



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2024

Thèse N° 024

Evaluation des connaissances et attitudes des médecins généralistes concernant les troubles anxieux

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 22/03/2024

PAR

Mr. **Ayoub BOUDZA**

Né Le 28 janvier 1998 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Médecins généralistes - Connaissances - Attitudes - Troubles anxieux

JURY

Mme. **F. MANOUDI**

Professeur de Psychiatrie

PRESIDENTE

Mme. **I. ADALI**

Professeur de Psychiatrie

RAPPORTEUR

Mr. **M. A. LAFFINTI**

Professeur de Psychiatrie

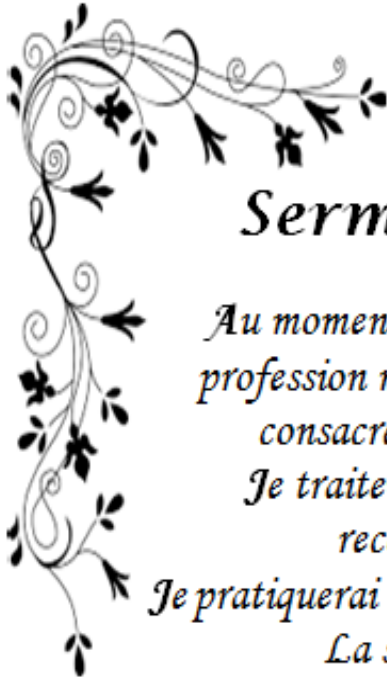
Mme. **S. ZAOUI**

Professeur de Pharmacologie

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي
أنعمت عليّ وعلى والديّ وأن أعمل
صالحاً ترضاه وأصلح لي في ذريّتي إني
تبت إليك وإني من المسلمين"



Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité.
La santé de mes malades sera mon premier but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*

Les médecins seront mes frères.

*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.
Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.*

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





*LISTE DES
PROFESSEURS*



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Mohammed BOUSKRAOUI
Vice doyenne à la Recherche et la Coopération : Pr. Hanane RAISS
Vice doyenne aux Affaires Pédagogiques : Pr. Ghizlane DRAISS
Vice doyen chargé de la Pharmacie : Pr. Said ZOUHAIR
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

LISTE NOMINATIVE DU PERSONNEL ENSEIGNANTS CHERCHEURS PERMANANT

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialité
01	BOUSKRAOUI Mohammed (Doyen)	P.E.S	Pédiatrie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
04	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
05	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
06	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
07	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
08	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
09	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie

16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	ZOUHAIR Said	P.E.S	Microbiologie
18	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
19	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
20	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
21	BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
22	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
23	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
24	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
25	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
26	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
27	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
28	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
29	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
30	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
31	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
34	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
35	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
36	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
37	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
38	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
39	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
40	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
41	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
42	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie

43	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
44	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
45	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
46	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie
47	FOURAJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
48	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
49	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
50	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
51	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
52	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
53	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
54	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
55	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
56	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
57	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
58	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
59	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
60	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
61	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophthalmologie
62	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métabolique
63	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation
64	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
65	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
66	ABOUSSAIR Nistrine	P.E.S	Génétique
67	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
68	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie

69	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
70	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
71	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
72	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
73	LAKMICHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
74	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
75	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
76	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
77	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
78	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
80	GHOUNDALE Omar	P.E.S	Urologie
81	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
82	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
83	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
84	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
85	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
86	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
87	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
88	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
89	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
90	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
91	BELKHOU Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
92	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
93	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
94	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques

95	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
96	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
97	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
98	BOURRAHOUE Aïcha	P.E.S	Pédiatrie
99	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
100	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
101	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
102	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
103	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
104	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
105	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
106	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
107	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
108	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
109	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
110	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
111	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
112	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
113	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
114	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
115	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
116	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
117	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
118	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
119	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
120	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie

121	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
122	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
123	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
124	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
125	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
126	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
127	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
128	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
129	LAKOUICHMI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
130	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
131	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
132	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
133	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
134	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
135	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
136	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
137	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
138	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
139	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
140	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
141	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
142	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
143	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
144	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
145	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique

146	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
147	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
148	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
149	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
150	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
151	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
152	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
153	NADER Youssef	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
154	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
155	ABDELFETTAH Youness	Pr Ag	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
156	REBAHI Houssam	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
157	BENNAOUI Fatiha	Pr Ag	Pédiatrie
158	ZOUIZRA Zahira	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
159	SEBBANI Majda	Pr Ag	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
160	ABDOU Abdessamad	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
161	HAMMOUNE Nabil	Pr Ag	Radiologie
162	ESSADI Ismail	Pr Ag	Oncologie médicale
163	MESSAOUDI Redouane	Pr Ag	Ophtalmologie
164	ALJALIL Abdelfattah	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
165	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ag	Psychiatrie
166	RHARRASSI Issam	Pr Ag	Anatomie-patologique
167	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ag	Néphrologie
168	JANAH Hicham	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
169	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
170	ELBAZ Meriem	Pr Ag	Pédiatrie

171	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
172	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
173	GEBRATI Lhoucine	Pr Hab	Chimie
174	FDIL Naima	Pr Hab	Chimie de coordination bio-organique
175	LOQMAN Souad	Pr Hab	Microbiologie et toxicologie environnementale
176	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
177	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
178	MILOUDI Mouhcine	Pr Ag	Microbiologie-virologie
179	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
180	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
181	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
182	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
183	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
184	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
185	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
186	OUMERZOUK Jawad	Pr Ag	Neurologie
187	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
188	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
189	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
190	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
191	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
192	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
193	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
194	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
195	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
196	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie

197	LAHMINE Widad	Pr Ag	Pédiatrie
198	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
199	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
200	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
201	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
202	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie
203	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
204	CHAHBI Zakaria	Pr Ass	Maladies infectieuses
205	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ass	Anatomie
206	DARFAOUI Mouna	Pr Ass	Radiothérapie
207	EL-QADIRY Raby	Pr Ass	Pédiatrie
208	ELJAMILI Mohammed	Pr Ass	Cardiologie
209	HAMRI Asma	Pr Ass	Chirurgie Générale
210	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ass	Parasitologie mycologie
211	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
212	BENZALIM Meriam	Pr Ass	Radiologie
213	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
214	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ass	Microbiologie-virologie
215	HAJHOUI Farouk	Pr Ass	Neurochirurgie
216	EL KHASSOUI Amine	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
217	MEFTAH Azzelarab	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
218	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
219	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
220	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
221	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
222	WARDA Karima	Pr Ass	Microbiologie

223	EL AMIRI My Ahmed	Pr Ass	Chimie de Coordination bio-organique
224	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie
225	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
226	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
227	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
228	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie
229	FASSI Fihri Mohamed jawad	Pr Ass	Chirurgie générale
230	BENCHAFAI Ilias	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
231	EL JADI Hamza	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
232	SLIOUI Badr	Pr Ass	Radiologie
233	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ass	Anatomie pathologique
234	YAHYAOUI Hicham	Pr Ass	Hématologie
235	ABALLA Najoua	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
236	MOUGUI Ahmed	Pr Ass	Rhumatologie
237	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
238	AABBASSI Bouchra	Pr Ass	Pédopsychiatrie
239	SBAI Asma	Pr Ass	Informatique
240	HAZIME Raja	Pr Ass	Immunologie
241	CHEGGOUR Mouna	Pr Ass	Biochimie
242	RHEZALI Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
243	ZOUITA Btissam	Pr Ass	Radiologie
244	MOULINE Souhail	Pr Ass	Microbiologie-virologie
245	AZIZI Mounia	Pr Ass	Néphrologie
246	BENYASS Youssef	Pr Ass	Traumato-orthopédie
247	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ass	Dermatologie
248	YANISSE Siham	Pr Ass	Pharmacie galénique

249	DOULHOUSNE Hassan	Pr Ass	Radiologie
250	KHALLIKANE Said	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
251	BENAMEUR Yassir	Pr Ass	Médecine nucléaire
252	ZIRAOUI Oualid	Pr Ass	Chimie thérapeutique
253	IDALENE Malika	Pr Ass	Maladies infectieuses
254	LACHHAB Zineb	Pr Ass	Pharmacognosie
255	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ass	Dermatologie
256	AHBALA Tariq	Pr Ass	Chirurgie générale
257	LALAOUI Abdessamad	Pr Ass	Pédiatrie
258	ESSAFTI Meryem	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
259	RACHIDI Hind	Pr Ass	Anatomie pathologique
260	FIKRI Oussama	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
261	EL HAMDAOUI Omar	Pr Ass	Toxicologie
262	EL HAJJAMI Ayoub	Pr Ass	Radiologie
263	BOUMEDIANE El Mehdi	Pr Ass	Traumato-orthopédie
264	RAFI Sana	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
265	JEBRANE Ilham	Pr Ass	Pharmacologie
266	LAKHDAR Youssef	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
267	LGHABI Majida	Pr Ass	Médecine du Travail
268	AIT LHAJ El Houssaine	Pr Ass	Ophtalmologie
269	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Pr Ass	Chirurgie générale
270	EL MOUHAFID Faisal	Pr Ass	Chirurgie générale
271	AHMANNA Hussein-choukri	Pr Ass	Radiologie
272	AIT M'BAREK Yassine	Pr Ass	Neurochirurgie
273	ELMASRIOUI Joumana	Pr Ass	Physiologie
274	FOURA Salma	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique

275	LASRI Najat	Pr Ass	Hématologie clinique
276	BOUKTIB Youssef	Pr Ass	Radiologie
277	MOUROUTH Hanane	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
278	BOUZID Fatima zahrae	Pr Ass	Génétique
279	MRHAR Soumia	Pr Ass	Pédiatrie
280	QUIDDI Wafa	Pr Ass	Hématologie
281	BEN HOUMICH Taoufik	Pr Ass	Microbiologie-virologie
282	FETOUI Imane	Pr Ass	Pédiatrie
283	FATH EL KHIR Yassine	Pr Ass	Traumato-orthopédie
284	NASSIRI Mohamed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
285	AIT-DRISS Wiam	Pr Ass	Maladies infectieuses
286	AIT YAHYA Abdelkarim	Pr Ass	Cardiologie
287	DIANI Abdelwahed	Pr Ass	Radiologie
288	AIT BELAID Wafae	Pr Ass	Chirurgie générale
289	ZTATI Mohamed	Pr Ass	Cardiologie
290	HAMOUCHE Nabil	Pr Ass	Néphrologie
291	ELMARDOULI Mouhcine	Pr Ass	Chirurgie Cardio-vasculaire
292	BENNIS Lamiae	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
293	BENDAOUZ Layla	Pr Ass	Dermatologie
294	HABBAB Adil	Pr Ass	Chirurgie générale
295	CHATAR Achraf	Pr Ass	Urologie
296	OUMGHAR Nezha	Pr Ass	Biophysique
297	HOUMAID Hanane	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
298	YOUSFI Jaouad	Pr Ass	Gériatrie
299	NACIR Oussama	Pr Ass	Gastro-entérologie
300	BABACHEIKH Safia	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique

301	ABDOURAFIQ Hasna	Pr Ass	Anatomie
302	TAMOUR Hicham	Pr Ass	Anatomie
303	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	Pr Ass	Gynécologie–obstétrique
304	EL FAHIRI Fatima Zahrae	Pr Ass	Psychiatrie
305	BOUKIND Samira	Pr Ass	Anatomie
306	LOUKHNATI Mehdi	Pr Ass	Hématologie clinique
307	ZAHROU Farid	Pr Ass	Neurochirurgie
308	MAAROUFI Fathillah Elkarim	Pr Ass	Chirurgie générale
309	EL MOUSSAOUI Soufiane	Pr Ass	Pédiatrie
310	BARKICHE Samir	Pr Ass	Radiothérapie
311	ABI EL AALA Khalid	Pr Ass	Pédiatrie
312	AFANI Leila	Pr Ass	Oncologie médicale
313	EL MOULOUA Ahmed	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
314	LAGRINE Mariam	Pr Ass	Pédiatrie
315	OULGHOUL Omar	Pr Ass	Oto–rhino–laryngologie
316	AMOCH Abdelaziz	Pr Ass	Urologie
317	ZAHLAN Safaa	Pr Ass	Neurologie
318	EL MAHFOUDI Aziz	Pr Ass	Gynécologie–obstétrique
319	CHEHBOUNI Mohamed	Pr Ass	Oto–rhino–laryngologie
320	LAIRANI Fatima ezzahra	Pr Ass	Gastro–entérologie
321	SAADI Khadija	Pr Ass	Pédiatrie
322	DAFIR Kenza	Pr Ass	Génétique
323	CHERKAOUI RHAZOUANI Oussama	Pr Ass	Neurologie
324	ABAINOU Lahoussaine	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
325	BENCHANNA Rachid	Pr Ass	Pneumo–phtisiologie
326	TITOU Hicham	Pr Ass	Dermatologie

327	EL GHOUL Naoufal	Pr Ass	Traumato-orthopédie
328	BAHI Mohammed	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
329	RAITEB Mohammed	Pr Ass	Maladies infectieuses
330	DREF Maria	Pr Ass	Anatomie pathologique
331	ENNACIRI Zainab	Pr Ass	Psychiatrie
332	BOUSSAIDANE Mohammed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
333	JENDOUCI Omar	Pr Ass	Urologie
334	MANSOURI Maria	Pr Ass	Génétique
335	ERRIFAIY Hayate	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
336	BOUKOUB Naila	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
337	OUACHAOU Jamal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
338	EL FARGANI Rania	Pr Ass	Maladies infectieuses
339	IJIM Mohamed	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
340	AKANOUR Adil	Pr Ass	Psychiatrie
341	ELHANAFI Fatima Ezzohra	Pr Ass	Pédiatrie
342	MERBOUH Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
343	BOUROUMANE Mohamed Rida	Pr Ass	Anatomie
344	IJDDA Sara	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques

LISTE ARRETEE LE 09/01/2024



DEDICACES



*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...
Tous les mots ne sauraient exprimer ma gratitude,
Mon amour, mon respect, et ma reconnaissance...
Aussi, c'est tout simplement que...*

Je dédie cette thèse à...

الله

*Louange à Allah, Seigneur des Mondes, le Tout Miséricordieux, le Très
Miséricordieux.*

*C'est par Sa grâce et Sa miséricorde infinies que j'ai pu entreprendre et achever
ce travail.*

*Je remercie Allah de m'avoir guidé sur le chemin de la connaissance et de
m'avoir permis de mener à bien ce projet de recherche.*

الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي بِنِعْمَتِهِ تَتِمُّ الصَّالِحَاتُ

*À ma grand-mère bien-aimée, Fatima Arab
Je dédie ce travail à ta mémoire.*

*Ton amour, ton soutien et tes encouragements ont été une source d'inspiration
constante tout au long de mon parcours.*

Ta sagesse et ta force m'ont guidé dans les moments difficiles.

Ton sourire et ta joie de vivre m'ont toujours apporté du réconfort.

Tu m'as appris la valeur du travail, de la persévérance et de la gratitude.

Tu es un modèle de réussite et de dévouement pour moi.

Je suis reconnaissant pour chaque instant que j'ai passé à tes côtés.

Tu nous manques terriblement.

Que Dieu t'accorde Sa miséricorde et t'accueille dans Son vaste paradis.

A ma chère maman, Saada Boussif,

*De toi, j'ai reçu le souffle de vie et l'envie de la savourer. Tu as nourri mon
âme d'amour et de courage, éclairé mon chemin et porté mes pas.*

Tel un puits intarissable, tu m'as abreuvée de tendresse et d'affection.

*Dans les ténèbres, tu as brillé comme un phare, un roc inébranlable face aux
tempêtes, une boussole infaillible dans les brumes du doute.*

*Tes conseils avisés, tes sacrifices inlassables, tes prières ferventes et ta
bénédiction infinie ont jalonné mon parcours.*

*En ce jour spécial, je souhaite ardemment réaliser tes rêves les plus chers
et combler tes aspirations. Puisse cette thèse être à la hauteur de tes espérances
et refléter l'immensité de ma gratitude.*

*A toi, l'incarnation de l'amour maternel, je dédie ce travail avec toute la
ferveur de mon cœur. Tu es la source de mon bonheur et ma fierté la plus
précieuse.*

À mon très cher père, Khalid Boudza,

*Toi qui fus notre ombre bienveillante durant ces longues années d'études,
Toi qui as tout donné, tout sacrifié pour notre bonheur et notre réussite,
Je te dédie ce travail, fruit de tes innombrables sacrifices pour mon éducation.*

En cet instant solennel, je tiens à honorer l'homme que tu es :

Un père exemplaire qui m'a transmis le sens du travail et de la responsabilité,

Un modèle de respect, de rigueur et d'honnêteté,

Un pilier inébranlable sur lequel j'ai toujours pu compter.

Je te remercie pour ton soutien indéfectible,

Ta compréhension infinie et ta générosité sans bornes.

Nullé dédicace ne suffirait à exprimer l'estime et le respect que je te voue,

Nul hommage ne saurait égaler la grandeur de tes sacrifices.

*Que Dieu Tout-Puissant te préserve et te garde en bonne santé pour de
longues années encore.*

À mon cher frère Hamza Boudza et sa femme Hind
Un véritable frère est un trésor inestimable,
Un complice avec qui j'ai partagé rires et larmes,
Un pilier qui m'a toujours poussé à réaliser mes rêves les plus fous.
Je suis fier de te nommer mon frère,
Car tu es pour moi l'incarnation du courage, de la persévérance et de la
bonté

À mes sœurs chéries, Româïssa et Hiba,

Nos cœurs vibrent à l'unisson, unis par un amour fraternel sans bornes.
En vous dédiant ce travail, je célèbre la force de nos liens et le trésor que
représente notre fratrie.
Que la tendresse qui nous lie perdure à jamais, fidèle à l'éducation qui a
nourri nos âmes.
Je prie Dieu de vous combler de bonheur et d'exaucer tous vos rêves.

À mes grands-parents paternels,

De vos mains ridées, j'ai appris le sens du travail et de la patience.
Dans vos yeux bienveillants, j'ai trouvé l'amour et le réconfort.
Vos paroles sages ont résonné dans mon cœur et m'ont inspiré à devenir la
personne que je suis aujourd'hui.
Ce travail est le fruit de vos conseils et de votre dévouement.
Je vous le dédie avec infiniment de gratitude et d'amour.

*À mon cher oncle paternel Ismaïl et à mes tantes paternelles Salima,
Radia et Siham,*

J'ai une chance inestimable d'être née dans une famille si aimante et si
généreuse. Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, et la
reconnaissance sincère que j'ai pour vous. Vos encouragements m'ont été d'un
grand soutien. Vous m'avez donné de bons conseils et vous avez toujours été à
l'écoute. En témoignage de mon amour et mon respect je vous dédie cette thèse.
Que ce travail traduise toute mon affection et mes souhaits de bonheur, de santé
et de longue vie.

*À mes Chers tantes et oncles maternels : Abderahim, Abdelkarim,
Adeljalil, Rajaa, Malika, Habiba, Atika et Feirouz*

*Si aucune dédicace ne peut exprimer mon immense respect pour vous,
j'espère que ce travail vous apportera l'estime et la reconnaissance que vous
méritez.*

A mes cousins et cousines

*Pour tous les moments qu'on a passés ensemble, que ça puisse continuer
éternellement comme ça.*

Aux amis les plus proches de mon cœur

*Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer à quel
point vous compter pour moi. Merci pour votre temps, pour vos conseils, pour
vos encouragements et votre soutien. Je suis vraiment chanceux de vous avoir à
mes côtés. En témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous les
moments que nous avons passés ensemble, je vous dédie ce travail et je vous
souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.*

A moi :

*À ma force intérieure, qui m'a permis de surmonter les obstacles et de ne jamais
abandonner.*

*À ma persévérance, qui m'a guidée vers la réussite de ce projet qui me tenait
tant à cœur.*

*À la flamme qui brûlait en moi, qui m'a poussée à me dépasser et à réaliser mes
rêves.*

*À toutes les heures de travail, aux nuits blanches et aux sacrifices consentis
pour arriver à ce résultat.*

*À la passion qui m'a animée tout au long de ce parcours et qui m'a donné la
force de continuer.*

*À mes larmes et à mes rires, à mes doutes et à mes certitudes, qui ont fait de moi
ce que je suis aujourd'hui.*

*À tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce
travail.*

À tous ceux qui me sont chers et que j'ai involontairement omis de citer...



REMERCIEMENTS



A Notre Maître, Professeure et Présidente de thèse :
Mme Fatiha MANOUDI
Professeure de psychiatrie à la faculté de Médecine et de Pharmacie de
Marrakech

Profondément touchés par l'honneur que vous nous accordez, nous vous remercions chaleureusement d'avoir accepté, avec tant de bienveillance, de présider notre jury de thèse.

Votre spontanéité et votre amabilité lors de notre rencontre nous ont profondément marqués. C'est un privilège d'avoir été l'un de vos élèves. Nous avons toujours admiré votre simplicité et votre approche accessible, et avons largement bénéficié de votre vaste savoir et de vos talents pédagogiques exceptionnels.

Veillez agréer, chère Professeur, l'expression de notre profonde gratitude et de notre infinie reconnaissance. Ce travail est le fruit de votre précieux enseignement et de l'inspiration que vous nous avez transmise.

A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE
MADAME ADALI Imane
PROFESSEURE DE PSYCHIATRIE à la faculté de Médecine et de Pharmacie de
Marrakech

Vous nous avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant de diriger notre travail. Que votre sérieux, vos précieuses recommandations, votre compétence et votre rigueur de travail soient pour nous un exemple à suivre.

Votre bonté, votre modestie, votre compréhension, ainsi que vos qualités professionnelles et humaines ne peuvent que susciter ma grande estime. Vous m'avez toujours réservé le meilleur accueil en dépit de vos obligations professionnelles.

Je vous remercie infiniment, chère Maître, d'avoir consacré à ce travail une partie de votre temps précieux et de m'avoir guidé avec rigueur et bienveillance. Je suis très fière d'avoir appris auprès de vous et j'espère avoir été à la hauteur de votre attente. Veillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de mon estime et de mon profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
MONSIEUR LAFFINTI Mahmoud Amine
PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE à la faculté de Médecine et de Pharmacie de
Marrakech

C'est pour nous un grand honneur de vous voir siéger dans notre jury. Nous vous sommes très reconnaissants de la spontanéité et de L'amabilité avec lesquelles vous avez accepté de juger notre travail. Je vous prie cher maître de trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

À NOTRE MAITRE, PROFESSEURE ET JUGE DE THÈSE
Mme Sanaa Zaoui
Professeure de Pharmacologie à la faculté de Médecine et de Pharmacie de
Marrakech

Nous vous remercions vivement pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Nous sommes très sensibles à votre gentillesse et à votre accueil très aimable. Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous exprimer notre admiration ainsi que notre gratitude. Veuillez croire, cher maître, en nos sentiments les plus respectueux.

Au DOCTEUR Sara Elfalah
Résidente AU SERVICE DE PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
HÔPITAL IBN NAFIS

*Merci beaucoup Docteur, pour votre écoute et votre compréhension, votre guidance et votre aide précieuse dans ce travail.
Veuillez trouver chère confère, dans ce travail l'expression de ma profonde gratitude.*



*LISTES DES FIGURES
ET TABLEAUX*



Listes des figures :

- Figure 1** : Répartition selon le sexe
- Figure 2** : Répartition selon l'âge
- Figure 3** : Répartition selon le lieu d'exercice
- Figure 4** : Répartition des MG selon le nombre d'année d'exercice
- Figure 5** : Répartition des MG selon le mode d'exercice
- Figure 6** : Nombre de consultation par semaine toutes pathologies confondues
- Figure 7** : Durée moyenne de consultation
- Figure 8** : Formation initiale
- Figure 9** : Formation initiale par rapport à l'âge
- Figure 10** : Source de connaissances des TA
- Figure 11** : Aisance de la prise en charge des TA
- Figure 12** : Recherche des troubles anxieux
- Figure 13** : Le TA le plus rencontré
- Figure 14** : Le TA ressenti comme le plus difficile à prendre en charge
- Figure 15** : Fréquence des troubles anxieux
- Figure 16** : Durée moyenne de consultation pour TA
- Figure 17** : Fréquence des consultations de suivi
- Figure 18** : Traitement le plus prescrit en pratique courante
- Figure 19** : Bilan pré-thérapeutique
- Figure 20** : Traitement de 1 ère intention TAG
- Figure 21** : Traitement de 1ère intention Trouble panique
- Figure 22** : Traitement de 1 ère intention phobie sociale
- Figure 23** : Traitement de 1 ère intention Phobie spécifique
- Figure 24** : Traitement de 1ère intention Agoraphobie
- Figure 25** : Traitement de 2ème intention TAG
- Figure 26** : Traitement de 2ème intention Trouble panique
- Figure 27** : Traitement de 2ème intention de la phobie sociale
- Figure 28** : Traitement de 2ème intention phobie spécifique
- Figure 29** : Traitement de 2ème intention agoraphobie
- Figure 30** : Raison d'un recours à un psychiatre
- Figure 31** : Amélioration de la prise en charge

Liste des tableaux

Tableau I	: Répartition des médecins généralistes
Tableau II	: Traitement de 1 ère intention pour les TA
Tableau III	: Tableau III Traitement de 2 -ème intention des TA
Tableau IV	: Critère diagnostique DSM 5 Anxiété sociale (21)
Tableau V	: Critères diagnostiques du trouble panique (24)
Tableau VI	: Critères diagnostiques de l'agoraphobie (24)
Tableau VII	: Critère diagnostique de la phobie spécifique (24)
Tableau VIII	: Critères diagnostiques de l'anxiété généralisée (29)
Tableau IX	: Examen de laboratoire de base
Tableau X	: Recommandations de dosage pour le traitement pharmacologique des troubles anxieux. (74)
Tableau XI	: Protocole de la TCC pour le TAS
Tableau XII	: Protocole de la TCC pour le TP
Tableau XIII	: Protocole thérapeutique TCC pour l'agoraphobie
Tableau XIV	: Traitements psychologiques démontrant leur efficacité dans les phobies spécifiques (53)
Tableau XV	: Protocole de TCC pour la phobie spécifique
Tableau XVI	: Protocole de TCC pour le TAG
Tableau XVII	: Caractéristiques socio démographiques

Liste des abréviations

TA	: Trouble anxieux
MG	: Médecin généraliste
OMS	: Organisation mondiale de la santé
TP	: Trouble panique
TAG	: Trouble anxieux généralisé
TAS	: Trouble d'anxiété sociale
RE	: Revenu élevé
DAYLs	: Disability-adjusted life years
DSM	: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
DCI	: Dénomination commune internationale
CIM	: Classification internationale des maladies
HAD	: Hospital Anxiety and depression scale
BZD	: Benzodiazépines
ISRS	: Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
IRSNa	: Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et noradrénaline
NFS	: Numération de formule sanguine
EKG	: Electrocardiographie
LSAS	: Liebowitz Social Anxiety Scale
GAD-7	: 7-item Generalized Anxiety Disorder Questionnaire
BAI	: Beck anxiety inventory
CT	: Cholestérol totale
TCC	: Thérapie cognitive comportementale
ADT	: Antidépresseur tricyclique
ECR	: Essai clinique randomisé
XR	: Extended release
XL	: Extended release
ERV	: Exposition à la réalité virtuelle
HARS	: Hamilton anxiety rating scale
FDA	: Food and Drug Administration



