

Trouble panique, agoraphobie, trouble anxieux généralisé, phobie sociale, phobies spécifiques

Le traitement des troubles anxieux: version courte

Cet article est une version courte axée sur la pratique des recommandations de traitement des troubles anxieux, qui se concentre sur les traitements standard. Des informations plus détaillées sur les preuves d'efficacité et les nouvelles approches thérapeutiques ainsi que des références bibliographiques sont disponibles dans la version longue dans l'annexe joint à l'article en ligne et sur les sites internet www.sgad.ch, www.sgpp.ch, www.ssbp.ch, www.scapsy.ch et www.sgjpp.ch.

Prof. Dr méd. Erich Seifritz^a; Dr méd. Josef Hättenschwiler^b; PD Dr méd. Dr phil. Ulrich Michael Hemmeter^c; Prof. Dr méd. Guido Bondolfi^{d,e}; Prof. Dr méd. Martin Preisig^f; Dr méd. Stefan Rennhard^g; Prof. Dr méd. Martin Hatzinger^h; Prof. Dr méd. Dipl.-Psych. Susanne Walitzaⁱ; Prof. Dr méd. Annette B. Brühl^j; Prof. ém. Dr méd. Edith Holsboer-Trachsler^k

^a Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Zürich; ^b Zentrum für Angst- und Depressionsbehandlung Zürich (ZADZ AG), Zürich; ^c Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrisches Zentrum AR, Spitalverbund, Appenzell Ausserrhodens; ^d Service de liaison psychiatrique et d'intervention de crise, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG); ^e Facoltà di scienze biomediche, Università della Svizzera Italiana (USI), Lugano; ^f Centre d'épidémiologie psychiatrique et de psychopathologie (CEPP), Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV); ^g Ärztegemeinschaft Reussli, Niederglatt; ^h Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Dienste, Solothurner Spitäler AG, Solothurn und Olten; ⁱ Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Zürich; ^j Zentrum für Affektive, Stress- und Schlafstörungen & Zentrum für Alterspsychiatrie, Klinik für Erwachsene, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Basel; ^k Universität Basel, Basel

Les articles de la rubrique «Recommandations» ne reflètent pas nécessairement l'opinion de la rédaction du FMS. Les contenus relèvent de la responsabilité rédactionnelle de la société de discipline médicale ou du groupe de travail signataire; dans le cas du présent article, il s'agit de la Société Suisse des Troubles Anxieux et de la Dépression (SSAD), de la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie (SSPP), de la Swiss Society of Biological Psychiatry (SSBP), de la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie de l'Enfant et de l'Adolescent (SSPPEA) et de la Swiss Conference of Academic Psychiatry (SCAP).

Introduction

Ces recommandations de traitement se basent sur la directive S3 de l'«Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.» (AWMF [communauté de travail des sociétés professionnelles de médecine scientifique]) et sur la déclaration de consensus de l'«Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie» (ÖGPB [société autrichienne pour la neuropsychopharmacologie et la psychiatrie biologique]) pour le traitement des troubles anxieux [1, 2]. Elles synthétisent les connaissances scientifiques

actuelles au sujet de stratégies de traitement basées sur l'évidence du trouble panique, de l'agoraphobie, du trouble anxieux généralisé, de l'anxiété sociale (phobie sociale) et des phobies spécifiques tels que définis par les critères du «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5), de la Classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10) et, dans les années à venir, de la CIM-11 [3, 4].

Les troubles anxieux étant souvent chroniques, ils exigent en principe un traitement sur le long terme. Le traitement a pour objectif la réduction des symptômes anxieux, des comportements d'évitement et de la souffrance subjective, ainsi que l'amélioration ou la récupération de la qualité de vie, de l'intégration sociale, des performances professionnelles et de l'autonomie au quotidien. La catégorie d'évidence de chaque thérapie est indiquée par un niveau correspondant à des degrés de recommandation axés sur la directive S3 relative au traitement des troubles anxieux et reposant sur les recommandations d'Eccles & Mason (2001) [5]. L'évaluation de l'efficacité d'une intervention repose en principe sur des études cliniques randomisées et contrôlées (RCT), des méta-analyses et des revues systématiques. Une liste des références bibliographiques pertinentes est disponible dans la version longue de ces recommandations de traitement.

