

TROUBLES ANXIEUX

item 66d

TROUBLE PHOBIQUE



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer un trouble phobique.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi aux différents âges et à tous les stades du trouble phobique.

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Phobie sociale ; phobies spécifiques ; refus scolaire anxieux
B	Prévalence, épidémiologie	Prévalence des principaux troubles ; âge de début des troubles
B	Étiologie	Savoir que l'étiologie est multifactorielle
A	Diagnostic positif	Sémiologie des principaux troubles
B	Diagnostic positif	Spécificités chez l'enfant et l'adolescent
B	Diagnostic positif	Spécificités chez la personne âgée
B	Diagnostic positif	Critères diagnostiques DSM-5
B	Diagnostic positif	Principaux diagnostics différentiels psychiatriques et non psychiatriques
B	Examens complémentaires	Connaître les principaux examens complémentaires et leurs indications
A	Prise en charge	Indications du recours au psychiatre
B	Prise en charge	Principes généraux
B	Prise en charge	Indications des traitements non pharmacologiques
B	Prise en charge	Indications des traitements pharmacologiques au long cours chez l'adulte
B	Prise en charge	Indications des traitements pharmacologiques chez l'enfant et l'adolescent



POINTS CLÉS

- * Les troubles phobiques sont des troubles anxieux caractérisés par une peur intense, incontrôlable et irrationnelle d'un objet ou d'une situation donnée. Cette peur est source d'une souffrance intense, d'une anticipation anxieuse et de conduites d'évitement.
- * Les phobies spécifiques se limitent à des objets ou des situations très particulières.
- * La phobie sociale (ou anxiété sociale) est la peur d'agir de façon embarrassante ou humiliante sous le regard et le jugement d'autrui.
- * La prise en charge repose sur les thérapies cognitivo-comportementales (TCC).
- * Le traitement médicamenteux par antidépresseurs (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine) est utile dans les formes sévères de phobie sociale.

1. INTRODUCTION

Un trouble phobique se caractérise par une **peur très intense** et souvent incontrôlable déclenchée par la confrontation à un objet ou une **situation bien définie**.

Lorsque le sujet est confronté à l'objet ou à la situation redoutée (que l'on qualifie alors de « phobogène »), cela se fait au prix d'une anxiété extrême, voire d'une attaque de panique (cf. **Item 352**).

Secondairement, cette peur entraîne fréquemment des conduites d'évitement qui peuvent avoir un retentissement sur le fonctionnement du sujet.

Au sein des troubles phobiques, on distingue la phobie sociale (ou anxiété sociale) et les phobies spécifiques (en plus de l'agoraphobie : cf. **Item 66c**).

Chez l'enfant et l'adolescent, le trouble phobique peut se caractériser par un refus scolaire anxieux.

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Les troubles phobiques sont parmi les troubles psychiatriques les plus fréquents. Au cours de leur vie, 10 à 12 % des sujets présenteront une phobie spécifique et environ 5 % une phobie sociale.

Chez l'enfant, les troubles phobiques sont très fréquents (plus de 20 %). Le refus scolaire anxieux touche quant à lui 1 % des enfants en âge scolaire : entre 5 à 30 % des enfants et adolescents auront une période de refus scolaire anxieux durant leur scolarité.

3. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

3.1. Phobies spécifiques

Les phobies spécifiques (ou phobies simples) se définissent par la **Crainte irraisonnée** et incontrôlable d'un objet ou d'une situation bien définie. Il s'agit d'une peur « brute » qui peut aller jusqu'à une **attaque de panique** (cf. **Item 352**). Le contact, la vue de l'objet redouté ou même sa simple évocation peut suffire à provoquer cette peur qui disparaît en l'absence de l'objet ou de la situation redoutée. Cette peur apparaît donc disproportionnée par rapport à la menace réelle.

La peur entraîne deux types de réactions : la sidération et les comportements d'**évitement** (non confrontation à la situation, objets ou attitudes de réassurance). On peut aussi observer une anticipation anxieuse avec hypervigilance du sujet pour s'assurer de l'absence de l'objet phobogène.

Les phobies les plus fréquentes concernent les **animaux** (araignées, insectes, souris, serpents, etc.). On parle alors de zoophobie. Mais elles peuvent aussi concerner les **éléments naturels** (orages, hauteurs, vide, eau, etc.), le **sang** et les **procédures médicales** (injections, interventions chirurgicales, etc.) ou certaines situations particulières (tunnels, ponts, lieux clos, hauteurs, etc.).