PLAN



INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	4
I. Type d'étude :	5
II. Période de l'étude :	5
III. Objectifs de l'étude :	5
IV. Echantillonnage :	5
1. Critères d'inclusion :	6
2. Critères d'exclusion :	6
V. Points forts de l'étude :	6
VI. Limites de l'étude :	7
VII. Questionnaire :	7
1. Contenu :	7
2. Format et analyse statistique :	8
3. Diffusion :	8
VIII. Considérations éthiques :	8
RESULTATS	9
I. Caractéristiques démographiques et professionnelles des médecins :	10
1. Répartition selon le sexe	10
2. Répartition selon l'âge :	11
3. Répartition selon le lieu d'exercice :	12
4. Répartition selon le nombre d'années d'exercice :	13
5. Répartition selon le mode d'exercice :	14
II. Nombre et durée des consultations :	14
III. Connaissance des troubles anxieux :	16
1. Formation initiale :	16
2. Source de connaissance des troubles anxieux :	17
3. Aisance à prendre en charge les troubles anxieux :	18
IV. Les troubles anxieux dans la pratique quotidienne :	18
1. Recherche des troubles anxieux :	18
2. Le trouble anxieux le plus rencontré :	20
3. Le trouble anxieux ressenti comme le plus difficile à prendre en charge :	21
4. Fréquence de consultation pour troubles anxieux :	22
5. Durée moyenne des consultations pour trouble anxieux :	22
6. Fréquence des consultations de suivi :	23
V. Prise en charge des troubles anxieux :	24
1. Traitement le plus prescrit en pratique quotidienne :	24
2. Bilan pré-thérapeutique :	24
3. Traitements des troubles anxieux :	25
VI. Le recours à un psychiatre ou un psychologue :	34
VII. Autres propositions de prise en charge :	35

DISCUSSION	36
I. Généralités :	37
1. Troubles anxieux : Classification DSM V et critères diagnostiques :	37
2. Echelles d'évaluation des troubles anxieux :	47
3. Prise en charge des troubles anxieux :	51
4. Suivi :	70
II. Discussions des résultats :	72
1. Caractéristiques démographiques et professionnelles des médecins :	73
2. Nombre et durée des consultations	74
3. Connaissance des troubles anxieux :	78
4. Les troubles anxieux dans la pratique quotidienne :	82
5. Prise en charge des troubles anxieux :	84
6. Recours à un psychiatre ou psychologue :	91
7. Propositions pour améliorer la prise en charge :	93
 RECOMMANDATIONS	 95
 CONCLUSION	 98
 ANNEXES	 100
 RESUMES	 130
 REFERENCES	 137



INTRODUCTION



La prévalence des troubles mentaux au Maroc est de 48,9 % des cas, dont les troubles anxieux (TA) représentent 9.3%.⁽¹⁾

Les troubles anxieux, souvent méconnus et insuffisamment traités dans le cadre des soins primaires, provoquent une altération significative de divers aspects du fonctionnement cognitif, notamment des fonctions exécutives, de la mémoire, de l'attention et de la concentration, entraînant une diminution de la qualité de vie et une perturbation des activités quotidiennes. Ils sont souvent associés à d'autres troubles mentaux et physiques, ce qui complique leur prise en charge. ⁽²⁻⁶⁾

Le nombre des psychiatres pour 100 000 habitants est estimé à 0,81, alors que le nombre minimal nécessaire selon l'estimation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est de l'ordre de 2,5.⁽⁷⁾

Cette pénurie constatée amène à impliquer le médecin généraliste (MG) dans la prise en charge des troubles mentaux sachant qu'il vient en 1 ère ligne des consultations. En effet, les consultations en médecine générale pour des troubles mentaux représentent 17.3 %.⁽⁸⁾

Le rôle crucial du médecin généraliste dans le domaine de la santé mentale est entravé par les attitudes et les perceptions envers les psychotropes. Les conclusions de l'étude « La prescription des psychotropes en médecine générale » révèlent une hésitation à traiter les troubles mentaux au sein des services de soins primaires, attribuée en partie au manque de formation des praticiens en santé mentale.⁽⁹⁾

Les médecins généralistes manquent souvent le diagnostic précis des troubles anxieux. Dans une étude portant sur 840 patients en soins primaires, les taux de mauvais diagnostics étaient de 85,8 % pour le trouble panique (TP), de 71 % pour le trouble d'anxiété généralisée (TAG) et de 97,8 % pour l'anxiété sociale.⁽¹⁰⁾

Les troubles anxieux étaient la sixième cause d'invalidité, en termes d'années de vie vécues avec une invalidité, tant dans les pays à revenu élevé (RE) que dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (RMI). À l'échelle mondiale, les troubles anxieux représentaient 390 DALYs (Disability-adjusted life years) pour 100 000 personnes en 2010.⁽¹¹⁾

Les troubles anxieux regroupent d'après la classification du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-V) : Anxiété de séparation, le mutisme sélectif, les phobies spécifiques, l'anxiété sociale, trouble panique, agoraphobie, l'anxiété généralisée, trouble anxieux non spécifié, autre trouble anxieux spécifié, trouble anxieux dû à une autre affection médicale, trouble anxieux induit par une substance/médicament.(12)

Les troubles anxieux ont comme caractères communs une peur et une anxiété excessives associées à des perturbations comportementales et se différencient par l'objet ou la situation qui induisent la peur.(13)

Ils se caractérisent par leur caractère chronique, soit une durée de 6 mois.(13)

Les troubles anxieux peuvent être traités par une thérapie psychologique, une pharmacothérapie ou une combinaison des deux. La thérapie cognitivo-comportementale peut être considérée comme la psychothérapie présentant le niveau de preuve le plus élevé.(2)

Dans ce contexte, l'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances et attitudes des médecins généralistes de la province de Beni Mellal et de la province de Marrakech concernant les troubles anxieux.



*MATERIELS
ET
METHODES*



I. Type d'étude :

Nous avons mené une étude transversale à visée descriptive afin d'évaluer les connaissances et les attitudes des médecins généralistes de la province de Beni Mellal et la province de Marrakech.

II. Période de l'étude :

L'étude s'est déroulée sur une période de 6 mois, de décembre 2022 à juin 2023.

III. Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de ce travail était l'évaluation des connaissances des médecins généralistes praticiens concernant les troubles anxieux.

L'objectif secondaire était d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes quant à la prise en charge de ces troubles, afin de les renforcer.

IV. Echantillonnage :

La population cible était composée de médecins généralistes de la province de Marrakech et de Beni Mellal exerçant dans les deux secteurs : public (hôpital, centre de santé) et privé (cabinet médical, clinique), dont le total était 651 médecins.

Tableau I : Répartition des médecins généralistes

Province \ Secteur	Privé	Public
Beni Mellal	90	63
Marrakech	294	204
Total	384	267

1. Critères d'inclusion :

On a inclus dans notre étude :

- ❖ Les médecins généralistes exerçant dans la province de Marrakech, Beni Mellal quel que soit le secteur.
- ❖ Toujours en activité professionnelle.

2. Critères d'exclusion :

On a exclu de notre étude :

- ❖ Les médecins généralistes non praticiens : les médecins responsables ou affectés dans des postes de gestion.
- ❖ Les médecins refusant de participer à l'enquête.

V. Points forts de l'étude :

Notre étude comporte également des forces :

- ❖ **Le taux de participation** : il était de 34.19 % après une relance envoyée à 1 mois de l'envoi initial du questionnaire. Ce taux paraît élevé, d'autant plus que le sujet n'était pas facile et concernait l'évaluation des pratiques de MG qui auraient pu se sentir « testés » par cette étude.(14)
- ❖ **L'intérêt pour les troubles anxieux** : le fort taux de participation ainsi que le bon remplissage des questionnaires peuvent témoigner de l'intérêt que les MG portent à ce sujet.
- ❖ **Le sujet** : à ce jour, aucune étude sur l'évaluation des connaissances et attitudes des MG concernant les TA n'a été réalisée dans la province de Marrakech et Beni Mellal. Des travaux similaires ont été publiés sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.(8)

VI. Limites de l'étude :

Notre étude a plusieurs faiblesses :

- ❖ **La taille de l'échantillon** : l'effectif de l'échantillon reste faible, même si une relance a permis d'augmenter le nombre de réponses au questionnaire (34.19%).
- ❖ **Biais de sélection** : Comme dans toutes les études, les MG ayant répondu au questionnaire doivent avoir un intérêt pour le sujet plus grand que ceux qui n'y ont pas répondu.
- ❖ **Les résultats** : les résultats ne donnent qu'une appréciation globale de la prise en charge des TA par les MG de la province de Marrakech et Beni Mellal. Ils ne nous permettent pas de savoir si tous les TA sont correctement diagnostiqués. Nous n'avons aucune notion des médicaments (nom commercial ou DCI) utilisés dans chaque trouble, ni de la durée de prescription ni de la dose du médicament prescrit.

VII. Questionnaire :

1. Contenu :

Le questionnaire (annexe 1) a été diffusé sur les réseaux sociaux, notamment au sein de groupes de médecins, via un formulaire en ligne partagé dans le but de réduire le biais lié à l'enquêteur et de garantir une compréhension uniforme pour tous les médecins interrogés.

La distribution a été assurée par un seul médecin interne, assurant l'anonymat et la confidentialité pour les praticiens des secteurs privé et public.

Le questionnaire se compose de 22 questions, à choix simple ou multiple, conçues pour recueillir :

- ❖ Des informations démographiques sur chaque MG

- ❖ Des questions concernant la fréquence des TA rencontrés chez leurs patients, la fréquence de leurs pratiques de suivi et la prise ou non de médicaments.

2. Format et analyse statistique :

L'élaboration du questionnaire a été réalisée avec l'application Google Forms et format papier. Ensuite les données collectées ont été saisies sur le logiciel Microsoft office Excel 2019.

L'analyse statistique était effectuée par le logiciel ISPSS.

3. Diffusion :

3.1. Distribution indirecte :

Un formulaire électronique a été distribué en ligne dans des groupes dédiés aux médecins généralistes sur les réseaux sociaux (WhatsApp et Facebook), envoyé par mail.

3.2. Distribution directe :

Après avoir présenté le contexte de l'enquête et son objectif de façon brève et demandé aux médecins leur bienveillance et sollicité leur consentement oral, les questionnaires ont été distribués directement aux médecins généralistes en format papier du secteur public et privé par une visite aux lieux de leurs travail (cabinets privés, centres de santé, hôpitaux et cliniques).

VIII. Considérations éthiques :

L'étude a été réalisée après l'obtention de l'autorisation du comité de thèse de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.

L'anonymat et la confidentialité des informations des médecins ont été respectés lors du recueil des données.



RESULTATS



I. Caractéristiques démographiques et professionnelles des médecins :

1. Répartition selon le sexe

Dans notre étude, la proportion de femmes médecins généralistes était de 51,18 %, tandis que celle des hommes était de 48,82 %. (Figure 1)

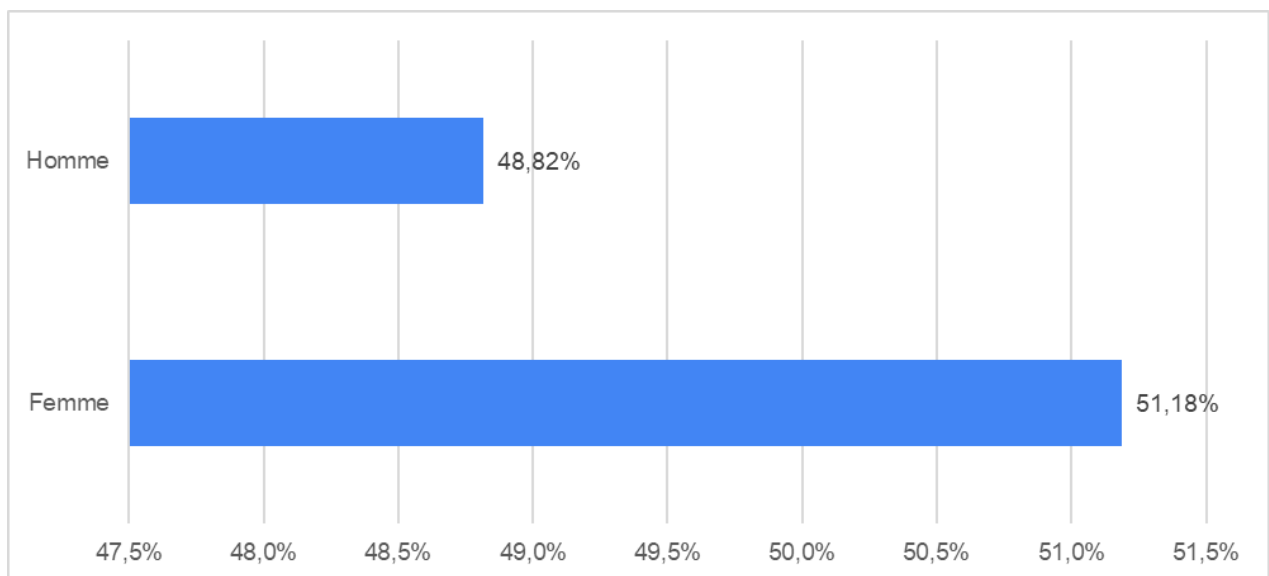


Figure 1 : Répartition selon le sexe

2. Répartition selon l'âge :

L'âge moyen des MG ayant participé à l'étude était de 38 ans. Les hommes avaient en moyenne 40 ans, les femmes 35 ans. Le participant le plus jeune avait 25 ans, et le plus âgé 71 ans. (Figure 2)

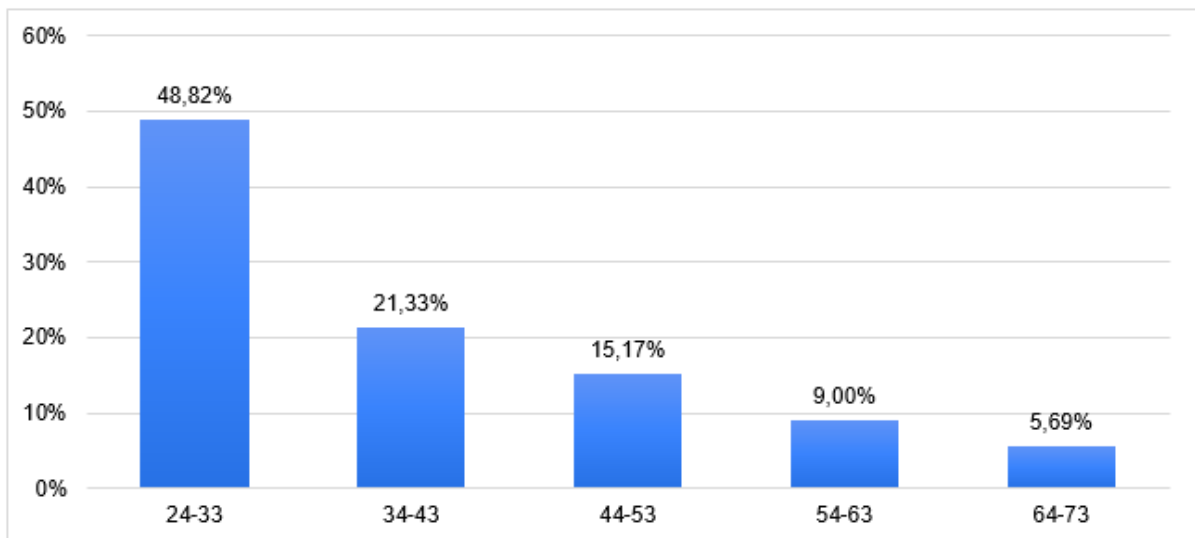


Figure 2 : Répartition selon l'âge

3. Répartition selon le lieu d'exercice :

Au cours de notre enquête, les médecins exerçant dans le milieu urbain représentaient 55%, pendant que la proportion des MG pratiquant dans le milieu rural et dans le milieu semi-urbain étaient respectivement 21% et 24%. (Figure 3)

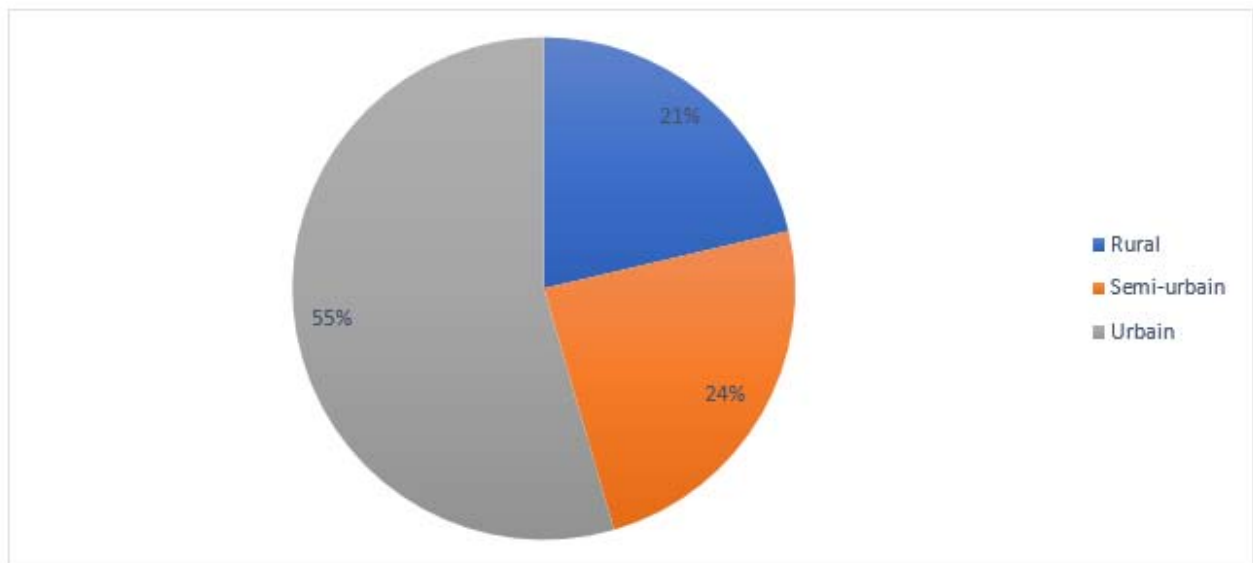


Figure 3 : Répartition selon le lieu d'exercice

4. Répartition selon le nombre d'années d'exercice :

En termes d'expérience, les médecins généralistes avaient une pratique de moins de 5 ans dans 40 %, alors que chez 9 % l'expérience comptait plus de 25 ans.

Les MG exerçant depuis 5 à 15 ans représentaient 17 %, pendant que la pratique depuis 10 à 15 ans et 20 à 25 ans était de 10 %. (Figure 4)

Dans notre étude la plupart des médecins étaient jeunes.

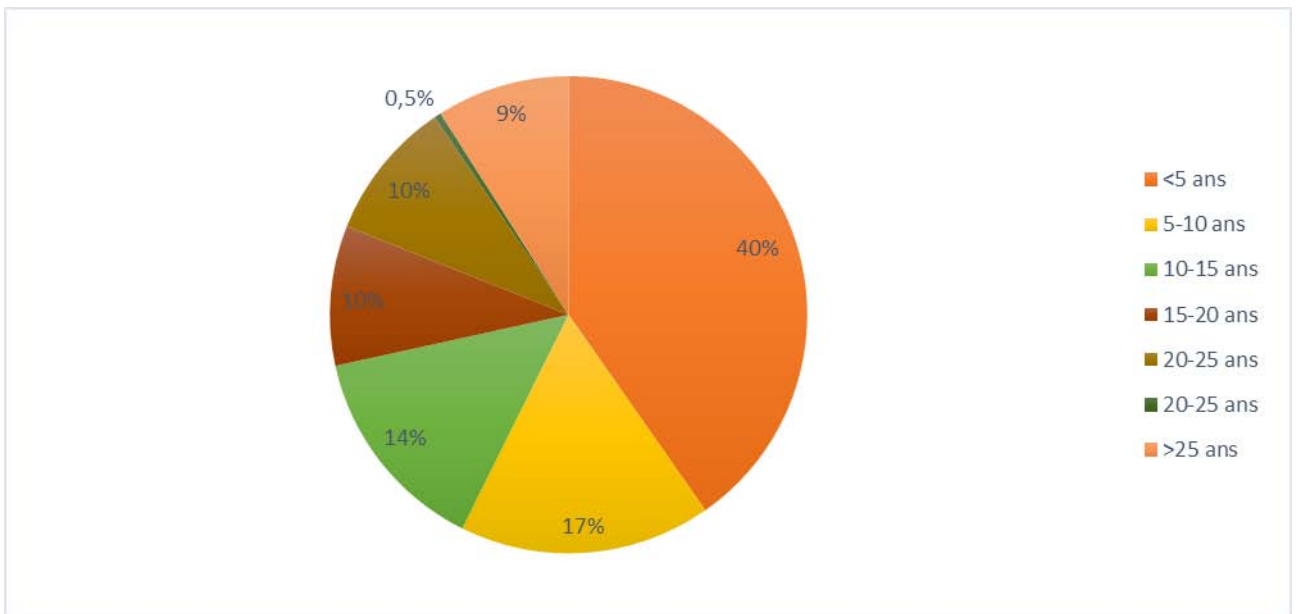


Figure 4 : Répartition des MG selon le nombre d'années d'exercice

5. Répartition selon le mode d'exercice :

On constate, d'après ce graphique, que le centre de santé était le lieu d'exercice chez 37 % des MG, alors que le tiers des médecins interrogés exerce au sein des hôpitaux publics.

Les autres participants exercent en remplacement dans 22 % des cas, clinique dans 6% et SOS médecins dans 4 %. (Figure 5)

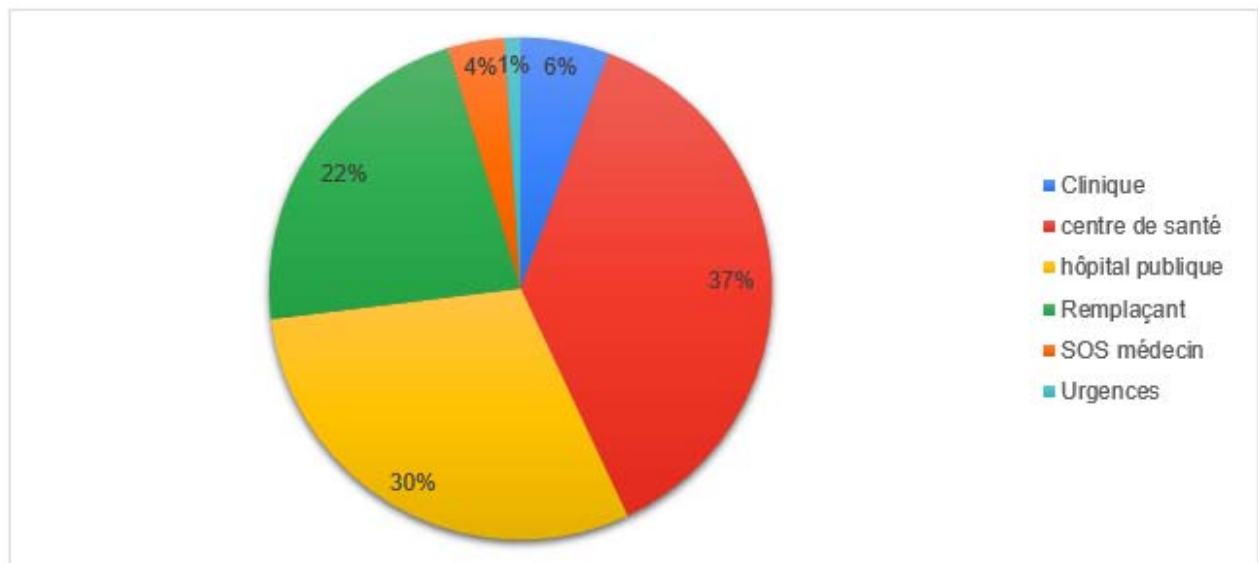


Figure 5 : Répartition des MG selon le mode d'exercice

II. Nombre et durée des consultations :

Le nombre moyen de consultations par semaine, toutes pathologies confondues, était compris entre 50 et 150 pour 31 % des médecins généralistes.

Les médecins généralistes déclaraient effectuer plus de 350 consultations par semaine dans 17 % des cas, et entre 250 et 350 consultations par semaine dans 12 % des cas, pendant que presque le tiers des MG effectuait moins de 50 consultations par semaine. (Figure 6)

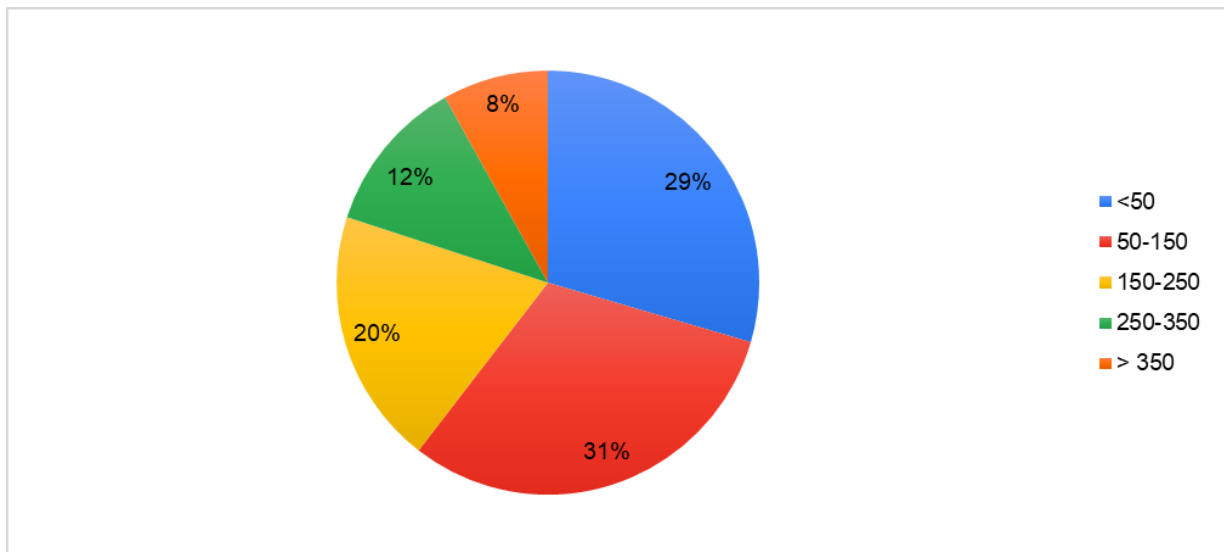


Figure 6 : Nombre de consultation par semaine toutes pathologies confondues

La durée moyenne des consultations des médecins généralistes était de 10 minutes pour 38 % d'entre eux, de 20 minutes pour 8 % et de 30 minutes chez 1,5 %. (Figure 7)

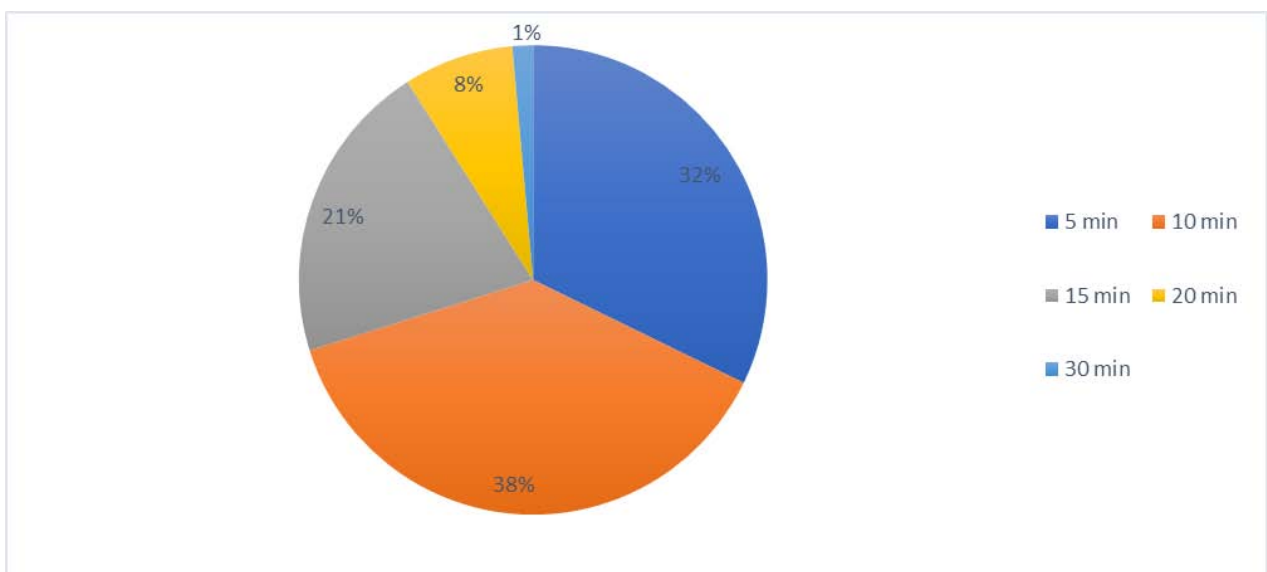


Figure 7 : Durée moyenne de consultation

A noter que le médecin qui déclarait un nombre de consultation supérieur à 350 consultation/semaine, déclarait une durée moyenne de consultation de 10 min.