Ces recommandations de traitement sont mises à jour selon les directives thérapeutiques internationales pertinentes, en particulier les directives S3 de l'AWMF, et la version longue est publiée sur le site internet de la SSAD (www.sgad.ch), de la SSPP (www.sgpp.ch), de la SSBP (www.ssbp.ch), de la SCAP (www.scapsy.ch) et de la SSPPEA (www.sgkjpp.ch). Le respect ou non-respect de ces recommandations n'a aucun effet engageant ou dégageant les médecins de quelque responsabilité.

Il s'agit d'une mise à jour des recommandations de traitement publiées dans cette revue en 2011 [6].

Diagnostic

Tout trouble anxieux exige une évaluation clinique approfondie comprenant une anamnèse détaillée des symptômes et le recours à des méthodes diagnostiques, telles que des entretiens structurés, des échelles d'évaluation des symptômes, ainsi que des auto-évaluations et des évaluations par des tiers. En outre, il convient de procéder à un examen physique, à des analyses de laboratoire et à des examens instrumentaux, y compris un électrocardiogramme (ECG) et, le cas échéant, un électroencéphalogramme (EEG) et une imagerie, notamment pour détecter des troubles comorbides, ainsi qu'à un diagnostic différentiel. La classification des troubles anxieux selon la CIM-10 et le DSM-5 est présentée dans le tableau 1. Des questions de dépistage utiles

pour faire la distinction avec d'autres maladies psychiques se trouvent dans la version longue de ces recommandations de traitement (cf. dans l'annexe joint à l'article en ligne).

Tableau 1: Troubles anxieux selon le DSM-5, adapté d'après [3]

| Catégories du DSM-5 | Définition du DSM-5 | Durée |
|---|--|--|
| Agoraphobie Code DSM-5: 300.22 Code CIM-10: F41.0 Code CIM-11: 6B02 | Forte peur ou angoisse dans au moins 2 des situations suivantes: 1. utilisation des transports publics 2. espaces ouverts 3. lieux publics clos 4. file d'attente ou foule 5. sortir seul | Persistant, typiquement 6 mois ou plus |
| Trouble panique Code DSM-5: 300.01 Code CIM-10: F40.0 Code CIM-11: 6B01 | Crises de panique soudaines et récurrentes | Au moins 1 des crises est suivie pendant 1 mois ou plus d'au moins 1 des symptômes suivants: 1. inquiétudes ou soucis persistants quant à la survenue d'autres crises de panique ou de leurs conséquences 2. changement de comportement clairement inadapté suite aux crises (évitement) |
| Anxiété sociale (phobie sociale) Code DSM-5: 300.23 Code CIM-10: F40.10 Code CIM-11: 6B04 | Forte peur ou angoisse dans une ou plusieurs situations sociales au cours desquelles le sujet a pu être évalué par d'autres personnes | Persistant, typiquement 6 mois ou plus |
| Phobie spécifique Code DSM-5: 300.29 Code CIM-10: F40.2 Code CIM-11: CB03 | Forte peur ou angoisse face à un objet ou à une situation spécifique | Persistant, typiquement 6 mois ou plus |
| Trouble anxieux généralisé Code DSM-5: 300.02 Code CIM-10: F41.1 Code CIM-11: 6B00 | Peur et inquiétudes démesurées (crainte par anticipation) par rapport à plusieurs événements ou activités | Pendant au moins 6 mois, la plupart des jours |
| Trouble d'anxiété de séparation Code DSM-5: 309.21 Code CIM-10: F93.0 Code CIM-11: 6B05 | Peur ou angoisse de séparation d'avec la personne de référence démesurée et disproportionnée au regard du stade de développement | Chez l'adulte: pendant 6 mois ou plus Chez l'enfant ou l'adolescent(e): pendant au moins 4 semaines |
| Mutisme sélectif Code DSM-5: 312.23 Code CIM-10: F94.0 Code CIM-11: 6B06 | Incapacité persistante de parler dans certaines situations où l'expression orale est attendue (par ex. à l'école) alors que cela est possible dans d'autres contextes | Au moins 1 mois |

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition; CIM-10/-11: Classification internationale des maladies, 10^e/11^e révision.

