant les induire.

## Co-morbidité

Plus de 50% de tous les patients souffrant de troubles de l'anxiété remplissent également les critères diagnostics d'une autre pathologie. Les attaques de paniques ne surviennent pas seulement lors de troubles de panique comme épiphénomène d'autres troubles de l'anxiété, mais dans le cadre de presque toute autre pathologie psychique [2]. L'action anxiolytique de l'alcool et des benzodiazépines entre autres substances augmente le risque maladies de dépendances.

Il existe une association étroite entre l'anxiété et la dépression. Les troubles de l'anxiété sont des maladies primaires qui augmentent le risque de dépression secondaire [2]. Une dépression survient le plus souvent **après** un trouble de l'anxiété. Une dépression handicapée, contrairement aux troubles de l'anxiété, tous les domaines de l'existence [7].

## Investigations en pratique de cabinet (tabl. 4)

Investiguer une anxiété est déjà en soi le début de la thérapie. L'écoute empathique des problèmes du patient le met déjà en confiance. Beaucoup de

patients consultent le médecin avec des plaintes corporelles [3, 5]. Cela n'est pas surprenant, l'anxiété se manifestant par des symptômes somatiques et mentaux étroitement imbriqués.

Les maladies somatiques doivent être recherchées et le patient examiné physiquement. Le diagnostic différentiel s'affine par la recherche de signes somatiques ou d'une atteinte médicamenteuse/toxique pouvant être à l'origine de l'anxiété. La présence d'autres pathologies psychiques pouvant être à l'origine de l'anxiété doivent être recherchées/exclues. Des circonstances difficiles, tels des conflits relationnels, des deuils, des difficultés professionnelles peuvent favoriser l'apparition d'anxiété.

La décision d'affirmer le diagnostic d'un trouble de l'anxiété peut être difficile. Il n'existe pas de limite stricte entre une anxiété normale ou pathologique. Une forme d'anxiété pathologique est vraisemblable en présence des caractéristiques suivantes [2]:

- anxiété sans menace réelle;
- anxiété avec symptômes essentiellement somatiques;
- anxiété d'anticipation marquée («Peur d'avoir peur»);
- comportement d'évitement;
- anxiété paralysante et qui empêche de faire face à une menace;
- persistance de l'anxiété après la disparition de la menace.

## Quintessence

- Les troubles de l'anxiété sont des pathologies dont il faut tenir compte. Elles ne sont fréquemment pas diagnostiquées ou traitées.
- Il faut explorer la signification pour le patient et son entourage de chaque manifestation.
- Un diagnostic précoce et une recherche soigneuse de son origine permettent généralement un traitement efficace des troubles de l'anxiété.
- Sans traitement, ils évoluent souvent vers la chronicité, et augmentent le risque de pathologies secondaires et occasionnent souvent des investigations somatiques coûteuses.

Les entretiens structurés, les listes de contrôles, les échelles et les questionnaires peuvent certes simplifier le diagnostic, mais cependant pas nécessaires. En plus du contenu de l'anxiété, il faut se pencher sur les conséquences personnelles, professionnelles, sociales de l'anxiété. L'anamnèse familiale livre des indices sur les composantes héréditaires, des renseignements sur les aspects relationnels dynamiques peuvent être complétés par des tiers.

Les investigations somatiques doivent raisonnablement être limitées. Une sécurité à 100% ne peut plus être obtenue par des investigations répétées sans fin [9]. Elles peuvent même être un facteur iatrogène de fixation iatrogène et de chronicisation. Les patients anxieux, persuadés de l'origine somatique de leurs troubles, courent de médecins en médecins et font répéter des examens coûteux. C'est pourquoi il faut chaque fois se renseigner sur les examens et les traitements déjà effectués. Des examens complémentaires peuvent s'avérer nécessaires, quand les symptômes évoquent une pathologie d'organe ou de système d'organe particulière.

Bien que le rôle du médecin de premier recours soit avant tout de reconnaître les troubles de l'anxiété comme tels et de songer à la possibilité que les plaintes somatiques soient l'expression de troubles psychiatriques, il est aussi en droit avec une formation correspondante de prendre en charge le traitement. La collaboration avec un psychiatre ou un psychologue peut être avantageuse. La délégation à un psychiatre est nécessaire lors de [1, 3, 9]:

- d'incertitude diagnostique;
- de diagnostic différentiel difficile;
- l'aggravation par une co-morbidité (dépendance, dépression, suicidalité);
- absence ou insuffisance d'amélioration.

## Remerciements

Nous tenons à remercier M. le Prof. Dr J. Angst, Psychiatrische Universitätsklinik Zurich, et M. le Dr St. Rennhard, FMH Allgemeine Medizin, 8155 Niederhasli, pour leur lecture du manuscrit et pour leurs précieuses suggestions.

## Références

- 1 Hippus H, Klein HE, Strian F. Angstsyndrom: Diagnostik und Therapie. Berlin: Springer; 1999.
- 2 Kasper S, Möller HJ (Hrsg). Angst- und Panikerkrankungen. Jena: Fischer; 1995.
- 3 Rakel RE. Anxiety and the primary care physician. Primary Psychiatry 2001;8(3):52-8.
- 4 Bowen RC, Senthilvelan A, Barale A. Physical illness as an outcome of chronic anxiety disorders. Can J Psychiatry 2000;45:459-64.
- 5 Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP. Psychiatrie und Psychotherapie. Springer: Berlin; 2000.
- 6 Liebowitz MR, Heimberg RG, Travers J, Stein MB. Social phobia or social anxiety disorder: What's in a name? Arch Gen Psychiatry, Vol 57, Feb 2000.
- 7 Kasper S. Angsterkrankungen: Diagnostik und Pharmakotherapie. MMV München: Medizin Verlag; 1998.
- 8 Angst J. Modern epidemiology of anxiety: Results of the Zurich cohort study. Hum Psychopharmacol Clin Exp 1999;14:29-37.
- 9 Dengler W, Selbmann HK (Hrsg). Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie; Band 2: Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen. Darmstadt: Steinkopff; 2000.