III. Connaissance des troubles anxieux :

1. Formation initiale :

La majorité des médecins interrogés ont déclaré avoir bénéficié d'un enseignement sur les troubles anxieux au cours de leur deuxième ou troisième cycle d'études médicales. (Figure 8)

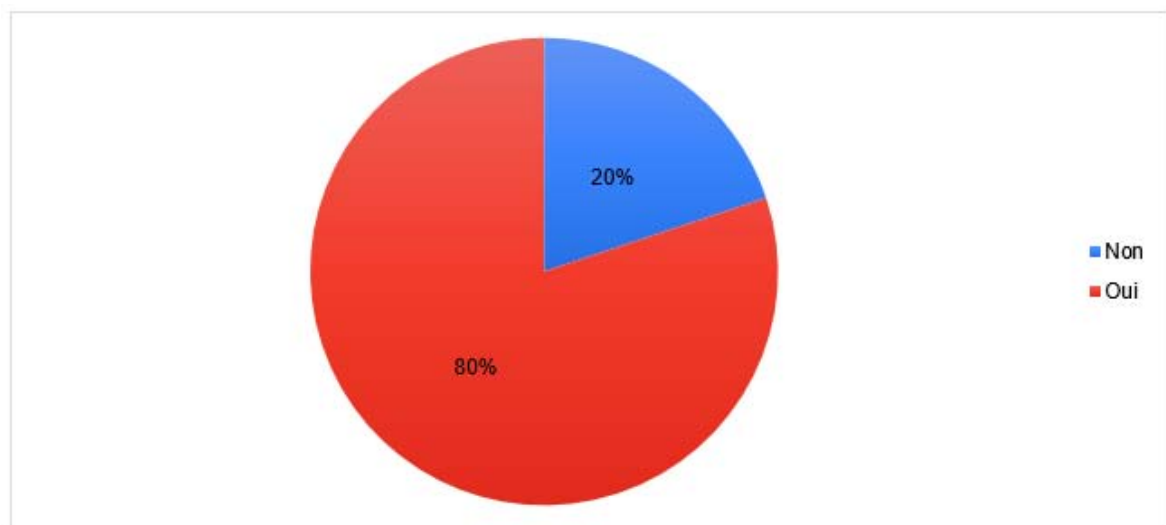


Figure 8 : Formation initiale

Une disparité en fonction de l'âge est observée chez les médecins généralistes, les plus jeunes ayant reçu une formation plus importante sur les troubles anxieux (TA) que les plus âgés. En effet, les médecins généralistes de moins de 44 ans ont bénéficié d'un tel enseignement dans 75 % des cas, contre seulement le quart de ceux de plus de 44 ans. Cette différence est statistiquement significative, avec une valeur P de 0,028. (Figure 9)

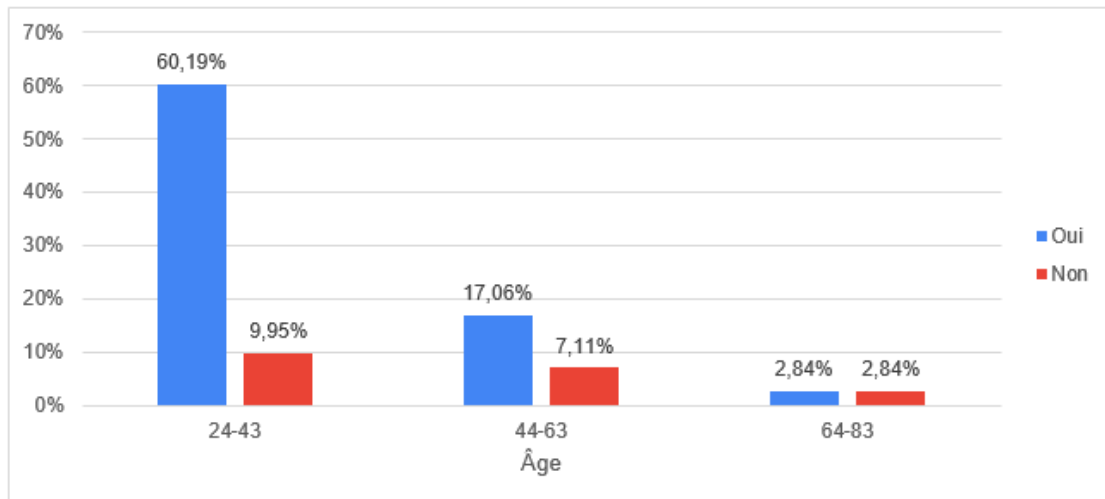


Figure 9 : Formation initiale par rapport à l'âge

2. Source de connaissance des troubles anxieux :

Les quatre principales sources de connaissances des TA par les médecins généralistes étaient les cours de 2^{ème} et 3^{ème} cycle des études médicales chez le quart d'eux, l'expérience professionnelle pour 13%, les conférences de consensus et recommandations HAS dans 13% et livres de médecine (DSM V, CIM 10, médecine générale, psychiatrie...) pour 11% des participants. (Figure 10)

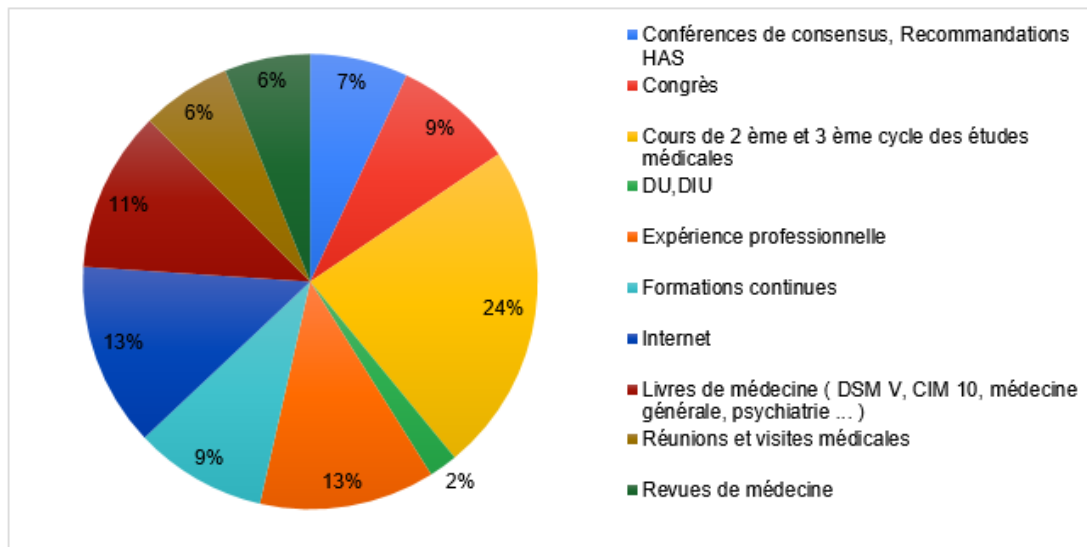


Figure10 : Source de connaissances des TA

3. Aisance à prendre en charge les troubles anxieux :

Dans notre étude, la proportion des médecins interrogés déclarant être toujours à l'aise pour prendre en charge un patient présentant un TA était 20%, pendant qu'elle était 71% pour les médecins annonçant ne pas toujours l'être. (Figure 11)

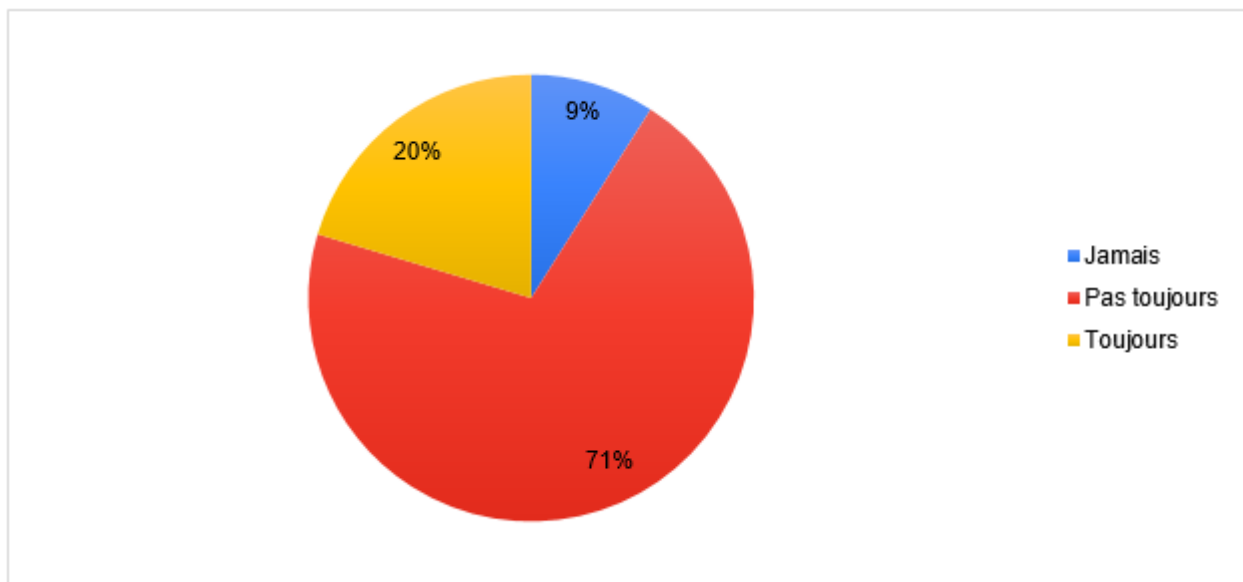


Figure 11 : Aisance de la prise en charge des TA

A noter, l'absence d'une différence significative entre l'âge ou le sexe du médecin et l'aisance de la prise en charge.

IV. Les troubles anxieux dans la pratique quotidienne :

1. Recherche des troubles anxieux :

Près de la moitié (53,08 %) des médecins interrogés demandaient au patient s'il avait été anxieux parce qu'ils avaient l'impression que c'était le cas, alors que chez 46,45 % d'eux attendaient que le patient leur parle de lui-même de ses peurs.

Les médecins demandaient systématiquement à tous les patients s'ils avaient été anxieux dans 24.2% tandis que la proportion déclarant utiliser un questionnaire spécifique à la recherche de troubles anxieux était 7.1%.

Certains médecins :

- ❖ Faisaient usage du questionnaire de Beck (0.5%) et du HAD (0.5%),
- ❖ Mentionnaient le diagnostic de TA en présence de symptômes tels que l'insomnie et les palpitations (0.5%), ou encore en cas de troubles du sommeil (0.5%).
- ❖ Évoquaient également la possibilité de TA chez les patients présentant une somatisation fréquente malgré un examen clinique et des analyses normaux (0.5%). (Figure 12)

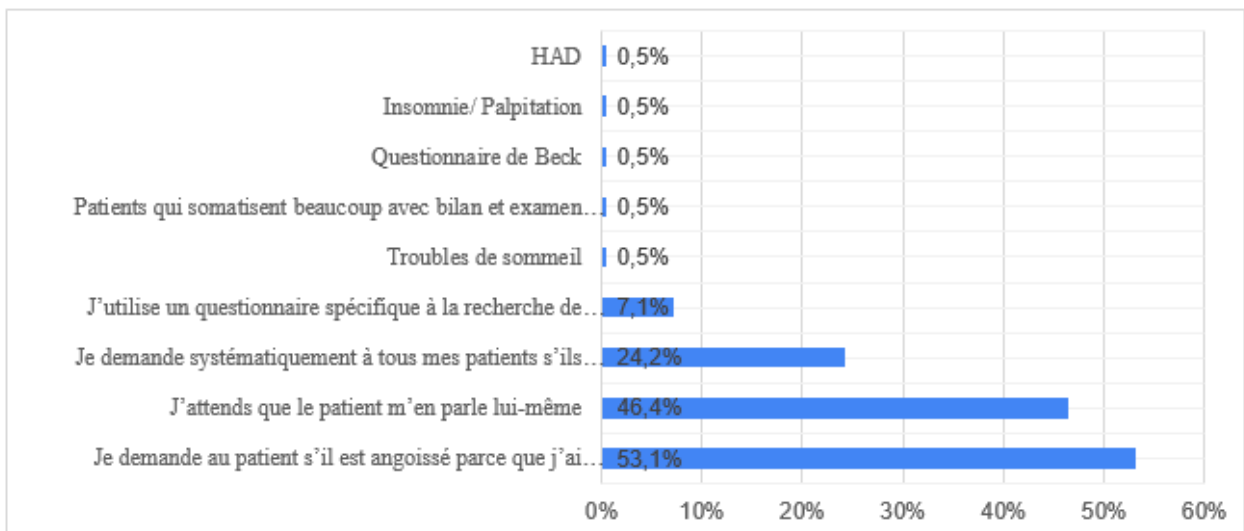


Figure 12 : Recherche des troubles anxieux

2. Le trouble anxieux le plus rencontré :

Le trouble d'anxiété généralisée était le plus rencontré par 50% des médecins, suivi par le trouble panique chez 34%, la phobie sociale pour 9%, et les phobies spécifiques chez 5%.

L'agoraphobie était le trouble le moins rencontré en consultation selon les médecins généralistes avec une proportion de 2%. (Figure 13)

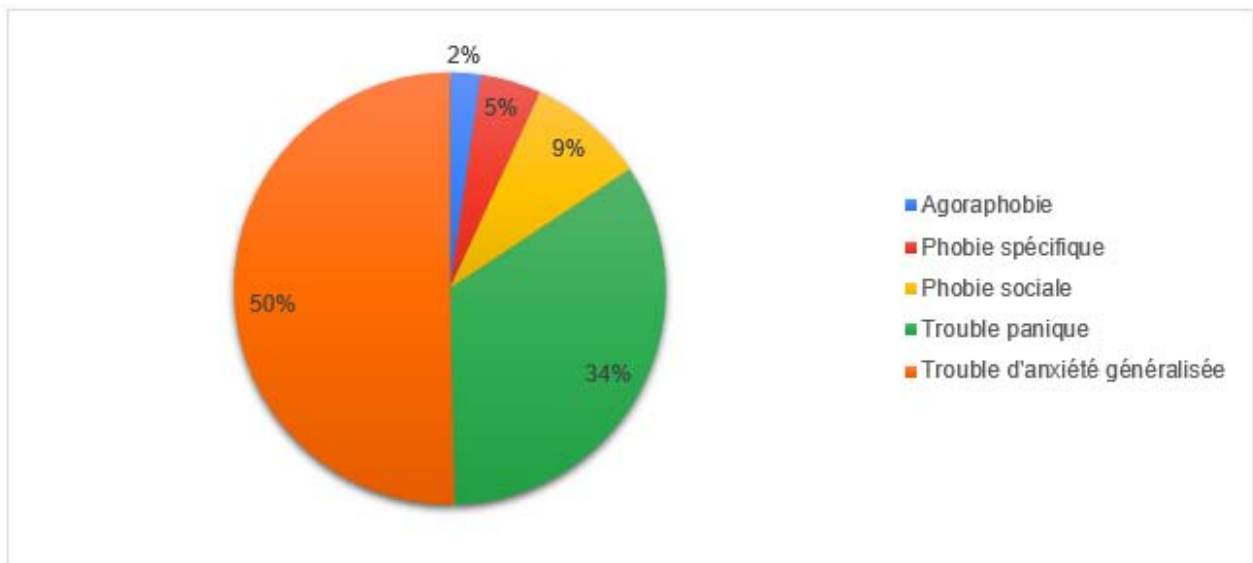


Figure 13 : Le TA le plus rencontré

3. Le trouble anxieux ressenti comme le plus difficile à prendre en charge :

Dans notre étude, la phobie sociale était la plus difficile à prendre en charge pour 37% des médecins, suivie par le trouble d'anxiété généralisée pour 35%, le trouble panique pour le tiers des participants, la phobie spécifique chez 21% et l'agoraphobie pour 20% des MG. (Figure 14)

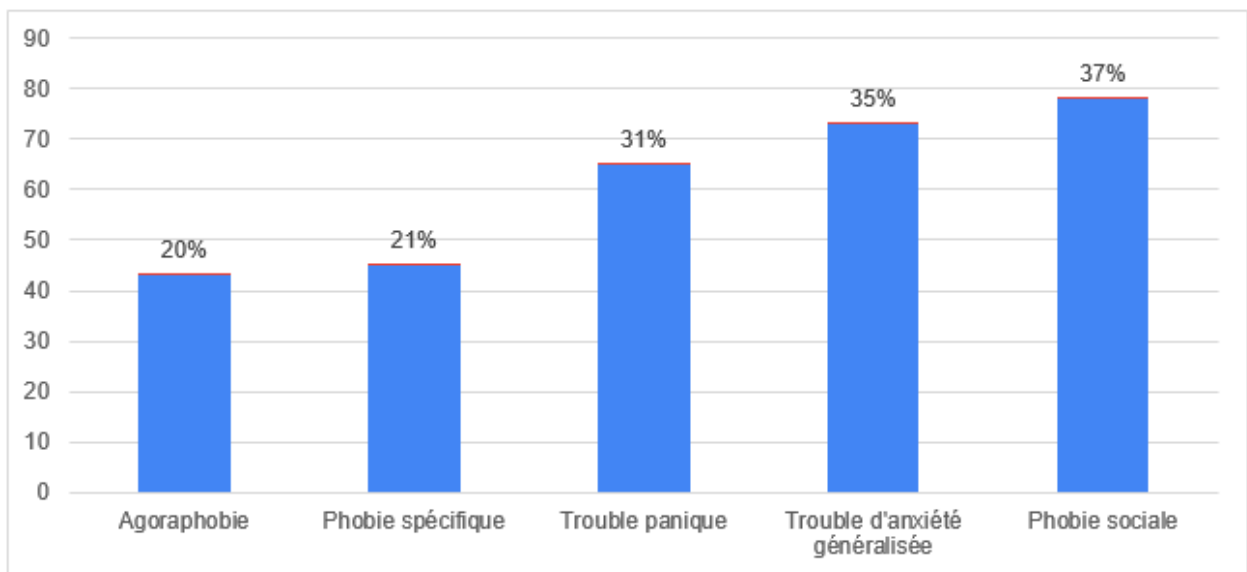


Figure 14 : Le TA ressenti comme le plus difficile à prendre en charge

4. Fréquence de consultation pour troubles anxieux :

Chez 42 % des médecins le nombre de consultation pour TA était moins de 5 patients par mois, pendant que la proportion de 33 % en voie 5 à 10.

Entre 10 et 20 consultations par mois pour TA ont été rapporté par 9 % des participants, alors que la fréquence était quasiment tous les jours pour 16 %. (Figure 15)

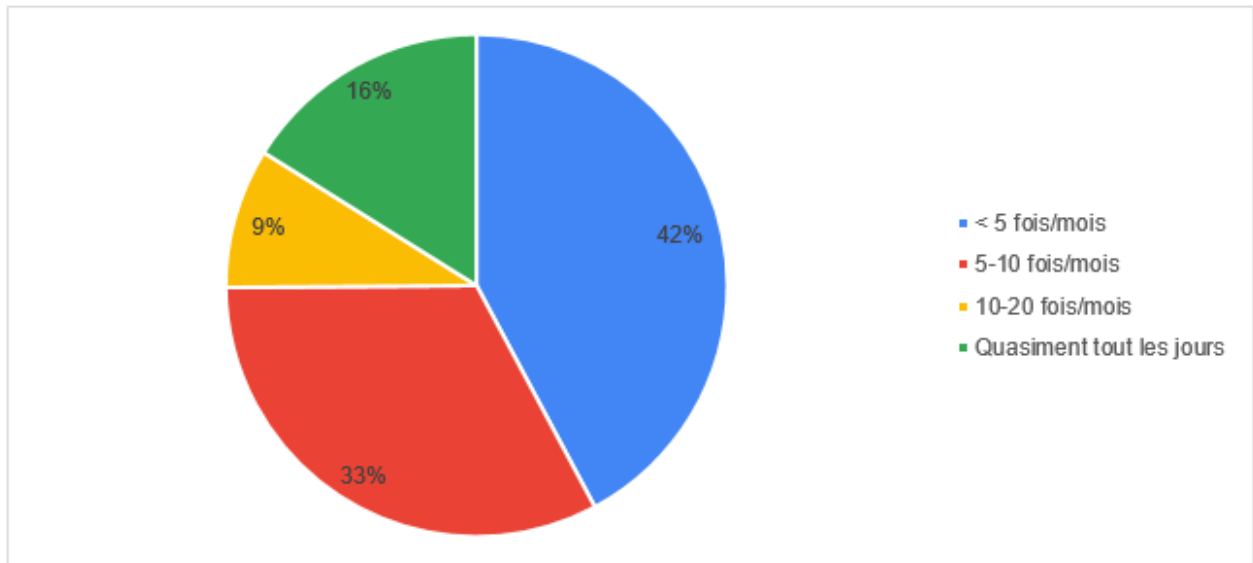


Figure 15 : Fréquence des troubles anxieux

5. Durée moyenne des consultations pour trouble anxieux :

La durée moyenne de consultation pour un TA était comprise entre 15 et 30 minutes pour 47% des MG, alors que chez 9 % la consultation durait 30 à 45 min.