Traitement médicamenteux

Le traitement médicamenteux des troubles anxieux revêt une grande importance, notamment en cas de symptômes et de limitations modérés à sévères, mais aussi dans les cas plus légers si la patiente ou le patient le souhaite. La psychopharmacothérapie devrait être intégrée à une thérapie multimodale, laquelle comprend en outre des aspects psycho-éducatifs et psychothérapeutiques. Certaines études ont démontré la supériorité de l'association d'une psychothérapie à des psychotropes dans le traitement des troubles anxieux par rapport à la monothérapie. Pour certains troubles anxieux, il existe des comparaisons d'efficacité entre les psychothérapies et les pharmacothérapies (cf. version longue dans l'annexe joint à l'article en ligne).

Le plan de traitement individuel devrait notamment tenir compte des comorbidités, des tentatives de traitement entreprises par le passé et de la sévérité de la pathologie. Le traitement

médicamenteux devrait être poursuivi pendant 6–12 mois après l’obtention d’une rémission. Au cas par cas, cela dépend toutefois de facteurs individuels, et une durée de traitement nettement plus courte ou plus longue peut s’avérer nécessaire. En cas de symptômes anxieux sévères accompagnés d’une forte agitation («urgence anxieuse»), il est possible d’utiliser une benzodiazépine à dose adéquate pendant une courte période (de quelques jours à 3–4 semaines maximum). Pour le traitement à moyen et long terme des troubles anxieux, les nouveaux antidépresseurs sont les médicaments de premier choix, surtout en raison de leur profil d’effets indésirables plus favorable. Ils ne présentent pas de risque de dépendance, mais un syndrome de sevrage peut survenir après une utilisation prolongée et un arrêt brutal, de sorte qu’ils devraient être arrêtés progressivement sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Les patientes et patients devraient être informés de leur entrée en action retardée. Les recommandations pour le traitement médicamenteux des troubles anxieux sont présentées dans le tableau 2, se limitant aux principes actifs indiqués dans les troubles anxieux.

Tableau 2: Recommandations pour le traitement médicamenteux des troubles anxieux

| Diagnostic | Classe de substance | Exemples | Catégorie d'évidence / niveau de recommandation | Dose quotidienne recommandée en Suisse pour l'adulte | |
|--|---|----------------------------|---|--|------------|
| Trouble panique et agoraphobie | <i>En cas d'anxiété aiguë (crises de panique)</i> | | | | |
| | Benzodiazépines | Par ex. lorazépam | Consensus d'experts / PCC | 1–2,5 mg | |
| | <i>Traitement d'entretien:</i> | | | | |
| | ISRS | Citalopram | | | 20–40 mg |
| | | Escitalopram | | | 10–20 mg |
| | | Paroxétine | 1a/A+ | | 20–40 mg |
| | | Sertraline | | | 50–200 mg |
| | IRSN | Venlafaxine | | | 75–225 mg |
| | <i>Si ni l'ISRS ni l'IRSN n'ont été efficaces ou tolérés:</i> | | | | |
| | ATC | Clomipramine | 1a/B+ | | 75–250 mg |
| Trouble anxieux généralisé | ISRS | Escitalopram | | 10–20 mg | |
| | | Paroxétine | 1a/A+ | 20–50 mg | |
| | IRSN | Duloxétine | | | 60–120 mg |
| | | Venlafaxine | | | 75–225 mg |
| | MASSA | Agomélatine | 1a/A+ | | 25–50 mg |
| | Modulateur de calcium | Pregabalin | 1a/B+ | | 150–600 mg |
| | Trouble d'anxiété sociale (phobie sociale) | ISRS | Escitalopram | | 10–20 mg |
| Paroxétine | | | 1a/A+ | 20–50 mg | |
| Sertraline | | | | | 25–200 mg |
| IRSN | | Venlafaxine | | | 75–225 mg |
| <i>Si d'autres possibilités de traitement n'ont pas été efficaces ou tolérées:</i> | | | | | |
| RIMA | Moclobémide | Consensus d'experts / PCC+ | | 300–600 mg | |

Les principes actifs sont listés par ordre alphabétique. Les catégories d'évidence sont basées sur l'efficacité des médicaments sans tenir compte d'autres propriétés (par ex. effets indésirables). Les degrés de recommandation incluent en revanche des facteurs d'évaluation clinique supplémentaires. L'examen médical de chaque patient(e) et les conseils individuels du / de la spécialiste sont toujours les seuls critères susceptibles d'aider à choisir le médicament le mieux adapté.

