

TROUBLES ANXIEUX

item 66b

TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

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

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Trouble anxiété généralisée ; anxiété de séparation
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

- * Le trouble anxieux généralisé (TAG) est un trouble anxieux caractérisé par des inquiétudes, permanentes, durables (évoluant depuis plus de 6 mois), difficilement contrôlables et dirigées sur au moins deux thèmes différents.
- * Le TAG comporte également des symptômes physiques et des perturbations des fonctions physiologiques de base (appétit, sommeil) d'expression clinique variée qui peuvent être la source d'un non-repérage des symptômes psychiques. La plainte d'insomnie est souvent au premier plan.
- * La prise en charge doit combiner une éducation thérapeutique, une psychothérapie (thérapies cognitivo-comportementales) et un traitement pharmacologique basé sur les antidépresseurs (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine) au long cours dans les formes sévères.

1. INTRODUCTION

1.1. Les troubles anxieux

Les signes et symptômes de base de l'anxiété (émotions anxieuses, cognitions anxieuses, comportements anxieux) peuvent être présents chez des sujets indemnes de tout trouble psychiatrique. Cependant, ils peuvent devenir pathologiques du fait de leur intensité, de leur retentissement et de leur mauvais contrôle. Ils peuvent alors s'inscrire dans deux cadres différents :

- * en tant que signes ou symptômes, dans presque tous les troubles psychiatriques ;
- * en tant que diagnostic spécifique, dans ce que l'on nomme les « troubles anxieux » qui correspondent à des diagnostics bien établis : trouble anxieux généralisé, trouble panique, agoraphobie, phobie spécifique, phobie sociale, trouble stress post-traumatique, trouble obsessionnel compulsif.

1.2. Le trouble anxieux généralisé

Le **trouble anxieux généralisé** (TAG) est un trouble anxieux marqué par une symptomatologie anxieuse (soucis excessifs et mal contrôlés) chronique, c'est-à-dire évoluant pendant plus de 6 mois. On l'appelle parfois la « maladie des inquiétudes ».

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Ce trouble est fréquent puisque sa prévalence sur la vie entière en population générale est d'environ 5 %, avec une prédominance féminine (2 femmes pour un homme).

Le TAG peut débuter à tout âge de la vie, mais le plus souvent il apparaît autour de 35-45 ans. Il s'agit du trouble anxieux le plus fréquent chez le sujet âgé (cf. **Item 70**).

Chez l'enfant, les inquiétudes et les peurs sont fréquentes. L'évaluation clinique doit donc permettre de discriminer l'anxiété pathologique de celle qui s'inscrit dans le développement normal de l'enfant. Le TAG est particulièrement fréquent chez les enfants présentant un trouble du neurodéveloppement (cf. **Items 55 et 67**).

3. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

3.1. Anxiété et soucis excessifs

La caractéristique principale du TAG est une appréhension continue non associée à un événement déclencheur particulier. Le patient présente des **inquiétudes** et des ruminations diverses (d'où l'appellation « généralisé ») concernant l'avenir, pour des petites choses ou des problèmes plus sérieux concernant : la santé, le travail, l'argent, les proches.

Cette **anxiété** apparaît **excessive**, c'est-à-dire **non justifiée** par des éléments réels, et **non contrôlable**, entraînant des problèmes de concentration dans les tâches courantes et fréquemment des perturbations de l'endormissement. Elle est dirigée sur au moins deux thèmes différents. On peut aussi retrouver des symptômes d'**hypervigilance** avec réactions de sursaut au moindre bruit ou à la moindre surprise. Les symptômes sont continus, présents tous les jours ou presque.

3.2. Perturbations des fonctions physiologiques et symptômes physiques

Le TAG comprend également des **perturbations des fonctions physiologiques de base (appétit, sommeil)** et des **symptômes physiques** d'expression clinique variée : myalgies, céphalées, altérations du sommeil, symptômes digestifs, hyperactivité végétative, asthénie, irritabilité, difficultés de concentration, etc.

Ces symptômes retardent fréquemment le diagnostic de TAG.

3.3. Sémiologie en population spécifique

3.3.1. Chez l'enfant et l'adolescent

Les inquiétudes sont fréquemment centrées sur les compétences et la qualité des performances dans les domaines sportifs et scolaires. Si ces inquiétudes concernent préférentiellement de potentielles humiliations, il faut s'interroger sur un diagnostic différentiel de phobie sociale (cf. **Item 64d**). Un perfectionnisme est souvent associé au TAG chez l'enfant et l'adolescent.

L'**anxiété de séparation** est un trouble anxieux dont les manifestations cliniques se rapprochent du TAG chez l'enfant. Ce trouble est associé à un retentissement dans le fonctionnement scolaire, familial ou social. Il est caractérisé par les symptômes suivants :

- * des inquiétudes persistantes et excessives concernant la possibilité de perdre ses parents ou qu'il leur arrive quelque chose de mal (maladie, mort, etc.) ;
- * des inquiétudes persistantes et excessives concernant la possibilité qu'il lui arrive quelque chose de mal (enlèvement, accident, maladie) ;
- * un refus de quitter la maison ou que ses parents quittent la maison ;
- * des cauchemars répétés impliquant des thèmes autour de la séparation ;
- * des plaintes physiques (céphalées, douleurs abdominales, etc.) dans les situations de séparation.

3.3.2. Chez le sujet âgé

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

4. LE TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ

4.1. Diagnostic positif

Il repose sur les critères du TAG dans le DSM-5 :

A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tel le travail ou les performances scolaires).