Chez 43% des MG, la durée moyenne de consultation pour TA était moins de 15min. (Figure 16)

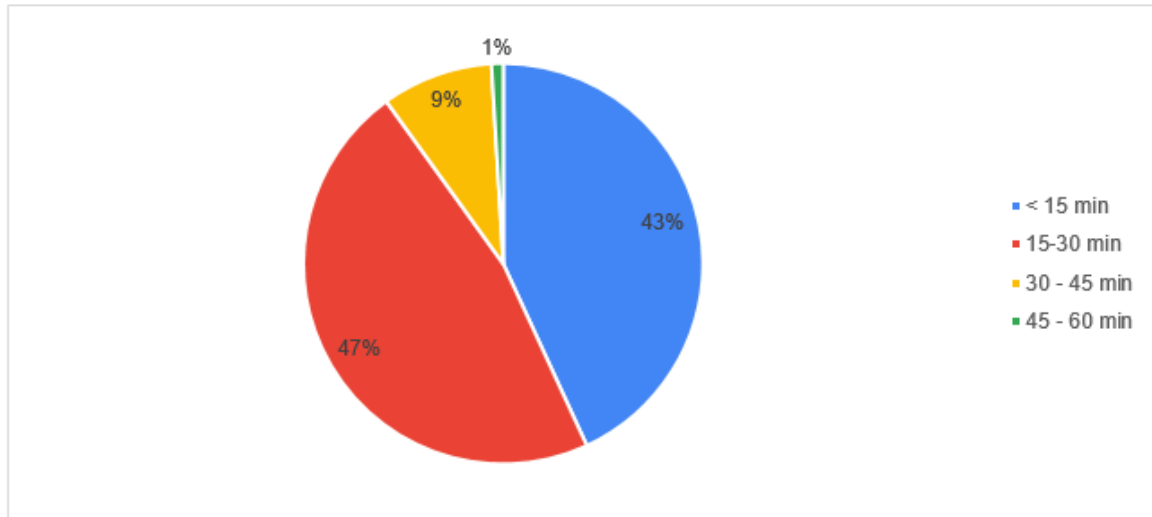


Figure 16 : Durée moyenne de consultation pour TA

6. Fréquence des consultations de suivi :

Les médecins généralistes revoient les patients présentant un trouble anxieux (TA) selon les fréquences suivantes : hebdomadairement dans 18 % des cas, toutes les deux semaines pour 35 % des médecins, mensuellement chez 41 % et plusieurs fois par semaine pour 6 % des participants. (Figure 17)

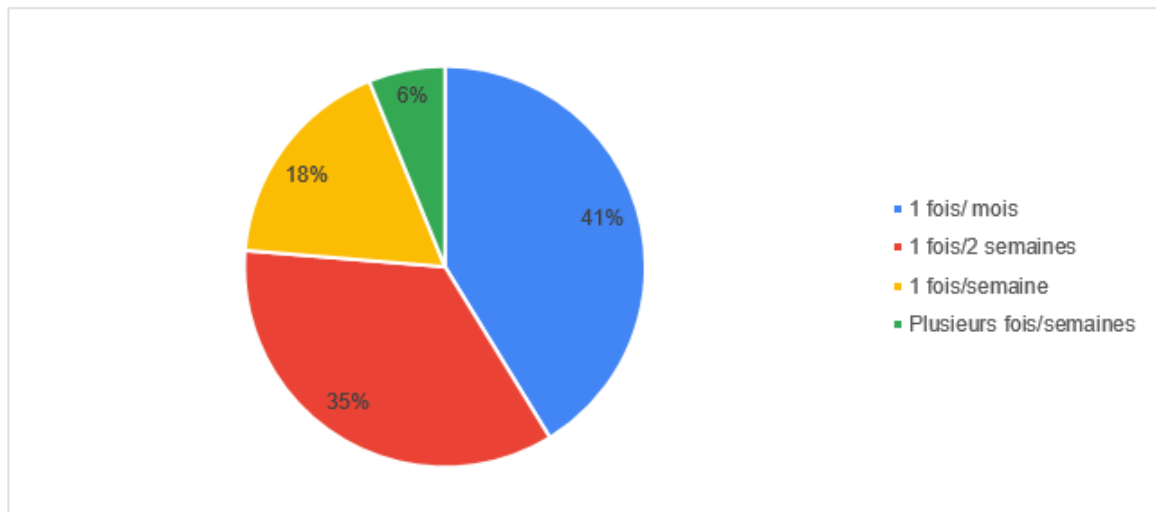


Figure 17 : Fréquence des consultations de suivi

V. Prise en charge des troubles anxieux :

1. Traitement le plus prescrit en pratique quotidienne :

Dans le questionnaire, il avait été demandé quel était « le » traitement que les MG prescrivaient le plus souvent dans les TA avec la possibilité de choix multiples. Les BZD représentaient 67% des médicaments prescrits par les MG, suivies par les antidépresseurs ISRS ou IRSNa pour 46,9% des médecins, les anxiolytiques non BZD chez 31,3%, et la psychothérapie dans 19,4%. (Figure 18)

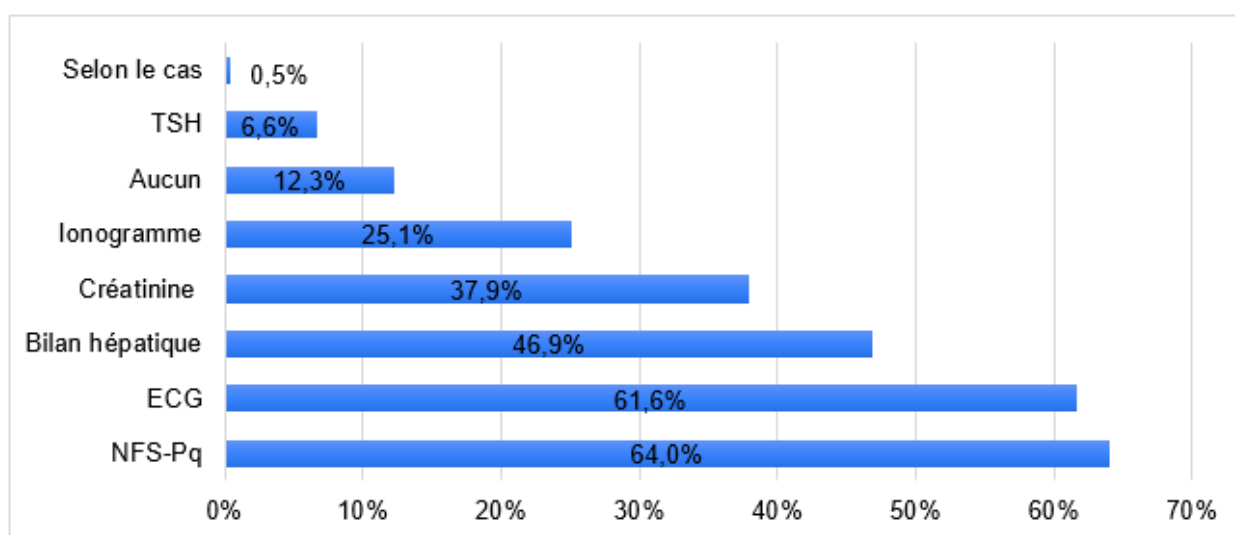


Figure 18 : Traitement le plus prescrit en pratique courante

2. Bilan pré-thérapeutique :

Dans notre enquête, le bilan pré-thérapeutique le plus réalisé était NFS-Pq chez 63.98%, suivi de l'ECG dans 61.61%, le bilan hépatique pour 46.92% des MG, la créatinine dans 37.91%, et l'ionogramme chez le quart des participants. (Figure 19)

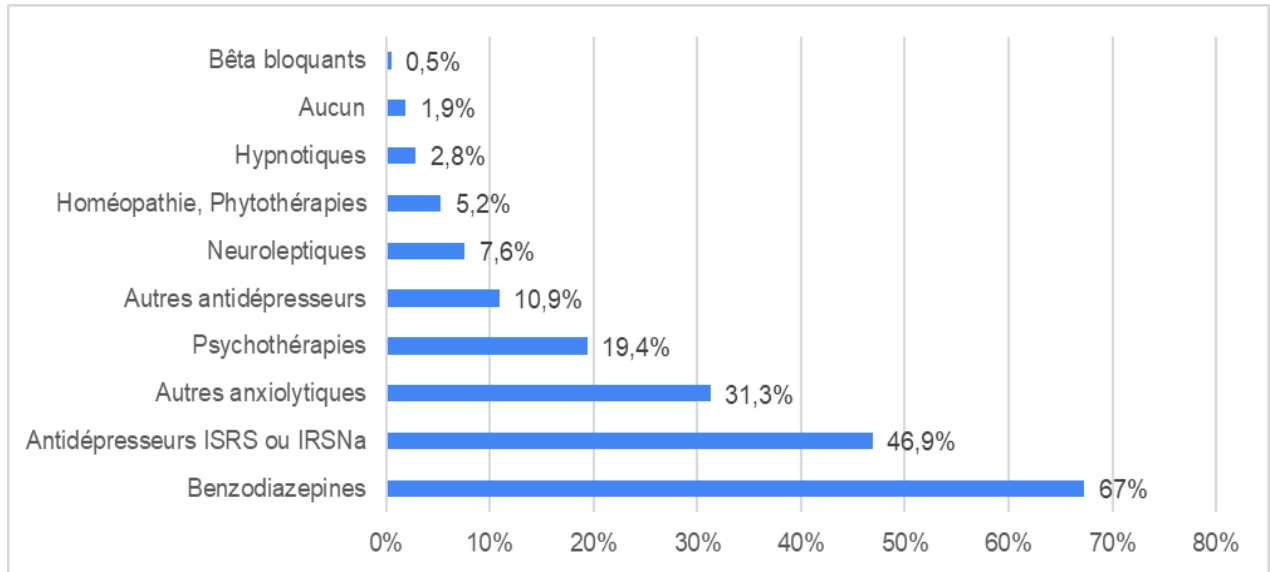


Figure 19 : Bilan pré-thérapeutique

3. Traitements des troubles anxieux :

3.1. Traitement de 1^{ère}

Le tableau ci-dessous présente les résultats de notre enquête sur le traitement de 1^{er} intention pour chaque troubles anxieux. (Tableau II)

Tableau II : Traitement de 1 ère intention pour les TA

	TAG	Trouble panique	Phobie sociale	Phobie spécifique	Agoraphobie
Benzodiazépine	63,0%	54,0%	28,0%	28,9%	37,4%
Anxiolytiques non BZD	19,0%	23,7%	29,9%	30,3%	26,5%
Neuroleptiques	5,7%	5,2%	13,7%	11,4%	5,2%
Antidépresseurs ISRS ou IRSNa	31,8%	28,9%	25,6%	19,9%	19,9%
Autres antidépresseurs	2,4%	1,9%	2,4%	0,9%	0,9%
Hypnotique	0,5%	0,5%	0,0%	0,9%	0,5%
Recours à un psychiatre	6,2%	10,4%	11,8%	17,5%	18,5%
Recours à un psychologue	6,6%	5,7%	10,0%	9,5%	10,0%
Homéopathie/Phytothérapie	0,9%	1,4%	1,9%	0,9%	0,9%
Autres	0,5%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%

a. Trouble d'anxiété généralisée :

Les benzodiazépines étaient les médicaments les plus prescrits par les MG, avec une intention: proportion de 66 %, suivies par les antidépresseurs ISRS ou IRSNa chez 32 % et les anxiolytiques non BZD dans 19 %. (Figure 20)

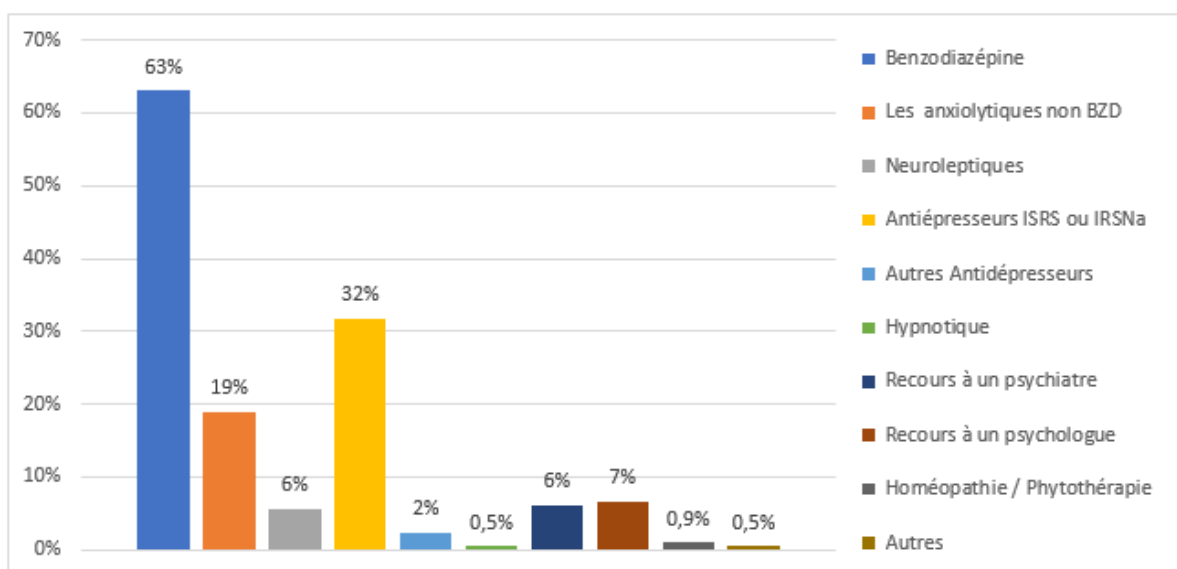


Figure 20 : Traitement de 1 ère intention TAG

b. Trouble panique :

La moitié des MG prescrivait les BZD en 1 ère intention dans la prise en charge le trouble panique. Les antidépresseurs ISRS ou IRSNa étaient rapporté chez 28,9% suivi par les anxiolytiques non BZD pour 23,7%.

Les médecins interrogés avaient recours à un psychiatre dans 10,4 % des cas. (Figure 21)

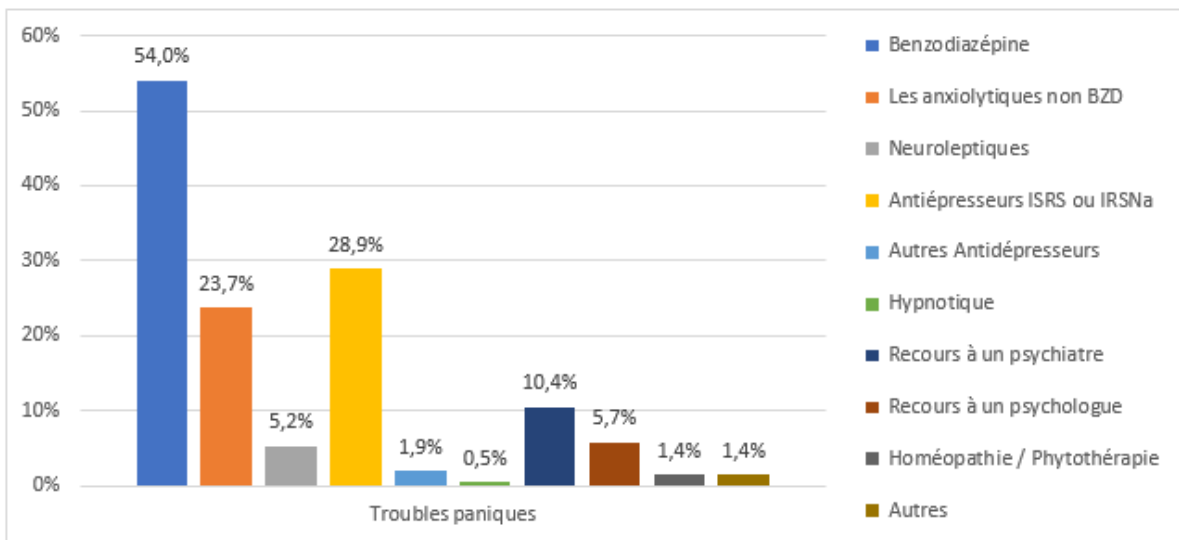


Figure 21 : Traitement de 1ère intention Trouble panique

c. Phobie sociale :

La prise en charge de ce trouble comporte, selon les médecins enquêtés, la prescription des anxiolytiques non BZD chez le tiers d'eux, les BZD dans 28% des cas, les antidépresseurs ISRS ou IRSNA pour le quart des médecins et les neuroleptiques dans 13,7%.

Chez 11.8 % des MG le recours à un psychiatre était le choix, alors que le recours à un psychologue l'était dans 10%. (Figure 22)

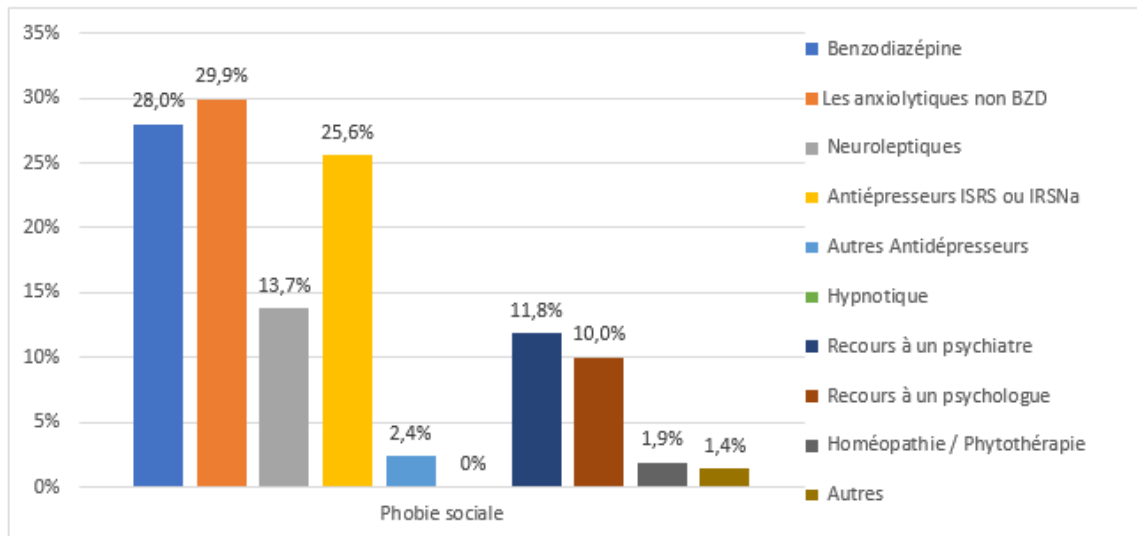


Figure 22 : Traitement de 1 ère intention phobie sociale

d. Phobie spécifique :

Les anxiolytiques non BZD étaient le traitement le plus prescrit par le tiers des MG suivi par les BZD dans 29% des cas, les antidépresseurs ISRS ou IRSNa chez 20% et les neuroleptiques pour 11%.

Le recours à un psychiatre était opté chez 18% des médecins, pendant que le recours à un psychologue l'était dans 9%. (Figure 23)

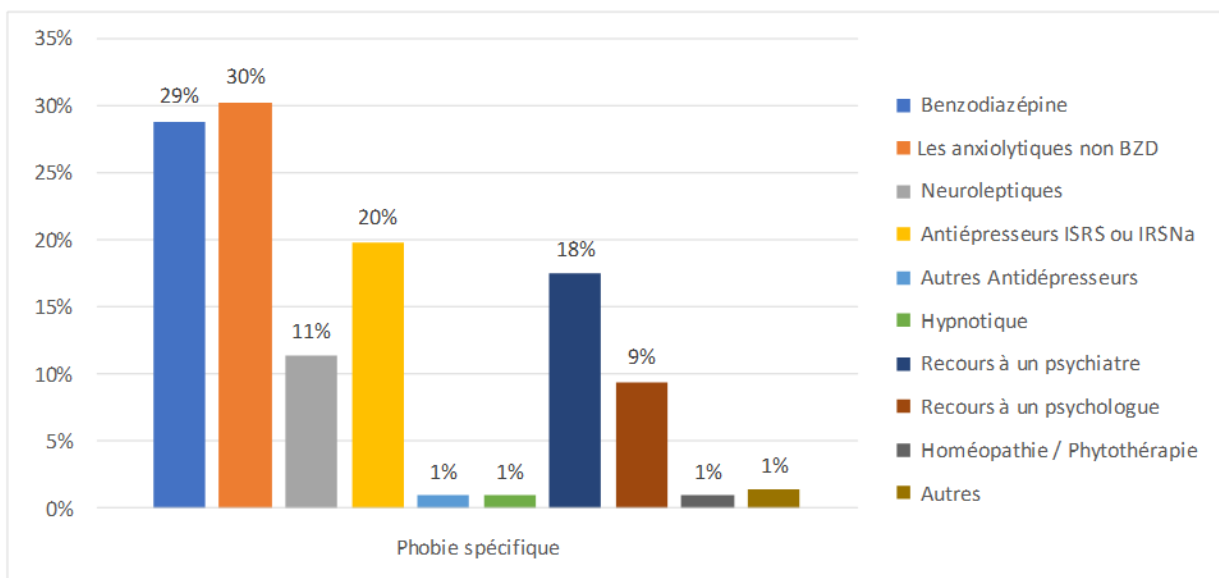


Figure 23 : Traitement de 1 ère intention Phobie spécifique

e. Agoraphobie :

Les BZD étaient le traitement le plus prescrit en 1^{ère} intention par 37,4% des médecins interrogés, suivi par les anxiolytiques non BZD chez 26,5%, les antidépresseurs ISRS ou IRSNa dans 19,9% des cas et les neuroleptiques chez 5,2%.

Le recours à un psychiatre était rapporté par 18,5% des MG, pendant que le recours au psychologue l'était dans 10%. (Figure 24)

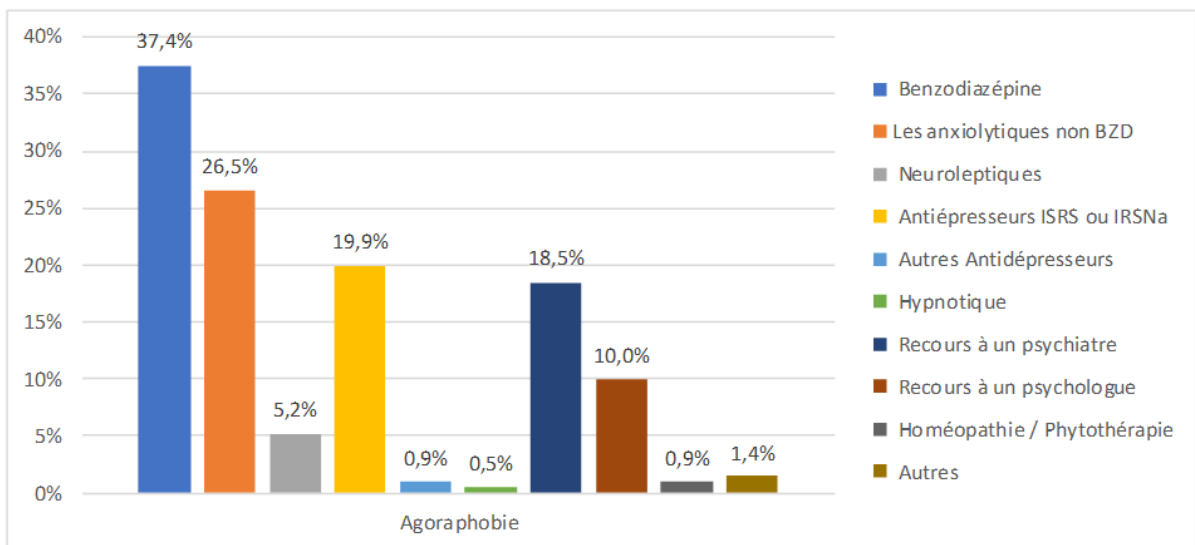


Figure 24 : Traitement de 1^{ère} intention Agoraphobie

3.2. Traitement de 2^{ème} intention :

Ci-dessous, un tableau résumant les résultats des traitements de 2^{ème} intention pour chaque troubles anxieux. (Tableau III)

Tableau III : Tableau III Traitement de 2 -ème intention des TA

	TAG	Trouble panique	Phobie sociale	Phobie spécifique	Agoraphobie
Benzodiazépine	23,7%	19,0%	18,5%	18,5%	16,1%
Anxiolytiques non BZD	35,1%	35,1%	26,1%	26,1%	31,8%
Neuroleptiques	6,2%	6,2%	5,7%	5,2%	6,2%
Antidépresseurs ISRS ou IRSNa	20,4%	19,0%	12,8%	10,4%	15,2%
Autres antidépresseurs	8,5%	8,1%	7,6%	6,2%	6,2%
Hypnotique	0,0%	0,9%	1,4%	1,9%	0,9%
Recours à un psychiatre	27,0%	28,4%	34,1%	36,5%	35,1%
Recours à un psychologue	4,3%	7,1%	12,3%	11,4%	9,5%
Homéopathie/ Phytothérapie	0,5%	0,9%	0,5%	0,9%	0,5%
Autres	0,5%	0,9%	1,4%	1,9%	0,9%

a. **Trouble d'anxiété généralisée :**

Les anxiolytiques non BZD occupent la première place en tant que traitement de 2^{ème} intention chez 35,1% , suivis par le recours à un psychiatre pour 27% des MG et les BZD dans 23,7% des cas. (Figure 25)

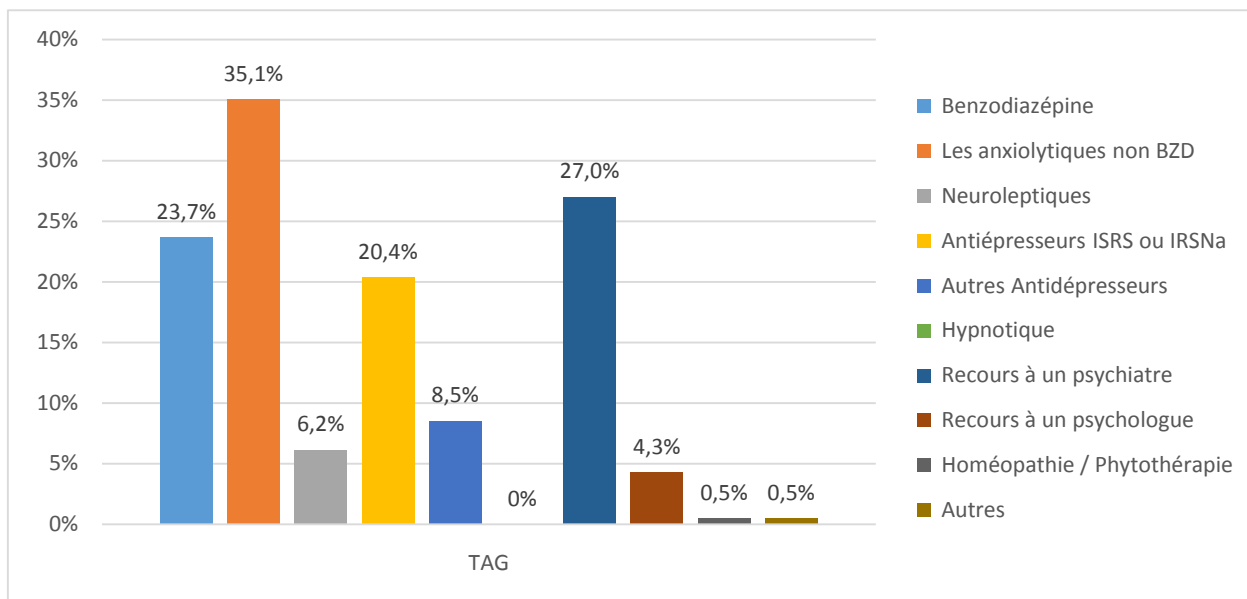


Figure 25 : Traitement de 2ème intention TAG

b. Trouble panique :

Les anxiolytiques non BZD étaient le traitement le plus choisi en 2^{ème} intention par 35% des MG dans la prise en charge, suivi par le recours à un psychiatre dans 28% des cas, et les antidépresseurs ISRS ou IRSNa et les BZD chez 19%. (Figure 26)

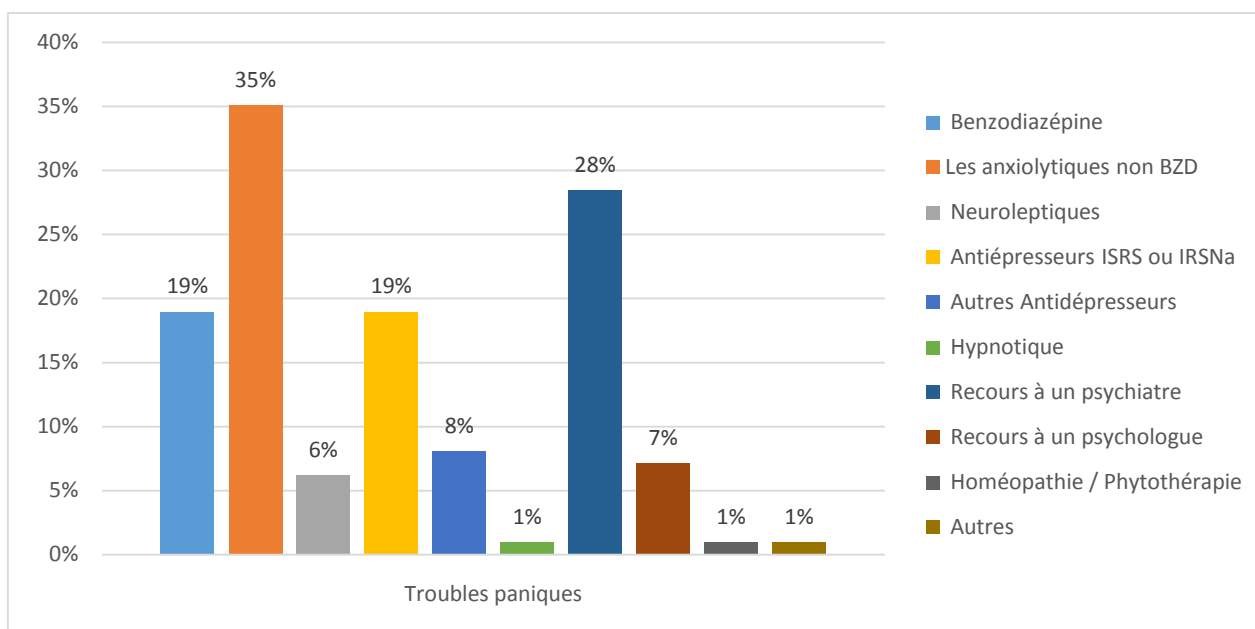


Figure 26 : Traitement de 2ème intention Trouble panique

c. Phobie sociale :

Le recours à un psychiatre était le plus choisi dans la prise en charge en 2^{ème} intention chez 34,1%, suivie par la prescription des anxiolytiques non BZD dans 26,1% des cas, les BZD chez 18,5% et les antidépresseurs ISRS ou IRSNa dans 12,8% des cas.