ISRS: inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine; IRSN: inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline; ATC: antidépresseurs tricycliques; MASSA: agoniste de la mélatonine; RIMA: inhibiteurs réversibles de la monoamine oxydase A.

1a = Évidence à partir d'une méta-analyse d'au moins 3 études contrôlées randomisées (RCT)
 Niveau de recommandation A+ = recommandation «doit»
 Niveau de recommandation B+ = recommandation «devrait»
 PCC+ = point de consensus clinique

La version longue (cf. dans l'annexe joint à l'article en ligne) de ces recommandations de traitement fournit un aperçu des médicaments qui ont montré une efficacité dans le cadre d'études cliniques, mais dont les données sont actuellement encore insuffisantes pour une autorisation dans le traitement des troubles anxieux à proprement parler. En font notamment partie la quétiapine, l'hydroxyzine, la mirtazapine, la réboxétine, la vortioxétine et la kétamine. La version longue décrit également la place de l'extrait d'huile de lavande Silexan[®], qui est autorisé en Suisse pour l'indication «anxiété et agitation».

Mesures en cas de non-réponse à une pharmacothérapie

Aucune définition communément admise de la notion de résistance thérapeutique n'existe pour les troubles anxieux. Une définition courante dans le cadre des dépressions décrit la résistance thérapeutique comme l'état où deux antidépresseurs standard administrés suffisamment longtemps à une dose suffisante ne font pas ou pas suffisamment effet. Avant de désigner une patiente ou un patient comme résistant(e) au traitement, les facteurs suivants devraient être vérifiés: diagnostic correct, prise fiable des médicaments (contrôles sanguins), dose dans la fourchette thérapeutique, durée de traitement suffisante et psychothérapie adéquate. L'efficacité d'un traitement médicamenteux devrait être évaluée après environ 4–6 semaines. Le tableau 3 indique la marche à suivre en cas de non-réponse à un traitement médicamenteux.

Tableau 3: Plan des niveaux des alternatives de traitement médicamenteux en cas de non-réponse ou de réaction d'intolérance à un médicament dans le cadre du traitement des troubles anxieux

| Niveau | Action |
|---|---|
| Passage d'un médicament standard à un autre | Passage d'un ISRS à un autre ISRS Passage d'un ISRS à un IRSN, ou inversement Passage à un ATC Passage à la prégabaline (uniquement en cas de trouble anxieux généralisé) |
| Passage à des médicaments non standard | |
| Passage à des médicaments homologués pour d'autres troubles anxieux | Passage à la prégabaline Passage au moclobémide, à l'hydroxyzine Passage aux benzodiazépines (si indiqué) |
| Passage à des médicaments non homologués pour d'autres troubles anxieux, mais ayant démontré leur efficacité dans des RCT | Trouble panique/agoraphobie: mirtazapine, quétiapine Trouble anxieux généralisé: agomélatine, quétiapine, opipramol. En cas de résistance au traitement: administration de rispéridone ou d'olanzapine en plus de l'antidépresseur Anxiété sociale: mirtazapine, gabapentine, prégabaline, olanzapine |
| Passage à des médicaments/associations ayant démontré leur efficacité dans des études cliniques | Trouble panique: association ISRS et ATC, olanzapine en monothérapie, association ISRS et olanzapine ou ATC, association valproate et clonazépam. En cas de résistance au traitement, l'olanzapine, l'adjonction de fluoxétine à un ATC ou d'un ATC à la fluoxétine et l'administration d'olanzapine en plus d'un ISRS se sont avérées efficaces dans diverses études cliniques |

ISRS: inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine; IRSN: inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline; ATC: antidépresseurs tricycliques; RCT: études contrôlées randomisées.

Psychothérapie et autres mesures non médicamenteuses

Psychothérapie

La SSPP reconnaît en principe les méthodes psychothérapeutiques scientifiquement fondées suivantes: thérapie cognitivo-comportementale (TCC), thérapie d'orientation psychodynamique et thérapie systémique. La décision d'opter pour un traitement psychothérapeutique spécifique dépend de différents facteurs, en particulier des préférences des patientes et patients. Les recommandations pour le traitement psychothérapeutique des troubles anxieux sont présentées dans le tableau 4.