3.2. Phobie sociale

La phobie sociale est la **Crainte** d'agir de façon embarrassante ou humiliante sous le regard et le **jugement d'autrui**. Elle peut donc, contrairement aux phobies spécifiques (limitées à un seul objet bien défini), s'étendre à un grand nombre de situations différentes : peur des interactions sociales formelles et informelles, peur d'être observé (peur de manger ou de boire en public, etc.), peur en situation de performance (parler ou de se produire en public).

On retrouve fréquemment des **symptômes physiques** (tachycardie, rougeur, polypnée, tremblements, sueurs, etc.) associés lorsque le sujet est confronté aux situations redoutées. Dans les situations extrêmes, une attaque de panique peut survenir.

L'anxiété sociale est source d'une grande souffrance et elle aboutit fréquemment secondairement à :

- * une **anxiété anticipatoire** : le sujet anticipe d'être humilié par son propre comportement (p. ex. : rougir, bredouiller), mais il anticipe aussi le jugement négatif d'autrui ;
- * des **évitements** multiples des situations sociales qui entraînent une altération de la qualité de vie du sujet.

3.3. Sémiologie en population spécifique

3.3.1. Chez l'enfant et l'adolescent

Les phobies spécifiques s'inscrivent généralement dans le **développement normal** de l'enfant. Elles surviennent en général avant 8 ans et les thématiques évoluent avec l'âge : peur des créatures imaginaires, peur des phénomènes naturels (orage, feu, eau), peur de l'obscurité, peur des animaux, etc. On ne les considère comme pathologiques que si leur intensité est importante, si elles persistent de manière prolongée et surtout si elles deviennent envahissantes au point d'avoir un retentissement sur les activités de l'enfant. Dans tous les cas, elles doivent faire rechercher un trouble du neurodéveloppement associé (cf. **Items 55 et 67**).

Le **refus scolaire anxieux** est un comportement qui peut être la conséquence de troubles psychiatriques divers et souvent intriqués (anxiété de séparation, phobie sociale, phobie spécifique, trouble panique, trouble de l'humeur). Les répercussions en termes d'apprentissage scolaire peuvent être importantes.

3.3.2. Chez le sujet âgé

Il n'y a pas de spécificité sémiologique des troubles phobiques chez le sujet âgé (cf. **Item 70**).

4. LES TROUBLES PHOBQUES

4.1. Diagnostic positif

Le diagnostic de la phobie spécifique repose sur les critères du DSM-5 :

- A. 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).
- B. L'objet ou la situation phobogène provoque presque toujours une peur ou une anxiété immédiate.
- C. L'objet ou la situation phobogène est activement évité(e) ou vécu(e) avec une peur ou une anxiété intense.
- D. 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 socio-culturel.
- E. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, habituellement d'une durée de 6 mois ou plus.
- F. La peur, l'anxiété ou l'évitement causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- G. Le trouble n'est pas mieux expliqué par les symptômes d'un autre trouble mental comprenant la peur, l'anxiété et l'évitement de situations associés à des symptômes semblables aux symptômes de panique ou d'autres symptômes d'incapacité (comme dans l'agoraphobie), des objets ou situations liés à des obsessions (comme dans le trouble obsessionnel-compulsif), des souvenirs d'événements traumatiques (comme dans le trouble stress post-traumatique), une séparation de la maison ou des figures d'attachement (comme dans l'anxiété de séparation ou des situations sociales ; comme dans l'anxiété sociale).

Le diagnostic de la phobie sociale (ou anxiété sociale) repose sur les critères du DSM-5 :

- A. Peur ou anxiété intenses d'une ou plusieurs situations sociales 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 familières), être observé (p. ex. : en train de manger ou boire) et des situations de performance (p. ex. : faire un discours).
- B. La personne craint d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété d'une façon qui sera jugée négativement (p. ex. : humiliante ou embarrassante, conduisant à un rejet par les autres ou à les offenser).
- C. Les situations sociales provoquent presque toujours une peur ou une anxiété.
- D. Les situations sociales sont évitées ou subies avec une peur ou une anxiété intenses.
- E. 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.
- F. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant habituellement 6 mois ou plus.
- G. 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.
- H. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. : substance donnant lieu à abus, médicament) ni à une autre affection médicale.
- I. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental tel qu'un trouble panique, une obsession, d'une dysmorphie corporelle, un trouble du spectre de l'autisme.
- J. Si une autre affection médicale (p. ex. : maladie de Parkinson, obésité, défigurement secondaire à une brûlure ou une blessure) est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement non liés à cette affection ou excessifs.

4.2. Diagnostics différentiels

4.2.1. Pathologies non psychiatriques

Comme devant tout tableau psychiatrique, les causes non psychiatriques doivent être éliminées.