Le recours à un psychologue était rapporté par 12,3% des MG. (Figure 27)

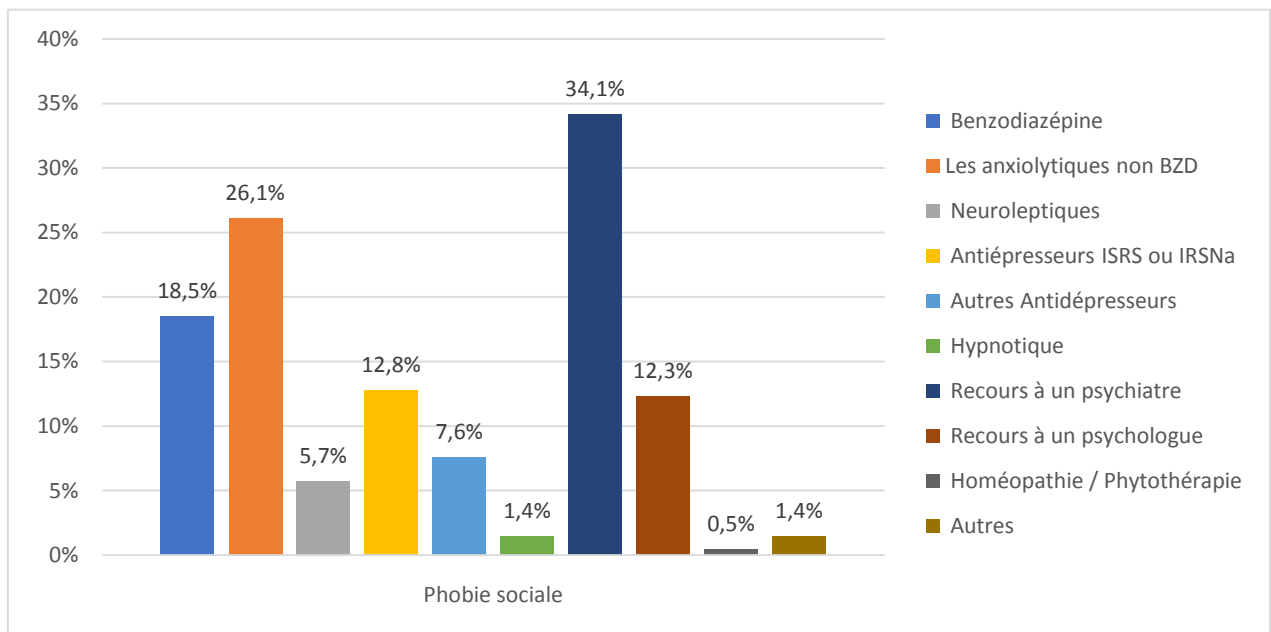


Figure 27 : Traitement de 2^{ème} intention de la phobie sociale

d. Phobie spécifique :

En 2^{ème} intention, la prise en charge des médecins faisait appel au psychiatre chez 36% des participants, suivie par la prescription des anxiolytiques non BZD dans 26% des cas, les BZD dans 18% des cas et les antidépresseurs ISRS ou IRSNa chez 10%.

Le recours à un psychologue était rapporté par 11% des médecins. (Figure 28)

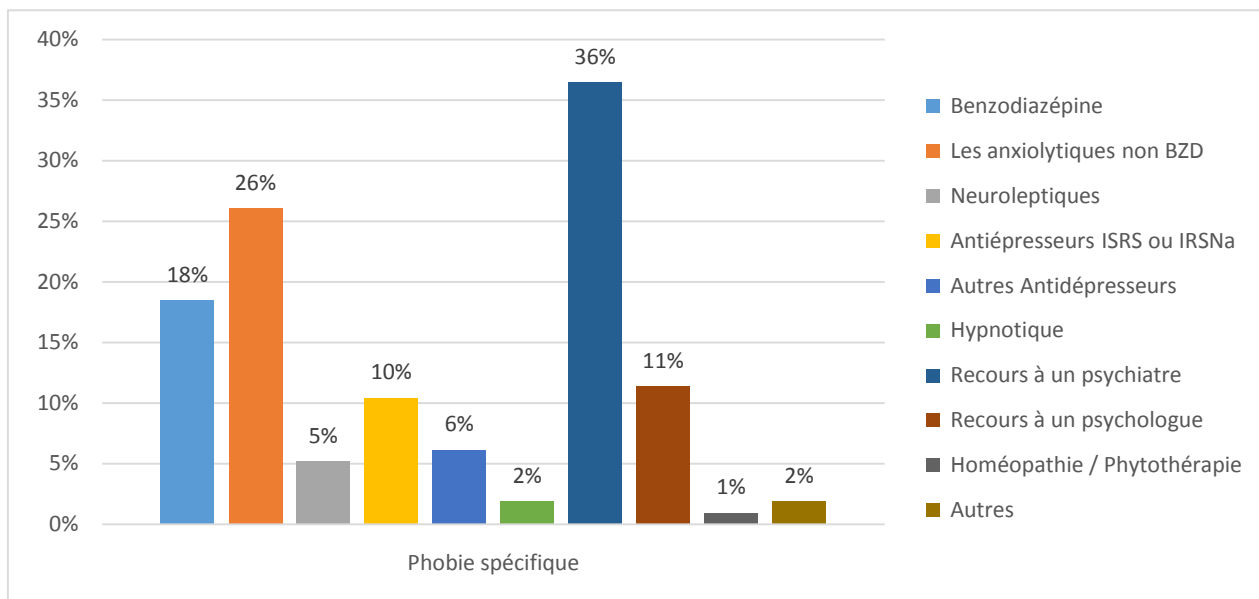


Figure 28 : Traitement de 2ème intention phobie spécifique

e. Agoraphobie :

La référence vers un psychiatre était le choix le plus coché chez 35,1% des MG de notre enquête en 2ème intention de prise en charge de ce trouble, suivie par la prescription des anxiolytiques non BZD dans 31,8%, les BZD chez 16,1%, les antidépresseurs ISRS ou IRSNa dans 15,2%. (Figure 29)

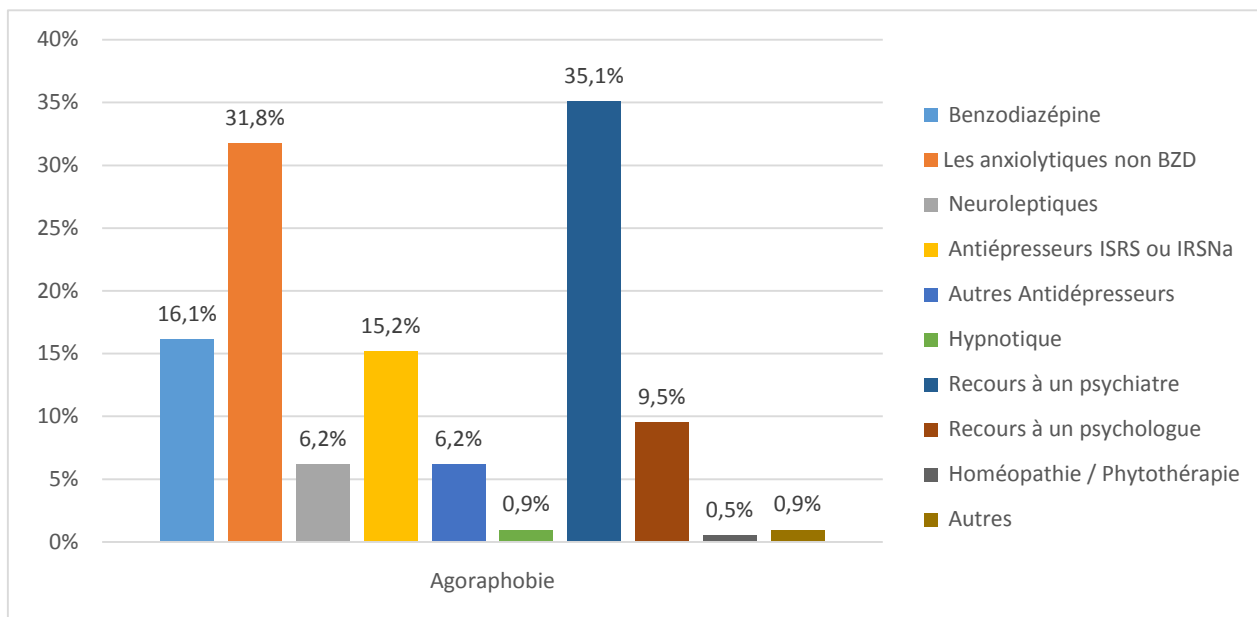


Figure 29 : Traitement de 2ème intention agoraphobie

VI. Le recours à un psychiatre ou un psychologue :

Toutes réponses cumulées (211), les 3 principales raisons de recourir à un psychiatre ou un psychologue sont :

- ❖ Le sentiment qu'un suivi serait bénéfique pour le patient dans 65%.
- ❖ L'échec de tous les traitements mis en place chez 49%.
- ❖ Manque de connaissances en ce domaine dans 50%.

Il n'existe pas de différences significatives en termes de sexe, âge, lieu et mode d'exercice pour les motifs de recours aux psychiatres ou psychologues. (Figure 30)

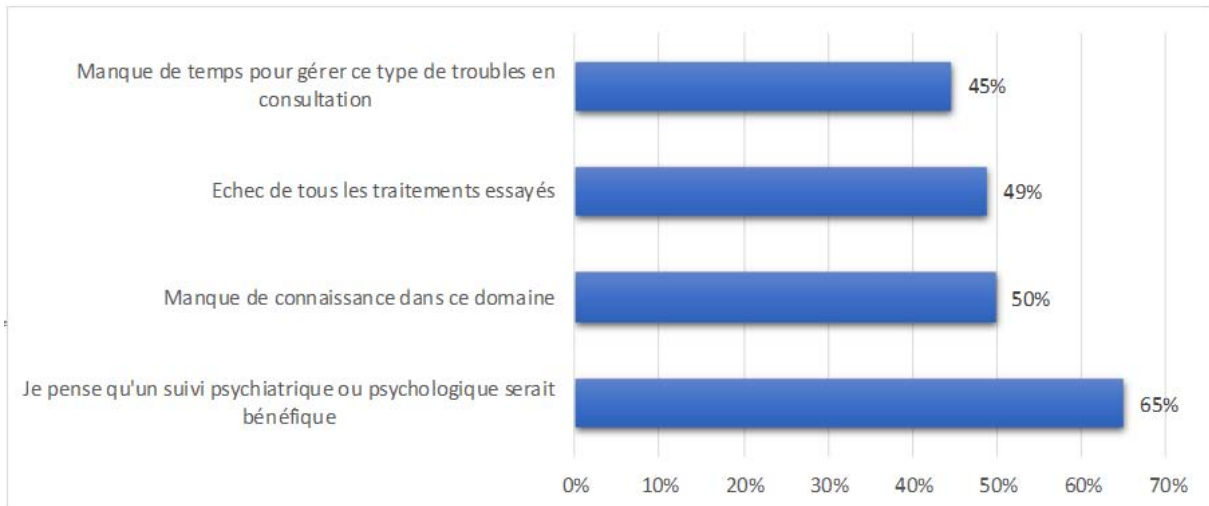


Figure 30 : Raison d'un recours à un psychiatre

VII. Autres propositions de prise en charge :

Parmi les propositions visant à améliorer la prise en charge des patients, toutes réponses cumulées (211), les 2 réponses les plus fréquemment données sont l'organisation des séminaires, tables rondes, conférences chez 75,8% des cas et la permanence téléphonique d'un médecin psychiatre référent dans plus que la moitié des cas. (Figure 31)

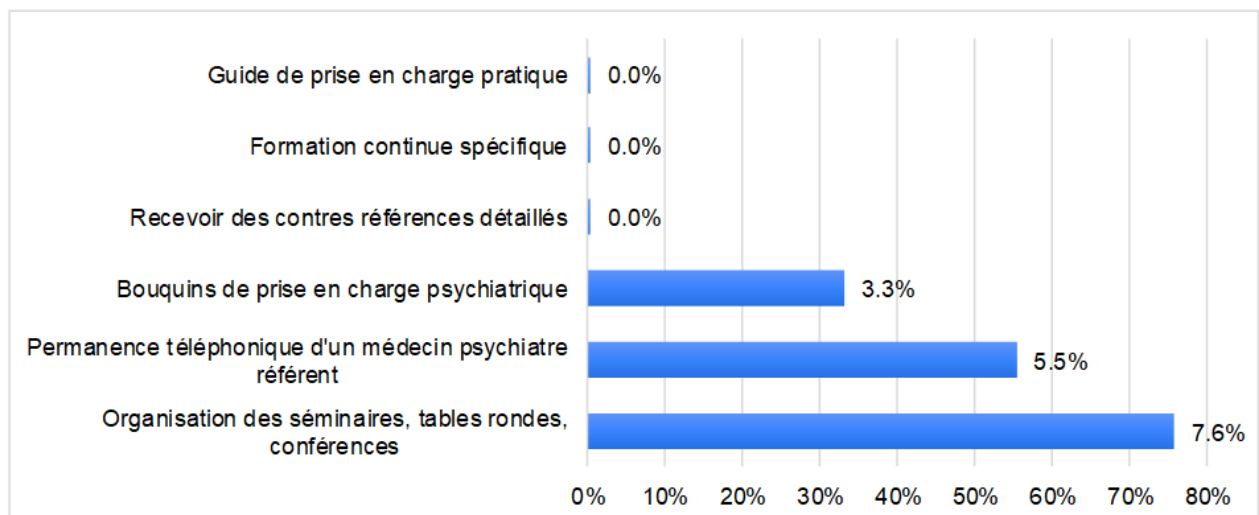


Figure 31 : Amélioration de la prise en charge



DISCUSSION



I. Généralités :

1. Troubles anxieux : Classification DSM V et critères diagnostiques :

1.1 Prévalence des troubles anxieux :

Les troubles anxieux constituent le groupe le plus courant des troubles mentaux et commencent généralement avant ou au début de l'âge adulte. Les caractéristiques centrales comprennent une peur excessive et une anxiété, ou l'évitement des menaces perçues qui sont persistantes et handicapantes.(15)

La prévalence des troubles anxieux varie selon les régions du monde, allant de 2,1 % en Asie de l'Est à 6,1 % en Afrique du Nord/Moyen-Orient.(16)

Les rapports homme:femme de la prévalence sur toute la vie et sur 12 mois de tout trouble anxieux sont respectivement de 1:1,7 et 1:1,79. Les femmes ont des taux de diagnostic à vie plus élevés pour chacun des troubles anxieux examinés, à l'exception du trouble de l'anxiété sociale qui ne montrait aucune différence de prévalence selon le sexe.(17)

1.2 Nouveautés par rapport au DSM IV :

Contrairement au DSM IV-TR, le chapitre du DSM-5 consacré aux troubles anxieux ne comprend ni le trouble obsessionnel-compulsif (qui est inclus dans les troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés) ni le trouble de stress post-traumatique et le trouble de stress aigu (qui sont inclus dans les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress). Cependant, l'ordre séquentiel de ces chapitres dans le DSM-5 reflète les liens étroits qui les unissent.(18)

- **Agoraphobie, phobie spécifique et trouble d'anxiété sociale (phobie sociale)**(18)

Les critères d'agoraphobie, de phobie spécifique et de trouble d'anxiété sociale (phobie sociale) ont été modifiés. On a notamment supprimé l'exigence que les personnes de plus de 18 ans reconnaissent que leur anxiété est excessive ou déraisonnable.

Ce changement est fondé sur des preuves que les personnes atteintes de ces troubles surestiment souvent le danger dans les situations "phobiques" et que les personnes âgées attribuent souvent les peurs "phobiques" au vieillissement.

Au lieu de cela, l'anxiété doit être disproportionnée par rapport au danger réel ou à la menace dans la situation, après avoir pris en compte les facteurs contextuels culturels.

En outre, la durée de six mois, qui était limitée aux personnes de moins de 18 ans dans le DSM-IV, est désormais étendue à tout âge. Ce changement vise à minimiser le surdiagnostic des peurs passagères.

Les différents types de phobie spécifique, qui demeurent essentiellement inchangés, sont maintenant utilisés comme spécificateurs.(19)

Le spécificateur "généralisée" du DSM-IV disparaît. Un seul spécificateur demeure pour désigner un trouble dans lequel les peurs ne concernent que les situations de performance (parler ou performer devant une audience).(19)

- **Attaque de panique :(18)**

Les caractéristiques essentielles des attaques de panique restent inchangées, bien que la terminologie complexe du DSM-IV pour décrire les différents types de crises de panique (c'est-à-dire liée/déclenchée par une situation, prédisposée par une situation et inattendue/non déclenchée) soit remplacée par les termes attaques de panique attendues et inattendues.

Les attaques de panique servent de marqueur et de facteur pronostique de la gravité du diagnostic, de l'évolution et de la comorbidité dans toute une série de troubles, y compris les troubles anxieux.

Par conséquent, la crise de panique peut être listée comme un spécificateur applicable à tous les troubles du DSM-5.

- **Trouble panique et agoraphobie(18)**

Le trouble panique et l'agoraphobie ne sont plus liés dans le DSM-5. Ainsi, les anciens diagnostics du DSM-IV de trouble panique avec agoraphobie, trouble panique sans agoraphobie

et agoraphobie sans antécédents de trouble panique sont désormais remplacés par deux diagnostics, le trouble panique et l'agoraphobie, chacun ayant des critères distincts.

La coexistence du trouble panique et de l'agoraphobie est désormais codée par deux diagnostics. Ce changement reconnaît qu'un nombre important de personnes souffrant d'agoraphobie ne présentent pas de symptômes de panique.

Les critères diagnostiques de l'agoraphobie sont dérivés des descripteurs du DSM-IV pour l'agoraphobie, bien que l'approbation des peurs dans au moins deux situations d'agoraphobie soit désormais requise, car il s'agit d'un moyen robuste de distinguer l'agoraphobie des phobies spécifiques.

En outre, les critères de l'agoraphobie sont étendus pour être cohérents avec les ensembles de critères d'autres troubles anxieux (par exemple, le jugement du clinicien selon lequel les peurs sont disproportionnées par rapport au danger réel dans la situation, avec une durée typique de 6 mois ou plus).

1.3 Classification des troubles anxieux et critères diagnostiques :

La classification des TA, utilisée dans cette thèse, est basée sur celle du DSM-V publié en 2013 par l'Association Américaine de Psychiatrie. Les TA regroupent différentes maladies dont certaines, spécifiques aux enfants (anxiété de séparation, mutisme sélectif) ne seront pas développées dans ce travail.

a. Le Trouble d'anxiété sociale :

Le trouble d'anxiété sociale (TAS) se caractérise par une peur excessive de l'embarras, de l'humiliation ou du rejet lorsqu'il est exposé à d'éventuelles évaluations négatives des autres lors de représentations publiques ou d'interactions sociales. (20)

La prévalence sur 12 mois est de 8 % chez les adultes.(20)

Le diagnostic de l'anxiété sociale repose sur la présence des critères établies dans le DSM 5. (Tableau IV)

Tableau IV : Critère diagnostique DSM 5 Anxiété sociale (21)

A. L'anxiété sociale consiste en une peur sans fondement réel de l'évaluation négative par autrui au cours d'une interaction sociale : avoir une conversation, rencontrer des personnes inconnues, être observé en train de manger ou de boire, ou de prendre la parole en public — ce que l'on appelle également l'anxiété de performance.
B. La personne craint d'agir et de montrer des symptômes d'anxiété qui seront jugés négativement par les autres.
C. Les situations sociales provoquent presque toujours une gêne et une anxiété.
D. Les situations sociales sont évitées ou subies avec peur ou une anxiété intense.
E. La peur et l'anxiété sont disproportionnées par rapport au danger réel et au contexte socioculturel.
F. Le trouble doit durer plus de six mois.
G. Le trouble s'accompagne souvent d'un sentiment de détresse entraînant une gêne dans les contacts sociaux ou la vie professionnelle.
H. Le trouble n'est pas dû à un abus de substance ou un médicament.
I. L'anxiété sociale n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental.
J. S'il existe une affection médicale, l'anxiété sociale est non liée à cette maladie ou est excessive.
Il faut spécifier si la phobie sociale se limite à une seule situation, par exemple parler en public.

b. Le trouble panique :

Le trouble panique et les attaques de panique représentent deux des problèmes les plus courants rencontrés dans le monde de la psychiatrie. L'attaque de panique est une entité distincte du trouble panique, bien qu'elle soit caractérisée par des attaques de panique récurrentes et inattendues.

Les attaques de panique sont définies par le (DSM) comme "une brusque poussée de peur ou de malaise intense" atteignant un pic en quelques minutes. Quatre ou plus d'un ensemble spécifique de symptômes physiques accompagnent une attaque de panique.(13)

Les attaques de panique peuvent survenir aussi souvent que plusieurs fois par jour ou aussi rarement que quelques attaques par an. L'une des caractéristiques du trouble panique est que les attaques surviennent sans prévenir. Il n'y a souvent pas de déclencheur spécifique pour une attaque de panique.

Les patients souffrant de ces attaques s'auto-perçoivent comme un manque de contrôle. Les attaques de panique ne sont toutefois pas limitées au trouble panique.(22)

La prévalence sur la vie entière du TP varie entre 1 et 3 % selon les études en population générale. Il est plus fréquent en population féminine. L'âge de début se situe typiquement entre 20 et 30 ans. Cependant, on retrouve également des débuts plus précoces à l'adolescence et sporadiquement à tout âge de la vie.(23)

Le diagnostic du trouble panique est établi en se basant sur la présence des critères définis dans le DSM-5 cité dans le tableau ci-dessous. (Tableau V)

Tableau V : Critères diagnostiques du trouble panique(24)

<p>A. Attaques de panique récurrentes et inattendues 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) des symptômes suivants :</p>
<p>N.B. : La montée brusque peut survenir durant un état de calme ou d'anxiété</p>
<p>1. Palpitations, battements de cœur sensibles ou accélération du rythme cardiaque</p>
<p>2. Transpiration</p>
<p>3. Tremblements ou secousses musculaires</p>
<p>4. Sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement</p>
<p>5. Sensation d'étranglement</p>
<p>6. Douleur ou gêne thoracique</p>
<p>7. Nausée ou gêne abdominale</p>
<p>8. Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement</p>
<p>9. Frissons ou bouffées de chaleur</p>
<p>10. Paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements)</p>
<p>11. Déréalisation (sentiments d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi)</p>
<p>12. Peur de perdre le contrôle de soi ou de « devenir fou »</p>
<p>13. Peur de mourir</p>
<p>N.B. : Des symptômes en lien avec la culture (p ex acouphènes, douleur au cou, céphalées, cris ou pleurs incontrôlables) peuvent être observés De tels symptômes ne peuvent pas compter pour un des quatre symptômes requis</p>
<p>B. Au moins une des attaques a été suivie par une période d'un mois (ou plus) de l'un ou des deux symptômes suivants :</p>
<p>1. Crainte persistante ou inquiétude d'autres attaques de panique ou de leurs conséquences (p ex perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »)</p>
<p>2. Changement de comportement significatif et inadapté en relation avec les attaques (p ex comportements en lien avec l'évitement du déclenchement d'une attaque de panique, tels que l'évitement d'exercices ou de situations non familières)</p>
<p>C. 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, affection cardiopulmonaire)</p>
<p>D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p ex l'attaque de panique ne survient pas exclusivement en réponse à des situations sociales redoutées comme dans l'anxiété sociale, ou en réponse à des objets ou situations phobogènes spécifiques, comme dans la phobie spécifique, ou en réponse à des obsessions, comme dans un trouble obsessionnel-compulsif, ou en réponse à un rappel d'événements traumatiques, comme dans un trouble stress post-traumatique, ou en réponse à la séparation des figures d'attachement, comme dans l'anxiété de séparation).</p>

c. Agoraphobie :

L'agoraphobie est définie comme "une peur ou une anxiété marquée à l'égard d'une exposition réelle ou anticipée à des espaces publics, les symptômes de peur ou d'anxiété se manifestant la plupart du temps dans au moins deux des cinq situations courantes et différentes". (25)

Pour répondre aux critères du diagnostic, une personne doit à la fois craindre l'exposition aux lieux publics et tenter activement d'éviter ces situations, par des modifications comportementales ou cognitives. Cette peur ou cette anxiété ne doivent pas s'inscrire dans le cadre d'une menace réaliste, s'expliquer par le contexte socioculturel ou se produire dans le cadre d'une consommation ou d'un sevrage de substances psychoactives.[2]

Pour diagnostiquer formellement l'agoraphobie chez un patient, les critères diagnostiques ci-dessous doivent être présents. (Tableau VI)

Tableau VI : Critères diagnostiques de l'agoraphobie(24)

A. Peur ou anxiété marquées pour deux (ou plus) des cinq situations suivantes :
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
B. 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 incapacitants ou embarrassants (p ex peur de tomber chez les personnes âgées, peur d'une incontinence)
C. Les situations agora phobogènes provoquent presque toujours une peur ou de l'anxiété
D. Les situations agora phobogènes sont activement évitées, nécessitent la présence d'un accompagnant, ou sont subies avec une peur intense ou de l'anxiété
E. La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport au danger réel lié aux situations agora phobogènes et compte tenu du contexte socioculturel
F. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant typiquement 6 mois ou plus
G. La peur, l'anxiété ou l'évitement causent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants
H. Si une autre affection médicale (p ex maladie inflammatoire de l'intestin, maladie de Parkinson) est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement excessifs
I. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental ; par exemple, les symptômes ne sont pas limités à une phobie spécifique, de type situationnel, ne sont pas uniquement présents dans des situations sociales (comme dans l'anxiété sociale) et ne sont pas liés exclusivement à des obsessions (comme dans le trouble obsessionnel-compulsif), à des perceptions de défauts ou d'imperfections dans l'apparence physique (comme dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle), à des rappels d'événements traumatiques (comme dans le trouble stress post-traumatique) ou à une peur de la séparation (comme dans l'anxiété de séparation)
N.B. : 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.

d. La phobie spécifique :

La phobie spécifique se manifeste par des niveaux élevés d'anxiété ainsi qu'une peur excessive et déraisonnable due à l'exposition à un stimulus phobique, à l'anticipation de l'exposition à un stimulus phobique et même au fait de parler du stimulus redouté. En

conséquence, un comportement d'évitement du stimulus anxiogène dans toute la mesure du possible se développe. (26)

Au cours de leur vie, 10 à 12 % des sujets présenteront une phobie spécifique.(23)

De nombreux patients ont de lourds antécédents familiaux de phobie spécifique. Cependant, d'autres études doivent être menées pour exclure la transmission non génétique des phobies spécifiques.(27)

Il existe une forte tendance familiale dans le type de phobie des blessures par injection de sang. Les phobies spécifiques peuvent être classées dans les sous-catégories suivantes : (12)

- Animaux (araignées, insectes, chiens).
- Type d'environnement naturel (hauteurs, tempêtes, eau)
- Type de blessure par injection de sang (aiguilles, procédures médicales invasives)
- Type de situation (avions, ascenseurs, espaces clos)
- Autres types de phobies qui n'entrent pas dans les 4 catégories précédentes

Pour qu'une personne reçoive un diagnostic de phobie spécifique, les critères diagnostiques suivants, selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM-5), doivent être satisfaits : (Tableau VII)

Tableau VII : Critère diagnostique de la phobie spécifique(24)

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) N.B. : Chez les enfants, la peur ou l'anxiété peut s'exprimer par des pleurs, des accès de colère, des réactions de figement ou d'agrippement.
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€ ou vécu€ 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 socioculturel
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 posttraumatique), 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)

e. Le trouble d'anxiété généralisée :

Le trouble d'anxiété généralisé est l'un des troubles mentaux les plus courants. Jusqu'à 20% des adultes sont affectés par des troubles anxieux chaque année. Le trouble d'anxiété généralisée engendre la peur, l'inquiétude et un sentiment constant d'être dépassé. Le trouble d'anxiété généralisée se caractérise par une inquiétude persistante, excessive et irréaliste à propos des choses du quotidien.(28)

Cette inquiétude peut être multifocale, comme les finances, la famille, la santé et l'avenir. Elle est excessive, difficile à contrôler et s'accompagne souvent de nombreux symptômes psychologiques et physiques non spécifiques. L'inquiétude excessive est la caractéristique centrale du trouble d'anxiété généralisée.(28)

Ce trouble est fréquent puisque sa prévalence sur la vie entière en population générale est d'environ 5 %. On retrouve une prédominance féminine (2 femmes pour un homme). Le TAG peut débuter à tout âge de la vie, mais le plus souvent il apparaît vraiment autour de 35-45 ans. (23)

Le patient doit remplir les critères diagnostiques cité ci-dessous (Tableau VIII) :

Tableau VIII : Critères diagnostiques de l'anxiété généralisée(29)

A. Une anxiété excessive et des inquiétudes concernant divers événements se produisent plus de jours que pas pendant au moins 6 mois.
B. La personne éprouve des difficultés à contrôler ces inquiétudes.
C. L'anxiété et les inquiétudes sont associées à au moins trois des six symptômes suivants (un seul symptôme est requis chez les enfants) : a. Agitation ou sensation d'être sur les nerfs b. Facilité à se fatiguer. c. Difficulté à se concentrer. d. Irritabilité e. Tension musculaire. 6. Perturbation du sommeil.
D. L'anxiété, les inquiétudes ou les symptômes physiques associés causent une détresse cliniquement significative ou une altération dans des domaines importants du fonctionnement.
E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance ou d'une condition médicale.
F. La perturbation ne peut pas être expliquée de manière plus appropriée par un autre trouble mental.