Tableau 4: Recommandations pour la psychothérapie des troubles anxieux

| Diagnostic | Forme de thérapie | Catégorie d'évidence/ recommandation |
|--|---|--------------------------------------|
| Trouble panique et agoraphobie ainsi que Trouble anxieux généralisé | TCC | Ia/A+ |
| | Si la TCC n'a pas été efficace, n'est pas disponible ou en cas de préférence de la patiente / du patient: | |
| | <i>Psychothérapie psychodynamique</i> | Ila/B+ |
| | En relais jusqu'au début du traitement ou comme mesure d'accompagnement: | |
| | <i>Intervention en ligne basée sur la TCC</i> | PCC+ |
| Trouble d'anxiété sociale (phobie sociale) | TCC | Ia/A+ |
| | Si la TCC n'a pas été efficace, n'est pas disponible ou en cas de préférence de la patiente / du patient: | |
| | <i>Psychothérapie psychodynamique</i> | Ib/B+ |
| | Si la TCC n'a pas été efficace, n'est pas disponible ou en cas de préférence de la patiente / du patient: | |
| | <i>Thérapie systémique</i> | PCC+ |
| | En relais jusqu'au début du traitement ou comme mesure d'accompagnement: | |
| | <i>Intervention en ligne basée sur la TCC</i> | PCC+ |
| | <i>Thérapie par exposition à la réalité virtuelle en accompagnement d'une psychothérapie standard</i> | PCC+ |
| Phobie spécifique | <i>TCC/thérapie d'exposition</i> | Ia/A+ |
| | Si une exposition in vivo n'est pas disponible: | |
| | <i>Thérapie par exposition à la réalité virtuelle</i> | PCC+ |

TCC: thérapie cognitivo-comportementale.

Ia = Évidence à partir d'une méta-analyse d'au moins 3 études contrôlées randomisées (RCT)

Ila = Évidence à partir d'au moins une étude bien contrôlée quant à la méthode et sans randomisation

Niveau de recommandation A+ = recommandation «doit»

Niveau de recommandation B+ = recommandation «devrait»

PCC+ = point de consensus clinique

Mesures complémentaires

Les traitements psychothérapeutiques et médicamenteux peuvent être soutenus par des offres complémentaires, bien que des preuves d'efficacité issues de RCT fassent défaut pour ces mesures. Dans la pratique clinique, les approches ergothérapeutiques, les méthodes de relaxation, les activités physiques (sport), les offres psychoéducatives, les groupes d'entraide et l'implication des proches se sont établis. Les supports d'information destinés aux patientes et patients peuvent les aider dans leur cheminement (bibliographie à l'usage des personnes concernées, par ex. www.ssad.ch).

Traitement des troubles anxieux dans des phases spécifiques de la vie

Enfants et adolescents

Les troubles anxieux font partie des maladies psychiques les plus fréquentes durant l'enfance et l'adolescence, en particulier l'anxiété de séparation, qui peut être le précurseur de troubles paniques ultérieurs [7]. Toutes les directives pédopsychiatriques et de psychiatrie de l'adolescent soulignent l'importance d'une implication de l'enfant ou de l'adolescent en

adéquation avec son âge, y compris une explication du trouble et des possibilités de traitement adaptée à son âge. La TCC s'est révélée très efficace et a fourni la meilleure évidence parmi les approches psychothérapeutiques [8]. Pour les autres méthodes psychothérapeutiques, aucune recommandation basée sur l'évidence ne peut être émise. Si la psychothérapie seule n'est pas efficace ou ne peut pas être utilisée, il est possible de l'associer à un traitement médicamenteux ou de recourir à un traitement médicamenteux seul. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) constituent ici le premier choix et sont recommandés pour tous les troubles anxieux, à l'exception des phobies spécifiques. La surveillance doit être très étroite, surtout au début du traitement, car une irritabilité, une excitation et des pensées suicidaires ont été observées plus fréquemment chez les personnes de moins de 25 ans souffrant de dépression traitées par ISRS. En Suisse, seules la sertraline et la fluvoxamine sont autorisées pour le traitement des enfants et adolescents, mais dans l'indication du trouble obsessionnel-compulsif. La venlafaxine et la duloxétine, des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), peuvent également être utilisées comme médicaments de deuxième choix et comme complément à la psychothérapie [9]. Il convient de tenir compte du fait que les profils d'effets indésirables des deux principes actifs sont légèrement moins favorables chez l'enfant et l'adolescent [10]. D'autres principes actifs ne peuvent actuellement pas être recommandés en raison de l'absence de preuves d'efficacité et/ou d'un spectre d'action/d'effets indésirables moins favorable. Un traitement médicamenteux devrait toujours s'inscrire dans le cadre d'un traitement multimodal. Des informations plus détaillées sur le traitement des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents sont disponibles dans la version longue dans l'annexe joint à l'article en ligne ainsi que dans le «Practice Guideline» (2020) de l'American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (AACAP).