B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.

C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois) :

- * agitation ou sensation d'être survolté ou à bout ;
- * fatigabilité ;
- * difficultés de concentration ou trous de la mémoire ;
- * irritabilité ;
- * tension musculaire ;
- * perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu agité et non satisfaisant).

D. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significatives du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

E. 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).

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental.

4.2. Diagnostics différentiels

4.2.1. Pathologies non psychiatriques

Comme devant tout tableau psychiatrique, les **causes non psychiatriques** doivent être éliminées. Il s'agit essentiellement :

- * des pathologies cardiovasculaires : syndrome coronarien aigu, hypertension artérielle, troubles du rythme, etc. ;
- * des pathologies de l'appareil respiratoire : asthme, pneumopathie, etc. ;
- * des pathologies neurologiques : épilepsie, sclérose en plaque, crises migraineuses, accidents ischémiques transitoires, etc. ;
- * des pathologies endocriniennes : hypoglycémie, diabète, dysthyroïdie, phéochromocytome, hyperthyroïdie, syndrome de Cushing, hypoparathyroïdie, etc.

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 des autres troubles anxieux, notamment le trouble stress post-traumatique ou le trouble de l'adaptation (contrairement à ces troubles « réactionnels au stress », les patients souffrant de TAG présentent des inquiétudes permanentes, même en dehors de tout événement de vie stressant), le trouble panique et le trouble obsessionnel compulsif. L'hypocondrie doit également être évoquée (cf. **Item 72**), même si une composante hypocondriaque (inquiétudes concernant la santé) est fréquemment retrouvée dans le TAG.

Un épisode dépressif caractérisé constitue également un diagnostic différentiel mais peut très bien compliquer un TAG constitué.

4.3. Notions de physiopathologie

L'origine du TAG est multifactorielle avec l'implication de facteurs de vulnérabilité génétique (tempérament anxieux, sensibilité au stress) mais également de facteurs environnementaux (pression professionnelle, stress divers).

Au niveau cognitif, les principaux mécanismes sont les interprétations erronées avec attribution d'un caractère dangereux et menaçant aux stimuli environnementaux qui ne présentent aucune menace objective (« alerte émotionnelle anormale »). Les modèles actuels insistent également sur le concept d'« intolérance à l'incertitude » dans le TAG qui entraînerait une inquiétude anormale et des comportements de prévoyance ou d'évitement qui apparaissent excessifs.

5. LE PRONOSTIC ET L'ÉVOLUTION

L'évolution du TAG est chronique, mais avec de possibles fluctuations (atténuation sur quelques semaines ou moins, puis nouveaux épisodes). Les répercussions socio-professionnelles peuvent être importantes (arrêts de travail, perte de productivité). Enfin, l'épisode dépressif caractérisé et les troubles liés à l'usage de substance sont des complications fréquentes.

6. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

Le TAG est un trouble chronique qui nécessite donc un **traitement de fond**, au long cours. Le traitement associe une éducation thérapeutique de même que des moyens **psychothérapeutiques** et éventuellement **pharmacologiques**.

6.1. Indication 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 est rarement nécessaire pour le TAG, sauf en cas de manifestations anxieuses aiguës très envahissantes et surtout de risque suicidaire ou de comorbidité dépressive sévère.

6.2. Traitement non pharmacologique

6.2.1. Éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique est centrale dans la prise en charge du TAG. Elle doit associer explications sur les symptômes, réassurance et information sur le trouble.

Des règles hygiéno-diététiques simples mais à installer sur la durée doivent également être expliquées au patient :

- * arrêt des excitants : café, tabac, alcool et autres substances psychoactives ;
- * bon équilibre alimentaire ;
- * règles hygiéno-diététiques de sommeil ;
- * pratique d'une activité physique régulière ;
- * techniques de relaxation ;
- * information sur les risques liés à l'usage des médicaments anxiolytiques (cf. [Item 74](#)).

6.2.2. Psychothérapie

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) doivent être privilégiées, ayant largement montré leur intérêt dans ce trouble (cf. [Item 73](#)). Parmi elles, les stratégies centrées sur la gestion des émotions et des inquiétudes sont les plus pertinentes, avec un apprentissage de techniques de relaxation qui peut être décisif. Chez l'enfant et l'adolescent, elles sont recommandées en première intention si l'intensité du trouble est légère à modérée.

6.3. Traitement pharmacologique

6.3.1. Traitement pharmacologique de fond

Le recours à un traitement médicamenteux au long cours peut se justifier dans les formes sévères et invalidantes, notamment lorsque les mesures précédentes n'ont pas été efficaces ou applicables. Le traitement pharmacologique principal repose sur l'utilisation des antidépresseurs avec en première intention les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) chez l'adulte comme chez l'enfant et l'adolescent (cf. [Item 74](#)).

6.3.2. Traitement pharmacologique ponctuel en cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes

Les psychotropes à activité anxiolytique rapide comme les benzodiazépines peuvent également être utilisés de manière ponctuelle et bien limitée dans le temps (maximum 12 semaines) en cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes. Elles peuvent aussi être utilisées transitoirement en association avec les ISRS en attendant une efficacité optimale de ces derniers. L'hydroxyzine (Atarax®) peut constituer une alternative aux benzodiazépines. Ces molécules ne constituent en aucun cas un traitement de fond du TAG.



POUR APPROFONDIR

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