2. Echelles d'évaluation des troubles anxieux :

Afin d'évaluer la sévérité et l'évolutivité des troubles anxieux, différentes échelles ont été développés. Il peut s'agir d'un questionnaire d'auto-évaluation (rempli par le patient lui-même) ou d'hétéroévaluation.

2.1 Echelle PDSS « Panic Disorder Severity Scale »:

L'échelle de gravité du trouble panique (PDSS) (annexe 3) est une échelle d'auto-évaluation qui mesure la gravité des attaques de panique et des symptômes du trouble panique. Elle est appropriée pour les adolescents (13+) et les adultes.(30)

L'échelle est un moyen utile d'évaluer la gravité globale du trouble panique au départ, et elle fournit un profil de la gravité des différents symptômes du trouble panique. C'est un bon outil de suivi car il est bref et sensible au changement, et peut être utilisé pour suivre les symptômes dans le temps.(31)

L'échelle se compose de sept items, chacun est évalué sur une échelle de 5 points. Les items évaluent la fréquence de la panique, la détresse pendant la panique, l'anxiété anticipée centrée sur la panique, l'évitement phobique des situations, l'évitement phobique des sensations physiques, l'altération du fonctionnement au travail et l'altération du fonctionnement social.(32)

2.2 Questionnaire des peurs « Fear Questionnaire » :

Le FQ (annexe 4) est un outil d'auto-évaluation fréquemment utilisé, qui se compose de 24 questions conçues pour évaluer la gravité des phobies courantes, le développement et l'évolution des symptômes phobiques et de la dépression et de l'anxiété associées.(33)

L'échelle de phobie totale (le score le plus fréquemment cité) contient 15 items et produit 3 sous-échelles (agoraphobie, phobie des lésions sanguines et phobie sociale).(33)

L'échelle fournit également un indice global de détresse phobique à 1 élément et un indice d'anxiété à 5 éléments et la sous-échelle Anxiété/Dépression à 5 items.

Les sous-échelles d'agoraphobie et de phobie sociale du FQ sont les plus couramment utilisées et sert à distinguer les patients ayant un trouble panique, de ceux avec l'agoraphobie et la phobie sociale.

Sous-échelle FQ anxiété/dépression peut fournir des données supplémentaires utiles, mais susceptibles d'enregistrer une anxiété générale plutôt que de servir de mesure sensible de l'un des troubles.(30)

2.3 Echelle des phobies sociales de Liebowitz :

Il s'agit d'une échelle populaire de 24 items, qui peut être utilisé en auto et hétéro évaluation, conçue pour mesurer la peur, la dépression et l'évitement chez les patients souffrant de phobie sociale. L'instrument contient 2 sous-échelles : interaction sociale (11 items) et performance (13 items).(34)

L'échelle LSAS (annexe 5) est l'un des deux instruments administrés par un clinicien pour évaluer la phobie sociale (l'autre étant la Brief Social Phobia Scale ou BSPS, plus concise).

L'échelle LSAS semble être une mesure relativement fiable, valide et sensible au traitement de la phobie sociale.(30)

2.4 Echelle d'anxiété de Hamilton :(35)

L'échelle de Hamilton (annexe 7) est l'un des instruments d'hétéroévaluations les plus utilisés.

Ce questionnaire se compose de 14 éléments qui couvrent à la fois les symptômes psychologiques et somatiques, y compris :

- L'humeur anxieuse,
- La tension (y compris la réaction de sursaut, la fatigabilité, l'agitation),
- Les peurs (y compris de l'obscurité/des étrangers/des nuages),
- L'insomnie,
- Les symptômes "intellectuels" (mauvaise mémoire/difficulté de concentration),
- L'humeur dépressive (y compris l'anhédonie),
- Les symptômes somatiques (les douleurs, la raideur, le bruxisme) ;
 - Sensoriels (acouphènes, vision trouble) ;
 - Cardiovasculaires (tachycardie et palpitations) ;
 - Respiratoires (oppression thoracique, étouffement) ;
 - Gastro-intestinaux (syndrome du côlon irritable)
 - Génito-urinaires (fréquence urinaire, perte de libido) ;
 - Autonomes (sécheresse de la bouche, céphalées de tension)

2.5 Echelle HAD « the Hospital Anxiety and Depression Scale »:

L'HADS (annexe 8) est un instrument d'auto-évaluation en 14 points, conçu pour dépister la présence des symptômes de dépression et d'anxiété et d'évaluer la gravité au cours de la semaine écoulée chez les patients médicaux.

L'instrument possède une sous-échelle de dépression de 7 items (HADS-D) et une sous-échelle d'anxiété à 7 items (HADS-A) qui omettent toutes deux les symptômes somatiques afin de réduire la probabilité de diagnostics faux-positifs.

L'échelle HAD est un outil de dépistage bref et utile des symptômes de la dépression et de l'anxiété chez les patients atteints de maladies physiques.(35)

2.6 Echelle de COVI :

Le COVI (annexe 9) est une échelle simple d'hétéroévaluation de 3 items côtés de 0 (inexistant) à 4 (énorme) qui évalue la sévérité de l'anxiété en fonction des déclarations verbales du patient, de son comportement et de ses symptômes somatiques.(30)

2.7 L'échelle GAD-7 : (36)

L'échelle du Trouble d'Anxiété Généralisée (GAD-7) (annexe 11) a été développée dans le but de dépister et d'évaluer la gravité des symptômes du TAG, tant dans les contextes cliniques que de recherche.(37)

Les propriétés psychométriques de cette échelle ont été évaluées dans divers échantillons de patients, y compris des patients en soin primaires (38,39), des patients psychiatriques(40,41), des patients souffrant de dépendance,(42) des femmes enceintes(43,44) et des patients de consultations externes.(43-45)

Le GAD-7 a également montré de solides propriétés psychométriques dans différentes populations issues de différentes cultures et pays.(46-50)

Elle se compose de sept questions qui interrogent sur la fréquence de certains symptômes d'anxiété au cours des deux dernières semaines. Chaque question est évaluée sur

une échelle de 0 à 3, les scores plus élevés indiquant des symptômes plus graves. Le score total varie de 0 à 21.

2.8 Questionnaire d'anxiété de Beck (BAI) :

Le BAI (Inventaire d'anxiété de Beck) (annexe 12) est un outil d'auto-évaluation conçu pour évaluer l'anxiété, en mettant particulièrement l'accent sur les symptômes somatiques, et a été spécifiquement développé pour différencier l'anxiété de la dépression .(51)

Le questionnaire englobe l'évaluation de symptômes tels que la nervosité, les vertiges et l'incapacité à se détendre, entre autres, comprenant un total de 21 éléments.

Les répondants doivent indiquer dans quelle mesure ils ont éprouvé chaque symptôme au cours de la semaine précédente. Leurs réponses sont évaluées sur une échelle de Likert à 4 points, allant de 0 (pas du tout) à 3 (gravement).(35)

3. Prise en charge des troubles anxieux :

La prise en charge des troubles anxieux joue un rôle crucial dans l'amélioration de la qualité de vie des patients.

Face à l'impact considérable de ces troubles, les approches de traitement se sont développées, avec la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) se démarquant comme l'une des méthodes les plus efficaces.

La TCC, axée sur la compréhension des interactions entre les pensées, les émotions et les comportements, offre des outils puissants pour identifier, remettre en question et changer les schémas de pensée et les comportements mal adaptés associés à l'anxiété. Elle intègre des techniques telles que la psychoéducation, la restructuration cognitive, l'exposition graduée, la relaxation, et l'apprentissage de compétences de gestion du stress.

La personnalisation de la thérapie en fonction des besoins spécifiques de chaque individu est essentielle pour maximiser son efficacité.

Outre la TCC, d'autres approches incluent la pharmacothérapie, qui peut être recommandée en fonction de la sévérité des symptômes, tels que les antidépresseurs et les anxiolytiques, peuvent aider à atténuer les symptômes, mais la combinaison des deux volets est souvent considérée comme une approche complète et optimale.

3.1 Objectifs thérapeutiques :

Selon la haute Autorité de Santé (HAS), la prise en charge des TA a comme objectifs généraux :(52)

- Diagnostique des troubles anxieux – trouble d'anxiété généralisée, phobies, trouble panique, agoraphobie- et évaluer la gravité.
- Identification des comorbidités, en particulier le syndrome dépressif associé et dépendance ou abus (alcool, benzodiazépines).
- Identification d'éventuelles comorbidités somatiques.
- Évaluation l'impact du trouble anxieux.
- Évaluation de la nécessité d'une consultation psychiatrique.
- Information du patient de la nature, du développement et du traitement du trouble anxieux.
- Création d'un programme de soins clair avec le patient.

Le médecin traitant est le plus souvent contacté en premier. Un psychiatre peut ou doit être appelé en cas de :

- Syndrome dépressif associé et risque suicidaire ;
- Forme récurrente, résistante aux traitements ou chronique ;
- Symptômes psychotiques ;
- Abus ou dépendance de psychotropes ou d'alcool ;
- Difficulté diagnostique ;
- Symptômes sévères ou complexes (une combinaison de différents troubles anxieux);
- Troubles de la personnalité associés.

Le diagnostic des troubles anxieux porte sur 2 étapes :

- L'anamnèse minutieuse recherchant :
- L'examen clinique complété si besoin par des examens complémentaires afin d'éliminer une pathologie organique (cardiaque, pulmonaire, endocrinienne, neurologique, ORL, digestive, hématologique, etc.)

Ci-dessous répertorie les investigations potentielles qui peuvent être envisagées en fonction de la présentation du patient et des symptômes spécifiques (par exemple, des étourdissements ou une tachycardie) (53,54).

Tableau IX : Examen de laboratoire de base

Examens de laboratoire de base :
<ul style="list-style-type: none">• Numération de la formule sanguine• Glycémie à jeun• Profil lipidique à jeun (CT, LDL, HDL, TG)• Hormone thyroïdienne (TSH)• Ionogramme• Bilans hépatiques

3.2 Les choix thérapeutiques :

Les options thérapeutiques pour les TA comprennent des traitements psychologiques et pharmacologiques.

Tous les patients doivent être informés de leur trouble, l'efficacité (y compris le délai d'apparition des effets thérapeutiques) et la tolérabilité des traitements choisis, les facteurs aggravants et les signes de rechute. Des informations sur des supports d'auto-assistance, tels que des livres ou des sites web, peuvent également être utiles.(53)

Le choix d'un traitement psychologique ou pharmacologique dépend de facteurs tels que la préférence et la motivation du patient, sa capacité à s'engager dans le traitement, la gravité de la maladie, les compétences et l'expérience des cliniciens, la disponibilité des traitements psychologiques, les antécédents du patient en matière de traitement, la réponse antérieure du patient au traitement et la présence de comorbidités.(53)

a. Traitement non médical :

Plusieurs psychothérapies peuvent être proposées parmi lesquelles on cite :

- **La thérapie cognitivo-comportementale (TCC)** prouvée efficace dans le traitement des troubles anxieux (55). Elle désigne une classe d'interventions basées sur des connaissances scientifiques, visant à manipuler directement les schémas de pensées dysfonctionnels et les comportements problématiques afin de réduire la souffrance psychologique. Son objectif est d'alléger la détresse en ciblant et en modifiant les pensées, croyances et comportements mal adaptés qui contribuent à la souffrance ou à l'altération du fonctionnement. En traitant ces facteurs cognitifs et comportementaux, la TCC vise à favoriser des stratégies d'adaptation positives, à améliorer le bien-être émotionnel et à renforcer le fonctionnement global.(56)
- **La thérapie d'exposition** est particulièrement efficace pour les phobies spécifiques, le trouble panique et le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Elle expose progressivement le patient aux stimuli ou situations qui déclenchent l'anxiété, permettant ainsi de désensibiliser la réaction anxieuse.
- **Thérapie Interpersonnelle (TIP)** : La TIP se concentre sur les relations interpersonnelles et peut être utile pour les troubles anxieux qui ont des composantes relationnelles significatives. Elle vise à améliorer les compétences en communication et à résoudre les problèmes interpersonnels pouvant contribuer à l'anxiété.
- **Thérapie Dialectique Comportementale (TDC)** : La TDC est une forme de thérapie qui intègre des techniques de régulation émotionnelle, de pleine conscience et d'acceptation pour traiter les troubles anxieux, en particulier le trouble de la personnalité limite.
- **Thérapie des Schémas** : La thérapie des schémas se concentre sur la modification des schémas cognitifs mal adaptés acquis au fil du temps. Elle est souvent utilisée pour traiter les troubles anxieux associés à des schémas de pensée profonds et persistants.

- **La thérapie « self help »** est une approche efficace pour réduire les troubles anxieux. Dans cette méthode, le patient reçoit des instructions étape par étape sur la manière d'appliquer une procédure de traitement psychologique généralement acceptée par lui-même.(57)
- **La psychothérapie dynamique** également connue sous le nom de « *insight-oriented therapy* », permet aux patients de manifester les conflits non résolus et les symptômes découlant de troubles relationnels passés à travers leur propre comportement inconscient, et de revivre leurs comportements liés à la peur antérieurs.(58) La place de la psychanalyse dans le traitement des troubles anxieux est un sujet débattu au sein de la communauté professionnelle, une méta-analyse a révélé que la psychothérapie dynamique ne différait pas significativement des autres formes de psychothérapie chez les patients atteints d'anxiété(59).
- **La thérapie de désensibilisation et de retraitement des mouvements oculaires (EMDR)** s'est révélée prometteuse dans le traitement des troubles anxieux(60-62). La thérapie EMDR, qui implique une stimulation bilatérale répétitive, telle que les mouvements oculaires, s'est révélée efficace pour gérer des affections telles que le trouble panique, le trouble d'anxiété généralisée (63).
- **Les techniques de relaxation** (état de détente physique et mentale qui se caractérise par une diminution du tonus musculaire et de la tension nerveuse) et **l'hypnothérapie** (thérapie non pharmacologique qui utilise l'hypnose comme suggestion à l'inconscient) se sont révélées efficaces pour réduire les symptômes d'anxiété chez diverses populations. L'hypnothérapie combinée à la thérapie cognitive s'est révélée efficace dans le traitement des troubles anxieux, comme l'ont démontré Zhang et Gao. (64)

b. Le traitement médical :

La pharmacothérapie dans les troubles anxieux repose sur :

❖ Les antidépresseurs :

- **Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA)** constitue le traitement de première intention en raison d'une efficacité évidente et d'une bonne tolérance. (65)

L'instabilité, l'augmentation des symptômes d'anxiété, l'insomnie ou les maux de tête dans les premiers jours ou les premières semaines du traitement peuvent compromettre l'observance du traitement. L'abaissement de la dose initiale d'ISRS ou d'IRSNa peut réduire cette surstimulation. D'autres effets secondaires nausées (il est donc recommandé de le prendre après un repas), de la fatigue et des vertiges. L'effet anxiolytique peut commencer avec un délai de 2 à 4 semaines (dans certains cas jusqu'à 6 ou 8 semaines). Les effets secondaires à long terme à long terme comprennent des dysfonctionnements sexuels et une prise de poids.(66)

- **Les antidépresseurs tricycliques (ADT)** sont également utilisés pour le traitement des troubles anxieux, principalement pour les patients qui ne répondent pas au traitement de première intention ou qui le tolèrent mal en raison d'une fréquence élevée d'effets secondaires intolérables.(67)

❖ Les anxiolytiques :

- La **buspirone** présente des effets anxiolytiques avec moins de somnolence, de relaxation musculaire ou d'effet anticonvulsivant ainsi qu'elle n'entraîne ni de dépendance ni de symptômes de sevrage lorsqu'on arrête le traitement contrairement aux benzodiazépines.(68) La dose doit être titrée de façon très progressive et il faut tenir compte d'un délai d'entrée en action de 10 à 14 jours.(69)
- **Les benzodiazépines** ont un effet anxiolytique immédiatement. Contrairement aux antidépresseurs, ils ne provoquent ni agitation ni de nervosité au début du traitement. Cependant, leur utilisation nécessite une évaluation attentive du rapport bénéfice-risque en raison du risque de dépendance, et on cherche à les limiter à des périodes de

traitement courtes.(69) Les benzodiazépines peuvent être administrées pendant quelques jours jusqu'à un maximum de 3 à 4 semaines (70) pour combler le délai d'action des ISRS ou pour atténuer les états d'anxiété/nervosité qui peuvent parfois accompagner le début de leur utilisation.

- **L'hydroxyzine**, un antihistaminique de première génération de type H1, est utilisé comme sédatif, antiprurigineux et anxiolytique. Sa prescription est limitée à une durée maximale de douze semaines. Bien qu'elle n'entraîne pas de dépendance physique ou psychologique, certains de ses effets indésirables sont particulièrement importants. Par conséquent, son utilisation est contre-indiquée en cas de glaucome par fermeture d'angle ou de troubles uréthro-prostatiques en raison de ses effets anticholinergiques. De plus, l'hydroxyzine doit être utilisée avec prudence en raison du risque d'allongement de l'intervalle QT. (65) Si les effets sédatifs sont recherchés, l'hydroxyzine serait une meilleure option que les benzodiazépines.(66)
- ❖ La phytothérapie : La phytothérapie est un domaine de la médecine qui utilise les plantes soit pour traiter les maladies, soit comme agents favorisant la santé : (71)
 - **Ashwagandha (Withania somnifera)** : l'extrait de la racine de cette plante à des doses de 300 mg à 600 mg par jour est provisoirement recommandé pour une monothérapie ou une utilisation adjointe (en association avec un "traitement habituel") dans le trouble d'anxiété généralisée.(72)
 - **La lavande** à des doses de 80 mg à 160 mg par jour d'une huile spécialisée (sous forme de capsule) ou de 500 mg à 1,5 g de fleurs séchées (de préférence sous forme de formulations standardisées), deux fois par jour, est provisoirement recommandée pour une monothérapie ou une utilisation adjointe (en association avec un "traitement habituel") dans le TAG. (72) Elle possède des effets thérapeutiques dans le traitement des symptômes somatiques, y compris l'insomnie et la fatigue, ainsi que sur l'altération de la santé physique chez les patients souffrant de troubles anxieux.(73)

Tableau X : Recommandations de dosage pour le traitement pharmacologique des troubles anxieux.(74)

Traitement	Exemple	Dose journalière recommandée pour l'adulte
ISRS	Citalopram	20-40 mg
	Escitalopram	10-20 mg
	Fluoxétine	20-40 mg
	Fluvoxamine	100-300 mg
	Paroxétine	20-60 mg
	Sertraline	50-200 mg
IRSNa	Venlafaxine	75-225 mg
	Duloxétine	60-120 mg
ADTs	Amitriptyline	75-150 mg
	Clomipramine	75-250 mg
	Imipramine	75-250 mg
	Desipramine	100-300 mg
	Lofepramine	70-210 mg
Benzodiazépines	Alprazolam	1.5-8 mg
	Bromazépam	1.5-6 mg
	Clonazépam	1-4 mg
	Diazépam	5-20 mg
	Lorazépam	2-8 mg
Antihistaminique	Hydroxyzine	37.5-75 mg
Azapirone	Buspirone	15-60 mg

Les doses recommandées sont citées si dessus. (Tableau X)

Concernant la durée de traitement pharmacologique pour les troubles anxieux, il est recommandé de poursuivre la thérapie d'entretien avec un ISRS ou un IRSNa au moins 6 à 12 mois après la fin de la phase aiguë, à la dose finale efficace qui a été atteinte. (74,75)

Toute tentative d'arrêt de la médication doit être progressive, par exemple, sur une période de 12 semaines si la durée du traitement jusqu'à présent a été de 40 semaines.(75,76)

3. 3 Recommandations pour chaque trouble :

a. Le trouble d'anxiété sociale :

Les psychotropes et la TCC sont des options de première intention efficaces pour le traitement du TAS, et peuvent être utilisés seuls ou en combinaison selon la situation individuelle.(77)

La tolérabilité chez un patient individuel semble être le facteur le plus critique pour guider la sélection d'un médicament spécifique.

Les approches pharmacothérapeutiques devraient commencer en première intention par un antidépresseur ISRS (l'escitalopram, la fluvoxamine, la paroxétine, la sertraline) ou IRSNa (la venlafaxine) (53,66,74,77).

En cas de réponse insuffisante aux doses optimales ou d'une mal tolérance du médicament, le patient devrait être basculé vers un autre antidépresseur de première intention avant de considérer une option de deuxième intention, telle que la gabapentine ou la phénelzine. (74,77)

Des problèmes non résolus persistent concernant la posologie quotidienne optimale et, surtout, concernant la durée de traitement la plus adéquate. Cette dernière devrait être de 6 à 12 mois selon la plupart des directives, qui ne fournissent pas de recommandations plus précises.

En ce qui concerne la psychothérapie, diverses techniques et modalités de TCC (thérapie par exposition, thérapie cognitive, groupe vs individuel, etc.) se sont avérées efficaces,(74,77) sans supériorité claire de l'une par rapport aux autres. La prise en charge de la phobie sociale uniquement avec des médicaments versus la TCC uniquement, versus leur combinaison, reste sujet à débat avec des résultats non conclusifs.

Les méta-analyses et les directives tendent à proposer la psychothérapie comme traitement de première intention, essentiellement basé sur une perspective à long terme.(77-80).

En effet, les études de suivi suggèrent une meilleure maintenance des gains thérapeutiques et une protection contre les rechutes avec la psychothérapie par rapport aux traitements médicamenteux. (53,77)

Tableau XI : Protocole de la TCC pour le TAS

Protocole de TCC pour le Trouble d'anxiété Sociale
<p>1. Évaluation initiale :</p> <p>a. Entretien avec le thérapeute pour comprendre les antécédents personnels, familiaux et médicaux.</p> <p>b. Utilisation d'outils d'évaluation standardisés pour mesurer le niveau d'anxiété sociale.</p>
<p>2. Objectifs de la thérapie : Identification des objectifs spécifiques à traiter au cours de la thérapie (ex. : réduire l'anxiété dans les situations sociales, améliorer la confiance en soi, etc.).</p>
<p>3. Psychoéducation :</p> <p>a. Informations sur le trouble d'anxiété sociale et ses mécanismes.</p> <p>b. Éducation sur les pensées automatiques négatives et les schémas cognitifs.</p>
<p>4. Techniques de relaxation et de gestion du stress :</p> <p>a. Enseignement de techniques de relaxation, telles que la respiration profonde, la relaxation musculaire progressive, etc.</p> <p>b. Apprentissage de stratégies de gestion du stress.</p>
<p>5. Exposition progressive :</p> <p>a. Identification des situations sociales provoquant de l'anxiété.</p> <p>b. Hiérarchisation des situations en fonction du niveau d'anxiété.</p> <p>c. Exposition progressive à ces situations, en commençant par les moins anxiogènes.</p>
<p>6. Restructuration cognitive :</p> <p>a. Identification des pensées automatiques négatives.</p> <p>b. Évaluation de la validité de ces pensées.</p> <p>c. Remplacement des pensées négatives par des pensées plus réalistes et positives.</p>
<p>7. Renforcement positif : Encouragement et renforcement positif des progrès réalisés, et développement de l'estime de soi et de la confiance en soi.</p>
<p>8. Entraînement aux compétences sociales :</p> <p>a. Développement de compétences sociales appropriées.</p> <p>b. Entraînement à la communication verbale et non verbale.</p>

Les ISRS seuls ou en association avec la psychothérapie sont généralement recommandés comme traitement de deuxième intention pour les personnes qui refusent la psychothérapie ou en cas de réponse insuffisante. Cependant, ces directives ne sont pas toujours basées sur des preuves cohérentes.(77)

b. Le trouble panique :

Les approches pharmacothérapeutiques devraient commencer par un agent de première intention. Si la réponse à la posologie optimale est insuffisante ou si l'agent n'est pas toléré, le traitement devrait être changé pour un autre agent de première intention avant de considérer les médicaments de deuxième intention.

Les options de première intention pour le traitement de trouble panique comprennent les antidépresseurs ISRS (citalopram, la fluoxétine, la fluvoxamine, la paroxétine, la sertraline, l'escitalopram) ou IRSNa (la venlafaxine XR). (53,66,74)

En 2ème intention, Il existe de bonnes preuves issues d'ECR pour soutenir l'utilisation des ADT (clomipramine et imipramine) dans le trouble panique.(53) Dans les méta-analyses, les ADT ont démontré leur efficacité dans le traitement des symptômes de panique(53,81-83). L'efficacité est généralement équivalente à celle des ISRS. Cependant, étant donné que les ADT ont tendance à être moins bien tolérés et à présenter des taux d'arrêt plus élevés que les ISRS (53,81), ils sont recommandés comme une option de deuxième ligne.

Benzodiazépines : L'alprazolam, le clonazépam, le lorazépam, et le diazépam ont démontré leur efficacité dans le traitement du trouble panique (53,74). Bien que les benzodiazépines soient des options de deuxième intention, elles peuvent être utiles à tout moment de la thérapie pour la gestion à court terme de l'agitation ou de l'anxiété aiguë ou sévère. Elles peuvent également être utiles au début d'un traitement par ISRS pour accélérer la réponse (53,84-86).