4.2.2. Intoxications par une substance psychoactive et sevrages

La prise de certaines substances doit être recherchée : amphétamines, cocaïne, hallucinogènes, cannabis, etc.

Un syndrome de sevrage doit également être éliminé (alcool, benzodiazépines, opiacés, etc.).

4.2.3. Troubles psychiatriques

Il s'agit essentiellement des autres troubles anxieux : agoraphobie (cf. **Item 66c**), trouble panique (cf. **Item 66c**), trouble de stress post-traumatique (cf. **Item 66f**), trouble anxieux généralisé (cf. **Item 66b**), trouble obsessionnel compulsif (cf. **Item 66e**).

4.3. Notions de physiopathologie

L'origine des troubles phobiques est multifactorielle : facteurs psychologiques (faible estime de soi et perfectionnisme dans la phobie sociale), génétiques, neurobiologiques et environnementaux.

Les événements de vie traumatisants (maltraitements dans l'enfance), l'apprentissage social par imitation de modèles (p. ex. : un des parents présentant lui-même une phobie) ou l'intégration de messages d'alertes (p. ex. : un parent trop anxieux qui souligne les dangers liés à certaines situations) sont des facteurs de risque environnementaux importants.

5. LE PRONOSTIC ET L'ÉVOLUTION

Les phobies spécifiques apparaissent généralement durant l'enfance ou au début de l'adolescence mais la plupart disparaîtront ou s'atténueront au début de l'âge adulte. Par contre, si elles persistent au début de l'âge adulte, leur évolution est le plus souvent chronique.

La phobie sociale apparaît généralement entre 10 et 20 ans. Le début peut être insidieux ou brutal, faisant suite à une expérience stressante ou humiliante. Son évolution est ensuite chronique bien que la sévérité du trouble puisse s'atténuer avec les années. Le principal risque évolutif est lié à son retentissement sur l'insertion socio-professionnelle du sujet.

6. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

6.1. Indications du recours au psychiatre

Le recours à un psychiatre (de l'adulte ou de l'enfant et de l'adolescent) est à envisager en cas de trouble sévère, de comorbidité (psychiatrique ou non psychiatrique), de résistance au traitement ou de situation à risque spécifique (p. ex. : grossesse, post-partum).

L'hospitalisation en psychiatrie doit rester exceptionnelle, en cas de manifestations anxieuses extrêmement envahissantes, de comorbidité dépressive, et/ou de risque suicidaire.

6.2. Traitement non pharmacologique

La prise en charge des troubles phobiques se fait en ambulatoire et repose en premier lieu sur une prise en charge psychothérapeutique chez l'adulte comme chez l'enfant et l'adolescent.

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont validées et efficaces dans le traitement des troubles phobiques. Elles s'appuient sur diverses techniques :

- * l'exposition in vivo graduée ou désensibilisation systématique : le sujet s'expose volontairement de façon progressive mais prolongée aux objets ou situations redoutées (y compris aux situations sociales dans le cas de la phobie sociale) ;
- * la restructuration cognitive : le patient apprend à identifier puis à modifier ses croyances et pensées automatiques à propos de la situation.

Dans le cas des phobies sociales, les TCC de groupe sont les plus efficaces, car elles permettent des exercices d'exposition au « public », des jeux de rôle et un apprentissage de l'affirmation de soi.

La prise en charge du refus scolaire anxieux repose sur une approche multidisciplinaire et collaborative au sein du triptyque parents/établissement scolaire/professionnels de santé.

6.3. Traitement pharmacologique

Aucun traitement médicamenteux n'est efficace contre les phobies spécifiques. Les anxiolytiques sont souvent utilisés ponctuellement mais ne modifient pas le trouble phobique au long cours et exposent à un risque de dépendance.

En revanche, dans la prise en charge des phobies sociales sévères, le recours aux antidépresseurs de type inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ou inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline) peut permettre de diminuer les anticipations anxieuses et les activations émotionnelles en situation sociale (cf. **Item 74**). Une combinaison de traitements pharmacologique et non pharmacologique est recommandée chez l'adulte comme chez l'enfant et l'adolescent si l'intensité est modérée à sévère ou en cas d'échec de la prise en charge par TCC.

En ce qui concerne le refus scolaire anxieux, l'introduction d'un traitement pharmacologique ciblant l'étiologie psychiatrique sous-jacente (le plus souvent un antidépresseur de type inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine) est indiquée en cas de situation sévère ou ne répondant pas à la prise en charge non pharmacologique.



POUR APPROFONDIR

Haute autorité de santé. ALD n° 23 – *Troubles anxieux graves*.