Patientes et patients âgés

Chez les personnes âgées, il est particulièrement important de tenir compte du profil d'effets indésirables et d'interactions, notamment de la sensibilité accrue aux propriétés anticholinergiques (par ex. antidépresseurs tricycliques [ATC] ou certains ISRS, comme par ex. la paroxétine), des symptômes extrapyramidaux, du risque accru d'hypotension orthostatique, de chutes, de modifications de l'ECG et de rares réactions paradoxales aux benzodiazépines, alors que les (autres) IRSN et le moclobémide semblent sûrs. Lors de la prescription d'un ISRS/IRSN, il faut toutefois prendre en compte le risque potentiel de syndrome de sécrétion inappropriée d'ADH (hormone antidiurétique) avec hyponatrémie (SIADH). Avec l'âge, les processus physiologiques entraînent des modifications du métabolisme et de la pharmacocinétique des médicaments, raison pour laquelle le principe «start low, go slow» s'applique lors de l'introduction et de l'augmentation de la dose d'une substance. Des évaluations précises sur l'utilisation de certaines substances chez les personnes âgées sont disponibles dans les

recommandations de traitement de la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie de la Personne Âgée [11].

Grossesse et allaitement

Concernant la sécurité d'un traitement médicamenteux pendant la grossesse et l'allaitement, il est recommandé de consulter une base de données en ligne actualisée, par exemple www.swisstis.ch (Swiss Teratogen Information Service) ou www.embryotox.de, et de procéder à une pose stricte de l'indication ainsi qu'à une évaluation minutieuse du rapport bénéfice/risque. Selon la majorité des articles de revue, les ISRS et les ATC ne présentent pas de risque accru pour l'enfant pendant la grossesse, bien que des anomalies mineures, des naissances prématurées et des complications néonatales aient été rapportées dans de rares cas. Aucun lien n'a été établi entre la mort in utero ou les malformations fœtales majeures et la prise d'un ISRS ou d'un ATC. Il convient de noter que les maladies psychiques non traitées pendant la grossesse sont associées à un risque plus élevé d'accouchement prématuré et d'enfant petit pour l'âge gestationnel.

Une méta-analyse considère les antidépresseurs comme relativement sûrs, mais des réserves subsistent quant à un risque accru d'accouchement prématuré, de troubles de l'adaptation des nouveau-nés et de malformations avec la paroxétine [12]. Aucune preuve cohérente n'indique un éventuel lien entre l'utilisation de benzodiazépines et les malformations congénitales. Les données disponibles indiquent que le diazépam ou le chlordiazépoxyde sont relativement sûrs pendant la grossesse, tandis que l'alprazolam devrait être évité [13].

Comme les benzodiazépines, les ISRS et les ATC passent en faible concentration dans le lait maternel, de sorte que l'arrêt de l'allaitement doit être envisagé en cas d'utilisation prolongée; dans le cas des benzodiazépines, il faut spécialement tenir compte des symptômes de sevrage chez le nouveau-né. L'anticonvulsivant valproate est absolument contre-indiqué pour les maladies psychiques chez les femmes en âge de procréer en raison de sa tératogénicité potentielle. Des exceptions restrictives sont mentionnées dans le Compendium suisse des médicaments.