Les patients qui ne réagissent pas aux médicaments de première ou de deuxième intention sont considérés comme ayant une maladie réfractaire au traitement. Dans de tels cas, il est important de réévaluer le diagnostic et de prendre en compte les conditions médicales concomitantes (comme les maladies cardiaques ischémiques) et les troubles psychiatriques (comme les troubles liés à la consommation de substances) qui pourraient avoir une incidence sur la réponse à la thérapie.(53)

Lors des crises de panique aiguës, la simple réassurance du patient peut être suffisante dans la plupart des cas. En cas de crises graves, des benzodiazépines à action rapide peuvent être nécessaires.(74)

Pour le traitement à long terme, le trouble panique suit souvent un schéma de gravité fluctuante. Une fois que les symptômes se sont améliorés, il est recommandé de poursuivre le traitement pendant plusieurs mois pour éviter une réapparition des symptômes.(74)

La psychothérapie peut inclure des techniques de relaxation, la restructuration cognitive, y compris la TCC, et la thérapie par exposition.(87,88)

Parmi les techniques de psychothérapie étudiées pour le TP, la TCC semble être la plus efficace. Des preuves limitées suggèrent que la TCC sur Internet avec le soutien d'un thérapeute, qui peut étendre l'accès à la thérapie, est efficace, bien que les comparaisons avec d'autres thérapies soient limitées. (74,88-90)

La TCC a des résultats positifs à court et à long terme pour la plupart des troubles anxieux, bien qu'elle puisse ne pas avoir autant de bénéfices à long terme pour le TP.(88,91)

Tableau XII : Protocole de la TCC pour le TP

Protocole de TCC pour le Trouble Panique :	
1. Évaluation initiale :	Entretien approfondi pour comprendre les antécédents, et utilisation d'outils d'évaluation standardisés pour mesurer la fréquence et la gravité des attaques de panique.
2. Psychoéducation :	Informations sur le trouble panique, les symptômes physiques et cognitifs associés avec exploration des croyances erronées concernant les attaques de panique.
3. Enseignement des signaux précoces :	a. Identifier les signaux physiques et cognitifs précoces d'une attaque de panique. b. Apprendre à reconnaître ces signaux pour intervenir avant que l'attaque ne s'intensifie.
4. Respiration contrôlée :	a. Enseignement de techniques de respiration diaphragmatique pour contrôler l'hyperventilation. b. Pratique régulière de la respiration contrôlée pour réduire l'anxiété.
5. Restructuration cognitive :	a. Identifier et examiner les pensées catastrophiques associées aux attaques de panique. b. Développer des pensées alternatives et réalistes pour réduire l'anxiété.
6. Exposition graduée :	a. Hiérarchisation des situations associées à l'anxiété. b. Exposition progressive à ces situations, en commençant par les moins anxiogènes.
7. Intéroception :	a. Sensibilisation aux sensations corporelles normales et aux sensations associées à l'anxiété, ainsi que d'apprendre à tolérer les sensations corporelles sans les interpréter comme dangereuses.
8. Séances de relaxation :	a. Enseignement de techniques de relaxation telles que la relaxation musculaire progressive, la visualisation, etc. b. Pratique régulière pour renforcer la capacité à se détendre.
9. Suivi et ajustement :	a. Évaluation régulière des progrès. b. Ajustement du traitement en fonction des besoins changeants.

La combinaison de traitements pharmacologiques et de la psychothérapie étant probablement plus efficace que chaque traitement individuel.(74,88,92,93)

c. L'agoraphobie :

Bien que le trouble panique et l'agoraphobie aient été différenciés, avec deux ensembles différents de critères diagnostiques, les algorithmes de traitement pour les deux restent similaires.

Les patients atteints d'agoraphobie légère à modérée peuvent choisir entre la psychothérapie et la pharmacothérapie pour obtenir une gestion adéquate des symptômes.(25,56)

Les études ont généralement conclu que la thérapie cognitivo-comportementale traite efficacement et soulage les symptômes ciblés, réduit d'autres symptômes d'anxiété et améliore la qualité de vie du patient. Pour les patients atteints de formes plus graves d'agoraphobie ou pour ceux qui préfèrent la pharmacothérapie à la psychothérapie, il existe plusieurs options efficaces pour la gestion médicamenteuse (25) parmi lesquelles on note :

- ❖ Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont généralement considérés comme une thérapie de première intention, avec des doses thérapeutiques identiques à celles de la dépression.(82)
- ❖ Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline (IRSN), les antidépresseurs tricycliques (ADT) et les benzodiazépines ont également été des alternatives efficaces aux ISRS dans le traitement de l'agoraphobie. (25,94,95)

Les ISRS sont généralement préférables à ces autres médicaments en raison de leur profil d'effets secondaires, de leur coût abordable, de leur disponibilité, de leur moindre potentiel d'abus et de leur meilleure tolérabilité.(25,82)

Il existe également des données suggérant que la combinaison de la TCC avec la pharmacothérapie peut être la plus efficace dans la gestion symptomatique de l'agoraphobie et du trouble panique.

Tableau XIII : Protocole thérapeutique TCC pour l'agoraphobie

Protocole thérapeutique TCC pour l'agoraphobie
<p>1. Évaluation initiale :</p> <ul style="list-style-type: none">- Elle comprend un entretien approfondi pour comprendre les antécédents personnels, familiaux et médicaux, ainsi que les circonstances entourant le développement de l'agoraphobie.- Utilisation d'outils d'évaluation tels que l'Échelle d'Anxiété d'Agoraphobie (AS-AS) ou d'autres questionnaires spécifiques pour mesurer la sévérité des symptômes.
<p>2. Psychoéducation :</p> <ul style="list-style-type: none">- Informations détaillées sur l'agoraphobie, y compris ses symptômes, ses causes potentielles et ses mécanismes sous-jacents.- Exploration des pensées catastrophiques et des croyances irrationnelles liées à l'anxiété dans des situations agoraphobiques.
<p>3. Hiérarchisation des situations :</p> <ul style="list-style-type: none">- Le thérapeute et le patient travaillent ensemble pour identifier et hiérarchiser les situations agoraphobiques en fonction du niveau d'anxiété qu'elles suscitent.- Cette hiérarchisation permet de planifier les expositions de manière progressive, en commençant par les situations moins redoutées.
<p>4. Exposition graduée :</p> <ul style="list-style-type: none">- Le patient est exposé de manière progressive aux situations agoraphobiques selon la hiérarchie établie.- Des exercices d'exposition graduée peuvent inclure des tâches telles que sortir de chez soi, prendre les transports communs, entrer dans des magasins, etc.- La désensibilisation systématique est utilisée pour réduire progressivement l'anxiété associée à ces expositions.
<p>5. Techniques de relaxation :</p> <ul style="list-style-type: none">- Enseignement de techniques de relaxation telles que la respiration profonde, la relaxation musculaire progressive, et la pleine conscience.- Le patient pratique ces techniques régulièrement pour renforcer sa capacité à se détendre lors des expositions.
<p>6. Restructuration cognitive :</p> <ul style="list-style-type: none">- Identification et remise en question des pensées automatiques négatives et irrationnelles liées à l'agoraphobie.- Développement de pensées alternatives et réalistes pour changer les modèles de pensée négatifs.
<p>7. Entraînement aux compétences sociales :</p> <ul style="list-style-type: none">- Développement de compétences sociales pour aider le patient à interagir avec les autres dans des environnements agoraphobiques.- Pratique de ces compétences dans des situations graduées pour accroître la confiance sociale.
<p>8. Suivi et ajustement :</p> <ul style="list-style-type: none">- Évaluation régulière des progrès à travers la hiérarchie des expositions.- Ajustement du plan de traitement en fonction des besoins spécifiques du patient et de la réponse individuelle aux techniques utilisées.- Identification des signes précurseurs de rechute. <p>Élaboration de stratégies pour faire face aux situations agoraphobiques sans déclencher de nouvelles peurs</p>

d. La phobie spécifique :

Seulement environ un dixième à un quart des personnes atteintes de phobies spécifiques finissent par recevoir un traitement (96,97), probablement parce que l'évitement peut réduire le stress et l'altération. Les facteurs prédictifs de la réception d'un traitement incluent une altération plus sévère, la présence de phobies particulières (par exemple, les personnes ayant des phobies de l'avion, des espaces clos ou des hauteurs sont plus susceptibles de rechercher un traitement) et un plus grand nombre de phobies.(97)

Les interventions psychosociales, en particulier les traitements basés sur l'exposition, sont les traitements de choix pour les phobies spécifiques associés à un haut degré de réussite dans leur rémission (53,97-99).

L'exposition in vivo et l'exposition à la réalité virtuelle (ERV) peuvent toutes les deux être efficaces (53,98,100,101), l'exposition in vivo s'étant révélée supérieure à d'autres types d'exposition (par exemple, imaginaire, réalité virtuelle, etc.) après le traitement mais pas après le suivi (101).

En général, la thérapie basée sur l'exposition s'est avérée plus efficace si les séances sont étroitement groupées, si l'exposition est prolongée(1-5 h)(74,102), si elle est réelle (et non imaginaire) et si elle est dispensée dans plusieurs environnements différents, et s'il y a un certain degré d'implication du thérapeute (53,98).

Bien que les traitements en une seule séance aient démontré leur efficacité (53,103), une méta-analyse a montré qu'un plus grand nombre de séances permettait de prédire des résultats plus favorables(53,101)

Ci-dessous les différents types de psychothérapies recommandés pour chaque trouble ainsi que le protocole de la TCC. (Tableau XIV et XV)

Tableau XIV : Traitements psychologiques démontrant leur efficacité dans les phobies spécifiques(53)

Type de psychothérapie	Phobie
Thérapie par exposition	Toutes les phobies spécifiques(98,100,101)
Exposition en réalité virtuelle	Hauteurs(104-106), vol (107-110)[319,321, araignées(111,112), claustrophobie (113)
Programmes d'auto-assistance informatisés	Araignées (114,115), vol(109), petits animaux(116,117)
Thérapie cognitive et exposition	Dentaire(118), vol(119,120)
Tension musculaire appliquée	Sang - Piqûre - Blessures (98,121,122)

Tableau XV : Protocole de TCC pour la phobie spécifique

Protocole de TCC pour la Phobie Spécifique :
1) Évaluation initiale et Psychoéducation : Entretien détaillé pour comprendre la nature spécifique de la phobie et ses impacts avec utilisation d'outils d'évaluation pour mesurer le degré de sévérité de la phobie
2) Hiérarchisation des peurs : a. Identifier les objets ou situations phobogènes. b. Hiérarchiser ces stimuli en fonction du niveau d'anxiété qu'ils provoquent.
3) Exposition graduée : Exposition progressive aux stimuli phobogènes, en commençant par les moins anxiogènes, et utilisation de la désensibilisation systématique pour aider à diminuer l'anxiété.
4) Techniques de relaxation : a. Enseignement de techniques de relaxation, comme la respiration profonde, la visualisation, ou la relaxation musculaire progressive. b. Pratique régulière pour renforcer la capacité à se détendre lors d'expositions.
5) Restructuration cognitive : a. Identifier et examiner les pensées négatives et irrationnelles associées à la phobie. b. Développer des pensées alternatives et réalistes pour réduire l'anxiété.
6) Renforcement positif : a. Encourager les progrès réalisés pendant les expositions et les efforts pour changer les pensées négatives. b. Utiliser des renforcements positifs pour motiver la participation active à la thérapie.
7) Entraînement à la résolution de problèmes : a. Développer des compétences pour faire face aux défis liés à la phobie. b. Explorer des stratégies de résolution de problèmes pour gérer les obstacles.
8) Planification pour la prévention des rechutes : a. Identifier les situations potentielles de rechute. b. Élaborer des stratégies pour faire face aux situations déclencheurs sans déclencher de nouvelles peurs.

La pharmacothérapie ne rentre pas dans la prise en charge recommandée pour les phobies spécifiques (74,97). Cependant, lorsque la phobie spécifique entraîne des restrictions substantielles dans la qualité de vie, par exemple, dans le cas d'une peur intense des traitements dentaires, le traitement médicamenteux devrait être envisagé comme une option.

La paroxétine s'est révélée efficace chez des individus les phobies spécifiques.(74)

Les benzodiazépines sont souvent utilisées dans la pratique clinique pour fournir un soulagement symptomatique aigu lorsque cela est nécessaire pour un patient atteint d'une phobie spécifique afin de faire face à une situation redoutée (par exemple, une procédure dentaire, une imagerie par résonance magnétique [IRM], un vol imprévu) (53).

e. Le trouble d'anxiété généralisée :

Les TCC sont une option efficace de première ligne pour le traitement du TAG et sont aussi efficaces que la pharmacothérapie. Les preuves ne soutiennent pas la combinaison systématique des TCC et de la pharmacothérapie, mais lorsque les patients ne bénéficient pas des TCC, un essai de pharmacothérapie est conseillé, et vice versa.(53,74,123)

Les approches pharmacothérapeutiques devraient commencer par l'une des options de première ligne, y compris un ISRS tel que l'escitalopram, la paroxétine ou la sertraline, un IRSNa tel que la duloxétine ou la venlafaxine XR, ou un autre antidépresseur tel que l'agomélatine.(53,74)

Si la réponse aux doses optimales est insuffisante ou si l'agent n'est pas toléré, le traitement devrait être changé pour un autre agent de première ligne avant de considérer des médicaments de deuxième ligne.

Les choix de deuxième ligne comprennent l'imipramine, prégabaline(74), le bupropion XL, la buspirone, l'hydroxyzine, l'imipramine, la quétiapine XR, la vortioxétine.(53)

Les benzodiazépines peuvent également être combinées avec des antidépresseurs pendant les premières semaines de traitement pour soulager rapidement les symptômes, agissant comme un pont jusqu'à ce que les antidépresseurs atteignent leur pleine efficacité.

Cependant, l'utilisation à long terme des benzodiazépines est généralement évitée en raison du risque de dépendance et d'autres effets secondaires potentiels.(74)

Les patients qui ne répondent pas à plusieurs traitements sont considérés comme ayant une maladie réfractaire au traitement. Dans de tels cas, il est important de réévaluer le diagnostic et de prendre en compte les conditions médicales et psychiatriques comorbides qui peuvent influencer la réponse au traitement. (Tableau XVI)

Tableau XVI : Protocole de TCC pour le TAG

Protocole de TCC pour le trouble d'anxiété généralisée (TAG) :
1. Identification des pensées anxieuses : Apprentissage de la prise de conscience des pensées automatiques négatives associées à l'anxiété, et tenir un journal de pensées pour suivre et évaluer les schémas
2. Restructuration cognitive : par l'identification des distorsions cognitives et les croyances irréalistes, et Développer des pensées alternatives et réalistes
3. Entraînement à la résolution de problèmes : Développement de compétences pour résoudre les problèmes de manière constructive, et appliquer des stratégies de résolution de problèmes aux préoccupations spécifiques liées à l'anxiété.
4. Relaxation et techniques de gestion du stress : Enseignement de techniques de relaxation, telles que la respiration profonde, la relaxation musculaire progressive, et intégration de la pratique régulière de ces techniques dans la routine quotidienne.
5. Exposition graduée aux inquiétudes : a. Hiérarchisation des préoccupations en fonction de leur degré d'anxiété. b. Exposition progressive aux inquiétudes, en commençant par les moins anxiogènes.
6. Planification des activités agréables : a. Encourager l'engagement dans des activités agréables et significatives. b. Rompre le cycle de l'anxiété en introduisant des expériences positives.
7. Mindfulness et pleine conscience : a. Enseignement de techniques de pleine conscience pour rester présent dans le moment. b. Application de la pleine conscience pour réduire l'anticipation anxieuse.
8. Planification pour la prévention des rechutes : Identification des facteurs de stress potentiels, et élaboration de stratégies pour faire face aux situations stressantes sans déclencher une anxiété excessive.

Des agents de troisième ligne, des thérapies adjuvantes, ainsi que des thérapies biologiques et alternatives peuvent être utiles lorsque les patients ne répondent pas à un essai de traitement optimal avec des thérapies de première et de deuxième ligne utilisées seules et en combinaison.

4. Suivi :

Le traitement pharmacologique est souvent associé à un délai d'environ deux à huit semaines pour ressentir un soulagement des symptômes, avec une réponse complète pouvant prendre jusqu'à 12 semaines ou plus. Une thérapie à plus long terme a été associée à une amélioration continue des symptômes et à la prévention des rechutes, et la thérapie devrait être poursuivie pendant au moins 12 à 24 mois pour la plupart des patients (53,54,74).

Le médicament devrait être initié à de faibles doses et augmenté jusqu'à la plage de dosage recommandée à des intervalles d'une à deux semaines sur quatre à six semaines. Une fois que la plage thérapeutique a été atteinte, une amélioration est généralement observée au cours des quatre à huit semaines suivantes.(53,74)

Le suivi devrait avoir lieu à des intervalles de deux semaines pendant les six premières semaines, puis mensuellement par la suite. Pour un patient en psychothérapie, le calendrier de traitement est structuré autour d'un contact hebdomadaire avec un thérapeute pendant environ 12 à 20 semaines, bien que des protocoles plus courts et des programmes d'intervention minimale se soient également avérés efficaces. Un rendez-vous de suivi quatre semaines plus tard, puis tous les deux à trois mois, est généralement suffisant. (54,72)

L'évaluation de la réponse au traitement devrait viser à améliorer les symptômes et la détresse. L'objectif optimal est une rémission complète des symptômes et le retour à un niveau de fonctionnement pré-morbide (53,54,124).

Cependant, les objectifs peuvent être individualisés pour certains patients souffrant de troubles présents depuis l'enfance, car ils n'ont peut-être jamais eu un fonctionnement pré-morbide adéquat.

Une réponse à la thérapie est souvent définie comme une réduction en pourcentage des symptômes (généralement de 25 à 50 %) sur une échelle appropriée.(53)

Bien qu'il n'existe pas de critères universellement acceptés, un seuil couramment utilisé pour la réponse est une amélioration > 50 % du score total sur une échelle de notation couramment utilisée (par exemple, l'échelle d'évaluation de l'anxiété de Hamilton [HAM-A]).

Cependant, cette définition est quelque peu arbitraire et n'est pas entièrement étayée par des données cliniques (125,126).

La rémission est souvent définie comme la perte du statut diagnostique, un score bas pré-spécifié sur une échelle spécifique au trouble, et l'absence d'altération fonctionnelle chez les patients entièrement rétablis, mesurée par une échelle telle que l'échelle de handicap de Sheehan ou le SF-36 (annexe13) (53,127,128).

Des échelles objectives peuvent aussi être utilisées pour aider à évaluer la progression d'un patient parmi lesquels on cite :(53)

- ❖ L'échelle globale d'impression clinique (EGIC) (annexe 2) est concise, complète et peut être facilement utilisée à chaque rendez-vous pour évaluer l'amélioration.
- ❖ L'échelle d'évaluation de l'anxiété de Hamilton (HARS) (annexe 7), évaluée par un clinicien, peut évaluer les symptômes anxieux en général et est souvent utilisée dans les essais cliniques, mais elle est moins pratique dans la pratique clinique.

Avant de considérer un patient comme étant réfractaire au traitement, le diagnostic doit être réexaminé, le patient doit être évalué pour sa conformité au traitement, la posologie doit être confirmée comme étant dans la plage thérapeutique, et la période d'essai doit être adéquate.

Les médicaments prescrits simultanément (ou les médicaments traditionnels) peuvent interférer avec l'efficacité, par exemple en tant que potentialisateurs ou inhibiteurs métaboliques.

Une mauvaise alliance thérapeutique et plusieurs facteurs de stress psychosociaux peuvent également diminuer la réponse, ainsi que des troubles de la personnalité concomitants. La dépression et les addictions doivent être prises en compte comme facteurs de complication. L'historique des traitements passés peut être utilisé comme guide pour la pratique.(74)

Lorsque le traitement initial échoue, le médecin devrait envisager de changer la dose ou de passer à un autre médicament. Les données contrôlées sur le changement de médicaments font défaut pour les troubles anxieux. Les données d'étude ont montré que dans le TAG et le

TAS, un essai d'au moins 4 semaines vaut la peine d'être réalisé avant de envisager une intervention ultérieure(129). Si une réponse partielle est observée après 4 semaines, il est encore possible que le patient réponde au cours des 4 à 6 semaines de thérapie suivante.(74)

Les patients âgés peuvent mettre plus de temps à répondre. Dans l'ensemble, ces constatations suggèrent qu'en l'absence d'amélioration précoce, des modifications du plan de traitement peuvent être envisagées avant 8 à 12 semaines.

Bien que des « études de changement » en double aveugle fassent défaut, les cliniciens expérimentés rapportent que de nombreux patients résistants au traitement répondent à une classe différente de médicaments (par exemple, en passant des ISRS/IRSNa aux tricycliques ou vice versa).

Une autre stratégie pour les cas de non-réponse au traitement consiste à « augmenter » un traitement en cours avec un deuxième médicament. Cependant, cette stratégie présente l'inconvénient que si une amélioration survient après l'augmentation, il n'est pas clair si elle est due au deuxième médicament ou à la combinaison. De plus, la combinaison peut être associée à une augmentation des taux d'effets indésirables ou d'interactions.

Par conséquent, le changement de médicament devrait être tenté avant l'augmentation. Certaines stratégies d'augmentation, telles que l'ajout de benzodiazépines à un ISRS/IRSNa pour les troubles anxieux, sont étayées par des études contrôlées.(74)

II. Discussions des résultats :

Le fardeau des handicaps liés aux troubles de santé mentale courants est énorme et doit être pris en charge dès le premier point de contact du système de santé. Les médecins généralistes sont appelés à reconnaître, diagnostiquer et prendre en charge les patients souffrant de troubles de santé mentale, une tâche qui n'est pas toujours menée à bien.(130)

1. Caractéristiques démographiques et professionnelles des médecins :

Dans l'étude de Wu Q et al. (130), sur 1350 questionnaires distribués, un total de 1123 questionnaires qualifiés a été inclus dans l'échantillon final (taux de réponse de 83,26%). Environ 60 % des participants étaient des médecins et 54 % d'entre eux étaient des hommes. Plus de 70 % des personnes interrogées provenaient d'hôpitaux tertiaires. L'âge médian et la durée de travail étaient respectivement de 28 ans et 4 ans.

Dans l'étude transversale de Vistorte et al(131), un questionnaire a été administré en ligne à un échantillon de 550 médecins de soins primaires de Bolivie, du Brésil, de Cuba et du Chili. Les professionnels ayant complété les questionnaires étaient au nombre de 387 (taux de réponse de 70,3 %) ; Plus que la moitié (59,9 %) était des femmes, alors que la proportion des hommes était 40,1 % des hommes. L'âge moyen de l'échantillon était de 41,2 ans, compris entre 25 et 66 ans, avec une moyenne de 11,5 années de formation formelle et 12 ans d'expérience clinique en soins primaires.

De même dans notre étude, on retrouve une prédominance féminine. Le sexe féminin représentait 51,18% des médecins généralistes, pendant que les médecins hommes représentaient 48.8%. L'âge moyen des MG ayant participé à l'étude était de 38 ans ce qui concorde aux résultats de la littérature.

Dans l'étude transversale de Vistorte et al (131), on retrouve une moyenne de 11,5 années de formation formelle et 12 ans d'expérience clinique en soins primaires.

Des résultats similaires ont été retrouvés dans notre étude puisque, Plus que la moitié des MG avaient une expérience de moins de 15 ans, la plupart des médecins étaient jeunes. Le centre de santé était le lieu d'exercice chez 37 % des MG, alors que le tiers des médecins interrogés exerce au niveau des hôpitaux publics. Les autres participants exercent en remplacement dans 22 % des cas, clinique dans 6% et SOS médecins dans 4 %.

Tableau XVII : Caractéristiques socio démographiques

	Notre étude	Wu et al.	Vistorte et al.
Pays	Maroc	Chine	Amérique Latine
Sexe prédominant	Féminin	Masculin	Féminin
Age moyen	38 ans	28 ans	41.2 ans
Années d'expérience	Moins de 15 ans (57%)	4 ans	12 ans

2. Nombre et durée des consultations

2.1 Durée des consultations en fonction des pays :

La croissance démographique, les mesures politiques qui ont élargi l'accès aux soins de santé de base et le vieillissement de la population avec une multimorbidité croissante ont contribué à une augmentation de la demande de services de médecins généralistes en Irlande (132).

Cela a coïncidé avec une augmentation de l'émigration parmi les médecins généralistes nouvellement formés, une augmentation du travail à temps partiel par de nombreux médecins généralistes existants (133) et de nombreux médecins généralistes approchant de l'âge de la retraite(134).

En l'absence d'une formation et d'un recrutement accrus, ces tendances exerceront une pression croissante sur ceux qui restent pour fournir un service de plus en plus compliqué et exigeant sur le plan administratif(135).

La durée des consultations chez les médecins généralistes varie considérablement à travers l'Europe. Au Royaume-Uni, la durée moyenne de consultation a été rapportée de 5 à 11,7 minutes alors qu'en Suède, la durée moyenne est de 22 minutes (136,137). Les tendances de la durée des consultations sont disponibles pour un petit nombre de pays ; ceux-ci indiquent des durées de consultation stables ou en augmentation lente (136).

Actuellement, les seules estimations des durées de consultation des médecins généralistes en Irlande sont basées sur le rappel des médecins généralistes (133). Dans une enquête menée auprès de 462 médecins généralistes sélectionnés au hasard, les répondants ont indiqué le nombre de consultations en face à face qu'ils effectueraient en une seule séance

clinique (133). La majorité des médecins généralistes (64 %) ont déclaré avoir vu 15 patients par séance, ce qui suggère 12 minutes par consultation si une séance de 3 heures est supposée (133).

La charge de travail des médecins généralistes en contact en Angleterre a augmenté de 16 % depuis 2007 (137). Cela reflète une augmentation à la fois du taux et de la durée des consultations.

2.2 Facteurs influençant des durées courtes de consultations :

La durée des consultations peut être influencée par divers facteurs liés au patient, au praticien et au niveau de pratique. Des études antérieures ont indiqué une association entre une durée de consultation plus courte et une liste de pratique plus étendue, ainsi qu'une charge de travail plus importante (138).

En ce qui concerne l'influence de la pratique rurale par rapport à la pratique urbaine, des résultats divergents ont été rapportés, avec certaines études suggérant une association négative (139,140) et d'autres une association positive (141).

Les caractéristiques pertinentes des praticiens associées à des consultations plus longues comprennent le sexe féminin (142), un âge plus avancé (141-143), et une expérience moindre (142).

Par ailleurs, des consultations plus longues sont associées à un plus grand nombre de problèmes de santé chez les patients (3 à 5 minutes)(143,144), à un niveau d'éducation plus élevé (140), ou à un statut socio-économique supérieur (141).

Bien que les preuves de haute qualité sur les effets de la modification de la durée des consultations soient limitées, des indications suggèrent une amélioration de la qualité des soins avec des durées de consultation plus longues (136,145,146).