Comorbidité avec d'autres maladies psychiques

Le risque de maladie psychique comorbide est particulièrement prononcé en cas de trouble anxieux généralisé et de trouble panique. Il convient ici de mentionner en particulier les dépressions, les troubles somatoformes, la dépendance à l'alcool ou une autre maladie du spectre de l'anxiété. En plus du trouble comorbide souvent plus marquant, la pathologie anxieuse sous-jacente doit elle aussi être traitée de manière suffisante. Il n'est pas rare que les symptômes les moins marqués de l'une des deux maladies passent inaperçus et, en

conséquence, ne soient pas suffisamment co-traités. En particulier en cas de dépression comorbide, un traitement antidépresseur doit être mis en place. Une maladie anxieuse non décelée ou insuffisamment traitée peut entraîner une réapparition des symptômes ou une résistance thérapeutique apparente, par exemple en cas de dépression comorbide. L'évolution de la maladie est globalement moins favorable et le risque de suicide plus élevé.

L'annexe en ligne est disponible sur:

<https://smf.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/fms.2024.1398963534>.

Correspondance

Prof. Dr. med. Erich Seifritz

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Postfach 1931

Lenggstrasse 31

CH-8032 Zürich

[erich.seifritz\[at\]bli.uzh.ch](mailto:erich.seifritz[at]bli.uzh.ch)

Statements

Remerciements

Nous remercions le Prof. ém. Dr méd. Dipl.-Psych. Borwin Bandelow, Göttingen, et l'O. Univ.-Prof. ém. Dr. h. c. mult. Siegfried Kasper, Vienne, pour leur relecture critique et leurs précieux commentaires.

Funding Statement

MP: Non-restricted Research Grants du Fonds national suisse, du Swiss Personalized Health Network, du Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation et de la Fondation Campus Biotech Geneva. SW: Grants de Horizon Europe, du Fonds national suisse, de la Heuberg Foundation, de l'University Medical Center Groningen (UMCG), de la Uniscientia Foundation, de Promotion Santé Suisse, du Secrétariat d'État suisse à la formation, à la recherche et à l'innovation et de l'Université de Genève, de la UZH Foundation & Erika Schwarz Foundation, de la Vontobel Foundation, de l'Ebnat Foundation, d'Oxford-Brain @McGill-ZNZ Partnership in the Neurosciences, de COST (European Cooperation in Science and Technology), du Gertrud Thalmann Fonds, du University Medical Center Utrecht & Stanley Medical Research Institute, de l'Institut fédéral suisse des médicaments et des

dispositifs médicaux et de la Olga Mayenfisch Foundation. ABB: Grants (paiement à l'institution) du Gertrud Thalmann Fonds.

Conflict of Interest Statement

Société Suisse des Troubles Anxieux et de la Dépression (SSAD): tous les auteurs et auteures.

Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie (SSPP): ES, ABB.

Swiss Society of Biological Psychiatry (SSBP): MH, ABB.

Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie de l'Enfant et de l'Adolescent (SSPPEA): SW.

Swiss Conference of Academic Psychiatry (SCAP): EST, MH, ABB.

L'élaboration de ces recommandations de traitement suisses n'a été soutenue financièrement par aucune organisation commerciale.

ES: honoraires de consultant de Lundbeck (Schweiz) AG, Schwabe Pharma, Janssen Pharma, OM Pharma, honoraires de conférencier de Lundbeck (Schweiz) AG, Schwabe Pharma, Janssen Pharma, Recordati, Boehringer Ingelheim, Zeller Pharma, honoraires d'expertise de Janssen Pharma, Lundbeck Pharma, prise en charge de frais de déplacement de Schwabe Pharma, honoraires pour participation à des Data Safety Monitoring ou Advisory Boards de Lundbeck (Schweiz) AG, Schwabe Pharma, Janssen Pharma, Boehringer Ingelheim – tous les paiements à ES; actions/options d'Abcellera Canada. JH: honoraires de consultant et d'expertise d'OM Pharma, prise en charge de frais de déplacement de Schwabe Pharma – tous les paiements à l'institution; actions/options d'Idorsia et d'Abcellera. UMH: honoraires de consultant de Lundbeck Pharma, OM Pharma, Schwabe Pharma, Janssen Pharma, Zeller AG, honoraires de conférencier et prise en charge de frais de déplacement d'OM Pharma et Schwabe Pharma, honoraires pour participation à des Data Safety Monitoring ou Advisory Boards de Janssen Pharma et Schwabe Pharma. GB: honoraires de Lundbeck pour des conférences et la participation à des Data Safety Monitoring ou Advisory Boards – tous les paiements à l'institution (Hôpitaux universitaires de Genève). MH: honoraires de consultant (Advisory Boards) d'Idorsia Pharmaceuticals Ltd, honoraires de conférencier de Schwabe AG. SW: tantièmes de Thieme, Hogrefe, Kohlhammer, Springer, Beltz, honoraires de conférencière de Education Weiterbildungsverein Deutschschweizer Kliniken et Takeda Pharmaceuticals International – tous les paiements à SW. ABB: honoraires de consultante de Janssen-Cilag AG, honoraires de conférencière de Janssen-Cilag AG, Lundbeck (Schweiz) AG, Schwabe Gruppe Schweiz, OM Pharma, honoraires pour expertise, honoraires pour participation à des Data Safety Monitoring ou Advisory Boards de Janssen-Cilag AG – tous les paiements à l'institution. SR et EHT ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Author Contributions

JH: responsable du processus de révision des recommandations pour le traitement des troubles anxieux. Élaboration de l'ébauche, discussion et mise en œuvre des commentaires de la procédure de consultation, élaboration de la version courte. ABB, GB, JH, MH, UMH, EHT, MP, SR, ES, SW: révision de la version suite à la procédure de consultation, discussion des

recommandations, finalisation. UMH: élaboration de la partie «Patientes et patients âgés». SW: élaboration de la partie «Enfants et adolescents», procédure de consultation SSPPEA. ES: procédure de consultation avec d'autres sociétés de discipline médicale. GB: révision de la version française.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version longue dans l'annexe joint à l'article en ligne.

- 1 Bandelow B, Aden I, Alpers GW, Benecke A, Benecke C, Decker J, et al. Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen, Version 2, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF). 2021.
- 2 Kasper S, Sachs G, Kapfhammer HP, Bach M, Baldinger-Melich P, Conca A, et al., Angststörungen. Medikamentöse Therapie. Konsensus-Statement – State of the art 2018. *CliniCum neuropsych.* 2018; Sonderausgabe 2018; Sonderausgabe 2018, 2018.
- 3 American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.. Arlington, VA; 2013.
- 4 Graubner B. ICD-10-GM 2014 Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 11. Revision-German Modification Version 2014. Deutscher Ärzteverlag; 2013.
- 5 Eccles M, Mason J. How to develop cost-conscious guidelines. 2001;5(16):1–69.
- 6 Keck ME, Ropohl A, Rufer M, Hemmeter UM, Bondolfi G, Preisig M, et al. Le traitement des troubles anxieux – 1^{re} partie: Trouble panique, agoraphobie, anxiété généralisée, phobie sociale, phobies spécifiques. [Swiss Med Forum. 2011;11\(34\):558–66.](#)
- 7 Wehry AM, Beesdo-Baum K, Hennelly MM, Connolly SD, Strawn JR. Assessment and Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Curr Psychiatry Rep.* 2015;17(7):52.
- 8 Correll CU, Cortese S, Croatto G, Monaco F, Krinitski D, Arrondo G, et al., Efficacy and acceptability of pharmacological, psychosocial, and brain stimulation interventions in children and adolescents with mental disorders: an umbrella review. *World Psychiatry.* 2021;20(2):244–75.
- 9 Walter HJ, Bukstein OG, Abright AR, Keable H, Ramtekkar U, Ripperger-Suhler J, Rockhill C. Clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2020;59(10):1107–24.
- 10 Solmi M, Fornaro M, Ostinelli EG, Zangani C, Croatto G, Monaco F, et al. Safety of 80 antidepressants, antipsychotics, anti-attention-deficit/hyperactivity medications and mood

stabilizers in children and adolescents with psychiatric disorders: a large scale systematic meta-review of 78 adverse effects. *World Psychiatry*. 2020;19(2):214–32.

11 Hatzinger M, Hemmeter U, Hirsbrunner T, Holsboer-Trachsler E, Leyhe T, Mall JF, et al. Empfehlungen für Diagnostik und Therapie der Depression im Alter. *Praxis* (Bern 1994). 2018;107(3):127–44.

12 Udechuku A, Nguyen T, Hill R, Szego K. Antidepressants in pregnancy: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010;44(11):978–96.

13 Iqbal MM, Sobhan T, Ryals T. Effects of commonly used benzodiazepines on the fetus, the neonate, and the nursing infant. *Psychiatr Serv*. 2002;53(1):39–49..