Ces durées augmentées de consultation sont associées à une habilitation accrue des patients, un diagnostic plus précis des problèmes psychologiques (146), davantage de soins préventifs (147), et une réduction des hospitalisations pour certaines conditions (136).

De plus, l'augmentation de la durée des consultations est liée à une réduction du stress et de l'épuisement professionnel des médecins généralistes (136,148).

Une étude antérieure suggérait que les médecins réalisant des consultations plus longues sont plus enclins à offrir des conseils en promotion de la santé et à traiter les problèmes à long terme (149).

De plus, des consultations plus longues peuvent réduire les taux de prescription (149) et être associées à une prescription plus appropriée (150).

Cependant, il existe peu de preuves solides concernant la corrélation entre la durée de consultation et la satisfaction générale des patients (149-151) d'une part, et la durée de consultation et la qualité de communication chez les médecins d'autre part (152), bien que cette durée puisse être associée à une plus grande centralisation du patient (142).

Des données probantes suggèrent que l'augmentation de la durée des consultations, dans le cadre d'une intervention plus large, est très rentable (153).

Cependant, une revue récente a indiqué que de nombreuses études évaluant les interventions visant à modifier la durée des consultations présente un risque élevé de biais, rendant incertain l'effet de ces modifications de durée sur le nombre de références, de prescriptions ou sur la satisfaction des patients (145).

Des recherches plus approfondies sont nécessaires pour établir les avantages et les coûts de la seule augmentation de la durée des consultations (154).

Dans notre étude, nous avons constaté des variations significatives dans le nombre moyen de consultations par semaine et la durée moyenne de consultation des médecins généralistes. Parmi eux, Le tiers effectuait entre 50 et 150 consultations par semaine, tandis que la proportion de 17 % déclarait plus de 350 consultations. La durée moyenne des consultations des médecins généralistes était de 10 minutes pour 38 % d'entre eux, de 20 minutes pour 8 % et de 30 minutes chez 1,5 %. À noter qu'un médecin déclarant plus de 350 consultations par semaine avait une durée moyenne de consultation de 10 minutes.

2.3 Conséquences d'une durée de consultation diminuée sur le diagnostic et la prise en charge des troubles mentaux :

Une durée de consultation réduite en médecine générale peut avoir des conséquences négatives significatives sur le diagnostic et la prise en charge des troubles mentaux.

En effet, une durée de consultation plus courte peut entraîner :

➤ Des problèmes moraux masqués liés aux soins aux patients. Les médecins généralistes peuvent être confrontés à des dilemmes éthiques lorsqu'ils doivent prendre des décisions rapides avec peu d'informations. Par exemple, ils peuvent être amenés à prescrire des médicaments psychoactifs sans être sûrs du diagnostic, ou à ne pas proposer de traitement à un patient qui en a besoin.(155)

➤ Une difficulté pour les médecins généralistes en formation à identifier de manière précise le stress psychologique chez les patients. Les étudiants en médecine ont besoin d'une formation approfondie pour développer leurs compétences en évaluation psychologique. Une durée de consultation réduite peut les empêcher d'acquérir cette expertise.(156)

➤ Un entravement à la prise en charge et au diagnostic des troubles mentaux. Une consultation plus courte peut empêcher la création d'une relation de confiance avec le patient, ce qui peut nuire à la communication et à la collaboration. (157) Cela peut également rendre plus difficile la détection des symptômes et le suivi de l'évolution de la maladie (158).

Une étude menée en France a révélé que les consultations de plus de 20 minutes étaient significativement associées à un taux de prescription de médicaments psychoactifs plus élevé que les consultations de moins de 10 minutes. Cela suggère que la durée de la consultation a un impact sur la prescription de médicaments psychotropes.(159)

En conclusion, une durée de consultation réduite en médecine générale peut avoir des conséquences négatives significatives sur les soins aux patients souffrant de troubles mentaux. Il est important que les médecins généralistes disposent de suffisamment de temps pour évaluer les patients de manière complète et approfondie, établir une relation de confiance avec eux et discuter des options de traitement.

3. Connaissance des troubles anxieux :

3.1 Formation initiale :

Dans notre étude, nous avons constaté que la majorité des participants soit 80 % ont déclaré avoir bénéficié d'un enseignement sur les troubles anxieux au cours de leur 2ème ou 3ème cycle d'études médicales. Cependant, il semble que cette formation soit être insuffisante pour assurer une prise en charge adéquate des troubles anxieux par les médecins généralistes.

Dans une étude réalisée en Saint-Quentinois, la proportion de 62,5% des médecins généralistes avait déclaré avoir bénéficié d'un enseignement sur les TA au cours de leur 2ème ou 3ème cycle d'études médicales.(160)

Une étude menée par Al Atram et al. (161) sur les connaissances et attitudes des médecins à l'égard de la santé mentale en Arabie Saoudite a révélé que cinq des dix questions sur l'anxiété avaient reçu une réponse correcte de la part des spécialistes, les médecins de famille étant les plus précis dans leurs réponses. Plus de la moitié des médecins de famille ont fourni des réponses correctes à huit des dix questions sur l'anxiété (plus de 50 %) (161,162).

En outre, une enquête menée par Papachristopoulos et al. a révélé que plus que la moitié soit 56,1 % des médecins généralistes estimaient que leur formation initiale était inadéquate pour traiter les troubles de santé mentale. De plus, la proportion de 17 % des MG ont déclaré avoir peu ou pas du tout confiance dans le diagnostic et le traitement des problèmes de santé mentale. Les résultats de l'étude indiquent que plus les médecins sont instruits en matière de santé mentale, plus ils s'impliquent dans la prise en charge des patients atteints de maladie mentale. Cette constatation souligne l'importance d'une formation médicale axée sur la santé mentale(163).

3.2 Source de connaissance des troubles anxieux :

Dans l'étude de Wu et al. (130), il a été constaté que la majorité des médecins généralistes soit 82 % déclarent connaître et utiliser des critères diagnostiques pour la détection

des maladies mentales, mais seulement 58,2 % d'entre eux se sentent « assez à très » sûrs de leur diagnostic.

Les professionnels de la santé non mentale acquièrent principalement leurs connaissances sur la santé mentale dans les journaux dans 77 %, suivis par les livres chez 65 %. Les sites Web et la télévision sont également d'importants moyens d'en apprendre davantage sur la santé mentale chez 50 % et 38 % respectivement, même s'ils ne sont pas autant utilisés que les journaux et les livres. Moins de 25 % des participants apprennent des explications des autres. (130)

Dans une autre étude avec un pourcentage de 84 % de connaissance des critères, seuls 41 % des médecins s'appuyaient réellement sur ceux-ci pour poser un diagnostic. Selon ces auteurs, les compétences individuelles du médecin, les caractéristiques du patient et des conseils efficaces semblent jouer un rôle majeur dans le diagnostic (164).

L'étude réalisée en Saint-Quentinois constatait que les quatre principales sources de connaissances des TA par les MG étaient les formations continues dans 17,4%, l'expérience professionnelle dans 17,4%, les cours (formation initiale) chez 15,5% et les revues médicales dans 16,5%.(160)

Selon l'étude de T. Tabril et al. les médecins ont bénéficié d'un stage en psychiatrie durant leur formation au moins une fois dans 72,5 % des cas, alors que la proportion de 31,2 % considère que cette formation leur permet de bien diagnostiquer les troubles mentaux. Seuls 46,1 % des médecins ont répondu que cette formation leur permette moyennement de diagnostiquer les troubles mentaux.(8)

Dans notre étude la première source de connaissances des TA par les médecins généralistes étaient les cours de 2^{ème} et 3^{ème} cycle des études médicales chez 24 % ce qui serait insuffisant au vu des données de la littérature. L'expérience professionnelle arrivait en deuxième position pour 13% des participants, alors que les conférences et consensus et recommandations HAS et les livres de médecine (DSM V, CIM 10, médecine générale, psychiatrie...) étaient en dernière position chez 13 % et 11 % respectivement.

3.3 Aisance à prendre en charge les troubles anxieux :

L'identification appropriée des troubles mentaux, en particulier la dépression et l'anxiété, et la reconnaissance des troubles mentaux graves tels que la schizophrénie et le trouble bipolaire, sont cruciales pour orienter les patients vers des spécialistes. Des études antérieures ont souligné l'importance pour les médecins généralistes de suivre ces troubles courants et de savoir quand orienter les patients, en particulier lorsque la gravité de la maladie nécessite une intervention spécialisée (165,166).

Dans une étude menée par Papachristopoulos et al. (163), les médecins généralistes ont identifié la psychose, le trouble bipolaire, l'épisode dépressif sévère, la maladie mentale comorbide et l'absence de réponse au traitement comme principales causes de référence. Les troubles névrotiques, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont généralement traités par les médecins généralistes dans leur cabinet, bien que leur confiance dans le diagnostic et le traitement ne reflète pas nécessairement une certitude pratique.

Les obstacles identifiés dans cette étude, tels que l'exactitude du diagnostic, du traitement et des références aux troubles mentaux en soins de santé primaires, pourraient être surmontés par une éducation à la santé mentale renforcée et ciblée (167), soutenue par une liaison de soins primaires facilitant le partage de connaissances entre médecins généralistes et spécialistes de la santé mentale (165).

Le rôle crucial et la nécessité d'une formation continue des médecins généralistes dans le domaine de la psychiatrie ont été soulignés dans d'autres études (167-169). Les compétences en santé mentale ont été décrites comme compétences de base pour les médecins généralistes (170).

Le "score éducatif," évaluant le niveau de connaissances des médecins généralistes à partir de questions sur la participation à des séminaires, cours de formation clinique, étude d'articles scientifiques et information sur les traitements, a montré une influence significative sur les réponses des médecins, confirmée par des études européennes et australiennes (171-173).

Les inquiétudes des médecins généralistes concernant l'éducation en santé mentale s'accompagnent de suggestions de réformes structurelles et organisationnelles du système national de santé, mettant en avant l'importance d'une collaboration étroite avec des spécialistes de la santé mentale (163).

En ce qui concerne les enfants, leur âge et leur immaturité semblent avoir un impact sur l'identification, la prise en charge et l'orientation des troubles anxieux. Les obstacles comprennent la priorisation des maladies physiques, la pression parentale et les opinions sur la probabilité d'accéder à une aide (174,175).

Comparativement aux hommes, les femmes ont plus de chances de manquer de confiance dans l'identification, le diagnostic et l'initiation du traitement des troubles mentaux, ainsi que dans la fourniture de thérapies psychologiques ciblées (172).

Dans l'étude réalisée en Saint-Quentinois, les médecins généralistes étaient toujours à l'aise pour prendre en charge un patient présentant un TA dans 25%, alors que les trois quarts ont déclaré ne pas toujours l'être. Aucun ne déclarait ne jamais être à l'aise à prendre en charge les TA. (160)

Selon l'étude de T. Tabril et al, presque la moitié des MG ont déclaré être moyennement capables de traiter les pathologies psychiatriques en se basant sur la formation académique en santé mentale, tandis que les répondants se jugent faiblement capables voir incapables de le faire dans 36,4 %.(8)

Dans notre étude, les médecins interrogés déclarent être toujours à l'aise pour prendre en charge un patient présentant un trouble anxieux dans 22 %, tandis que la proportion de 88 % a annoncé ne pas toujours l'être. Il est à noter l'absence d'une différence significative entre l'âge ou le sexe du médecin et l'aisance de la prise en charge.

4. Les troubles anxieux dans la pratique quotidienne :

La perception des troubles anxieux par de nombreux professionnels de la santé participant à l'étude de Wu et al révèle une tendance à considérer le trouble d'anxiété généralisée comme moins reconnu ou même moins légitime que d'autres troubles mentaux (176). Cette perspective est cohérente avec les résultats de l'étude de Vermani et al., indiquant que le TAG est moins identifié comme un trouble mental. (177)

Cependant, des études épidémiologiques montrent que les troubles anxieux sont parmi les troubles mentaux les plus courants, avec une prévalence significative dans la population générale (178). Par exemple, le TAG a une prévalence de 5,3 % dans les zones urbaines de Chine, mais seulement 0,5 % de ces cas ont été diagnostiqués (179).

Dans l'étude d'Al Atram et al. (161), la capacité des médecins à identifier correctement les caractéristiques de l'anxiété variait selon les types de médecins. Les généralistes et les médecins de famille étaient plus précis dans la description des troubles obsessionnels compulsifs, des crises de panique et du trouble de stress post-traumatique par rapport aux spécialistes. Cependant, des lacunes ont été observées dans la description des phobies et dans l'identification des causes organiques de l'anxiété. Ces résultats soulignent la diversité des compétences entre les différents professionnels de la santé en ce qui concerne la reconnaissance des troubles anxieux (161).

Dans l'étude de T. Tabril et al, les médecins généralistes trouvaient les troubles phobiques difficiles à diagnostiquer dans 24,9%, et difficiles à traiter pour la moitié d'eux. Alors que les attaques de paniques étaient perçues par 21.9% des MG comme étant difficiles à diagnostiquer, les médecins les trouvaient difficiles à traiter dans 46.1%.(8) Cette étude rapportait que la fréquence des troubles phobiques et l'attaque de paniques en consultations selon la perception des médecins généralistes était respectivement à 38% et 46.6%.

Dans l'étude de stern, les médecins généralistes semblent être confrontés fréquemment à des patients présentant un trouble anxieux, avec une répartition significative des cas.

Cependant, le traitement et la prise en charge des troubles anxieux constitutionnels posent des défis, considérés comme les plus difficiles à gérer. La durée des consultations pour les patients présentant un trouble anxieux varie, mais la plupart des médecins déclarent consacrer plus de temps à ces consultations par rapport aux consultations générales (160). Pour 65% des MG, le suivi des patients présentant un TA comprenait en moyenne 2 consultations par mois ou plus.(160)

Dans l'étude de Naqvi et al., la proportion de 70,6 % des médecins généralistes a déclaré voir 1 à 5 patients présentant un trouble anxieux, tandis que seulement 15,8 % ont déclaré en voir 6 à 10 par jour. (180)

Une observation importante concerne les méthodes de dépistage utilisées par les médecins généralistes. Bien que moins de la moitié des médecins dans une étude antérieure utilise des questionnaires spécifiques pour dépister les troubles anxieux, dans notre étude, un pourcentage significatif des médecins demande systématiquement aux patients s'ils sont anxieux, ce qui peut faciliter l'identification précoce.

En ce qui concerne les types de troubles anxieux, notre étude révèle que le trouble d'anxiété généralisée est le plus fréquemment rencontré chez 50% des médecins généralistes, suivi du trouble panique, de la phobie sociale, de la phobie spécifique, et de l'agoraphobie.

Cependant, la perception de la difficulté de prise en charge montre que la phobie sociale est considérée comme le trouble le plus difficile à traiter chez 37% des médecins, suivi du trouble d'anxiété généralisée pour 35% des MG et du trouble panique chez 31%.

Dans notre étude, concernant la fréquence de consultation pour les troubles anxieux, les MG voyaient moins de 5 consultants/mois dans 42%. Chez 33%, le nombre de consultation était entre 5 et 10 consultants/mois pendant que seulement 16% des médecins voyaient des consultations quasiment tous les jours.

La durée moyenne de consultation pour un TA était comprise entre 15 et 30 minutes pour 47% des MG, alors que chez 9 % la consultation durait 30 à 45 min. Chez 43% des MG, la durée moyenne de consultation pour TA était moins de 15min.

Les médecins généralistes revoyaient les patients présentant un trouble anxieux (TA) selon les fréquences suivantes : hebdomadairement dans 18 % des cas, toutes les deux semaines pour 35 % des médecins, mensuellement chez 41 % et plusieurs fois par semaine pour 6 % des participants.

Ces résultats soulignent l'importance de la formation continue et de l'éducation des médecins généralistes en matière de troubles anxieux, ainsi que la nécessité de développer des approches systématiques de dépistage pour améliorer l'identification précoce et la gestion efficace de ces troubles, ce qui concorde avec les résultats de l'étude de T. Tabril et al dont la proportion de 49.5% des médecins généralistes indiquait un besoin en formation pratique en matières de troubles anxieux (8).

5. Prise en charge des troubles anxieux :

5.1 Etat des lieux :

La plupart des patients souffrant de troubles anxieux reçoivent leurs soins de santé mentale de la part de professionnels de la santé primaire, mais il a été observé que de nombreux patients traités en soins primaires ne bénéficient que de peu ou pas de traitement pour leurs troubles anxieux, et ceux qui en bénéficient présentent souvent une qualité de soins sous-optimale(181,182). Alors que l'on a constaté une tendance à l'augmentation de l'utilisation d'antidépresseurs et à la diminution de la psychothérapie pour les troubles anxieux à la fin des années 1990, il n'est pas clair si cela s'est traduit par une amélioration globale de la qualité des soins.

Les données indiquent que moins de la moitié des patients ambulatoires dans un échantillon important (N = 1 004) ont reçu des soins conformes aux directives, ce qui est particulièrement préoccupant étant donné que tous ces patients avaient été identifiés par leur professionnel de santé primaire comme ayant un problème d'anxiété (183). Notamment, bien qu'environ un tiers ait bénéficié d'une pharmacothérapie de qualité, seulement un cinquième a reçu une psychothérapie de qualité, ce qui corrobore des études antérieures soulignant des taux

faibles d'utilisation et/ou de qualité de la psychothérapie chez les patients ambulatoires de soins primaires souffrant de troubles anxieux (184-186).

Les résultats suggèrent que la simple identification par le médecin traitant d'un problème d'anxiété actuel, sans nécessairement connaître le diagnostic précis ou la gravité, semble avoir peu d'impact sur la qualité des soins, même si les patients plus gravement affectés étaient plus susceptibles de recevoir des soins (184-186). En conclusion, informer les patients de leur diagnostic ou de la nécessité d'un traitement contre l'anxiété seul ne semble pas avoir un impact positif sur la qualité des soins pour les troubles anxieux.

Une méta-analyse des méthodes de transfert de connaissances pour améliorer le traitement de l'anxiété en soins primaires indique que les approches éducatives conventionnelles, telles que les conférences ou la diffusion passive de directives, ont un impact limité sur la pratique clinique et les résultats pour les patients, alors que les approches de soins collaboratifs sont beaucoup plus prometteuses (187). Les données suggèrent plusieurs domaines potentiels à cibler pour améliorer les soins à l'avenir.

Premièrement, des disparités sociodémographiques dans l'offre de soins de qualité ont été observées, notamment avec les patients hispaniques qui étaient moins enclins à recevoir une pharmacothérapie de qualité, possiblement liée à une préférence réduite pour ce type de traitement au sein de certains groupes minoritaires (188). Bien que les taux d'utilisation de médicaments contre l'anxiété ne soient pas inférieurs chez les patients hispaniques, la qualité moindre de la pharmacothérapie anti-anxiété peut refléter des attitudes subtiles influençant l'observance du patient. Cette disparité nécessite des études approfondies, notamment à la lumière de rapports récents sur les disparités ethniques dans les soins de santé mentale pour les patients ambulatoires anxieux et déprimés (189,190).

Deuxièmement, une corrélation significative a été constatée entre le niveau d'éducation et la probabilité de suivre une psychothérapie. Bien que cela ne se traduise pas par une probabilité significativement plus faible de recevoir une psychothérapie de qualité, la disparité selon le niveau d'éducation nécessite une exploration approfondie dans les recherches futures (188).

Troisièmement, des taux plus élevés de pharmacothérapie et de psychothérapie de qualité ont été observés lorsque les patients recevaient des soins de santé mentale dans des

contextes spécialisés. Cela souligne l'importance de l'intégration des spécialistes de la santé mentale dans les soins primaires, bien que le défi réside dans une intégration efficace et rentable (183).

La conclusion la plus marquante de l'étude concerne la satisfaction à l'égard des soins, fortement liée à la prestation de psychothérapie de qualité. Les patients ayant reçu une psychothérapie de qualité, basée sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), étaient les plus satisfaits, et une relation dose-réponse a été observée, soulignant l'importance de la cohérence dans la prestation de la TCC. Cette satisfaction n'était pas liée au nombre de visites, mais plutôt au contenu spécifique des séances. En revanche, la pharmacothérapie de qualité n'était pas associée à la satisfaction des patients (188).

La recommandation clé suggère une inclusion plus fréquente de la TCC pour améliorer la satisfaction des patients souffrant de troubles anxieux en soins primaires (188).

Enfin, l'évolution du contexte dans lequel les médecins généralistes prennent des décisions de prescription de benzodiazépines a été soulignée. Un changement d'une culture historique optimiste à une attitude plus prudente, en raison d'une meilleure compréhension des risques, a été observé. La perception du rôle des médecins généralistes dans le traitement des problèmes de santé mentale a également évolué, avec une prise en charge accrue des patients précédemment traités en soins secondaires (191).

5. 2 Rôle et responsabilité du médecin généraliste :

Certains médecins généralistes ressentaient une responsabilité envers les pratiques de prescription passées, considérées désormais comme inappropriées, tandis que d'autres estimaient que cette perception négative était exagérée. Une tension émergeait entre le désir d'aider les patients et la responsabilité ressentie de minimiser l'utilisation des benzodiazépines (BZD) :

Certains médecins généralistes considéraient la prescription de BZD comme l'une des tâches les plus exigeantes et inconfortables de leur pratique clinique. Ce malaise était exprimé

comme le sentiment de réaliser quelque chose de presque illicite en matière de prescription en raison des attitudes restrictives de la société et des autorités sanitaires. Certains estimaient que les choses avaient peut-être été trop loin dans la restriction de l'utilisation des benzodiazépines, soulignant que la crainte du potentiel de dépendance ne devrait pas être une raison suffisante pour les éviter (192).

Les médecins généralistes divergeaient dans leur acceptation de la responsabilité des prescriptions passées et leur volonté de modifier leur pratique en réponse aux preuves croissantes contre l'utilisation à long terme des benzodiazépines. Certains blâmaient d'autres professionnels de la santé, en particulier les psychiatres, considérant qu'ils étaient responsables de l'initiation et de la légitimation de l'utilisation excessive de ces médicaments (191).

Le désir de soutenir les patients en détresse s'exprimait sous forme d'empathie à travers la délivrance d'une ordonnance. Certains médecins généralistes considéraient que prescrire un médicament apprécié des patients était une manière de soulager leur propre douleur ainsi que celle de leurs patients. Leur motivation était centrée sur l'aide aux personnes et le désir de les voir se sentir mieux (191).

Les médecins généralistes se sentaient responsables de prescrire de manière appropriée, mais leurs attitudes envers la correction des prescriptions passées variaient. Certains établissaient des règles explicites concernant les affections pour lesquelles ils étaient prêts à prescrire des benzodiazépines (191).

5.3 Gestion des différents patients :

Les médecins généralistes sont confrontés à une tension entre la minimisation des prescriptions de benzodiazépines (BZD) et leur responsabilité d'aider les patients au cas par cas, ce qui est exprimé dans la littérature par le concept de "patient méritant" (193,194).

Dans certaines circonstances, les participants étaient réticents à indiquer quand ils prescriraient, mais d'autres médecins généralistes ont identifié des caractéristiques de "patients méritants". Ces patients incluaient principalement des personnes âgées, des femmes et des utilisateurs continus avec des antécédents de traitement par d'autres médecins, souffrant

souvent de multiples maladies somatiques et psychiatriques ainsi que de problèmes psychosociaux complexes (192).

Les approches différaient entre les patients âgés et les plus jeunes, avec une tolérance accrue à l'utilisation à long terme chez les personnes âgées. Les médecins estimaient que les patients plus âgés résistaient davantage à demander des références en santé mentale en raison de divers obstacles, et qu'ils avaient souvent moins d'alternatives. Les médecins percevaient un déséquilibre entre les effets indésirables des médicaments, y compris le risque de dépendance/abus, et les bénéfices potentiels chez les patients plus âgés, affirmant que les avantages du maintien des benzodiazépines chez ces patients l'emportaient sur les problèmes (194).

Les prescripteurs plus prudents étaient également plus conscients des troubles cognitifs et des risques de chutes chez les personnes âgées (195).

Les "patients méritants" englobaient également ceux en deuil ou confrontés à des problèmes incurables ou complexes, où la prescription continue était considérée comme une forme de traitement palliatif (192).

Dans notre étude, le traitement de première intention pour la majorité des troubles anxieux était les Benzodiazépines, pendant que le recours à un psychologue était faible. En deuxième intention, on note un changement vers les autres options thérapeutiques (Neuroleptiques, Antidépresseurs ISRS et IRSNa) ainsi que le recours à un psychiatre.

Dans notre enquête, le bilan pré-thérapeutique le plus réalisé était NFS-Pq chez 63.98%, suivi de l'ECG dans 61.61%, le bilan hépatique pour 46.92% des MG, la créatinine dans 37.91%, et l'ionogramme chez le quart des participants.

Selon l'étude de Stern (160), la proportion de 45% des MG ne réalisait pas de bilan pré-thérapeutique dans leur pratique quotidienne. La majorité des bilans demandés comprenait une NFS, un ionogramme, un bilan hépatique et rénal. Seuls quatre MG réalisaient un ECG avant l'instauration d'un traitement. Pour les TA constitutionnels, décrits comme les plus difficiles à prendre en charge, les résultats obtenus étaient plus hétérogènes, avec une utilisation

importante en première intention des BZD et des ISRS ou IRSNa. L'adaptation secondaire du traitement était plus difficile et faisait appel à une plus grande variété de traitements (anxiolytiques non benzodiazépiniques, neuroleptiques, autres antidépresseurs et recours à un psychiatre ou un psychologue).

Selon l'étude de Naqvi et al. (180), les benzodiazépines étaient à nouveau les médicaments les plus favorisés pour le traitement du trouble d'anxiété généralisée, choisis par 50,7 % des médecins généralistes, et les ISRS n'étaient choisis que par 15,4 % d'entre eux. Cependant, il y avait plus de choix corrects chez 63,3 % qu'incorrects chez 36,7 % lorsque les catégories de médicaments étaient regroupées. Cela n'était pas surprenant, car les médecins généralistes pouvaient choisir n'importe lequel des 6 groupes de médicaments (ISRS, antidépresseurs tricycliques, IRSN, benzodiazépines, bupropion et buspirone) pour obtenir une réponse correcte.

Dans le choix des médicaments pour le trouble panique, les benzodiazépines ont été à nouveau citées par 37,3 % des médecins. Les antipsychotiques et les stabilisateurs d'humeur ont été cités par 30,8 % et 18,8 % des médecins généralistes, respectivement, tandis que seulement 8,5 % ont cité les ISRS comme traitement de choix et 34,5 % ne savaient pas quel médicament prescrire pour le trouble panique.(180)

Cependant, lors d'un examen transversal à l'admission, peu de patients en soins primaires souffrant de troubles anxieux ont reçu un traitement potentiellement adéquat. Moins de 20 % ont reçu une pharmacothérapie potentiellement adéquate, la proportion des patients qui ont suivi une psychothérapie était de 14% alors que seuls 5 % ont bénéficié d'une combinaison de pharmacothérapie et de psychothérapie. Globalement, environ un quart des patients ont reçu des soins potentiellement adéquats, des taux légèrement inférieurs à ceux observés dans d'autres régions des États-Unis (184,196) et pour les personnes souffrant de dépression (182).

Pendant le suivi sur cinq ans, le pourcentage de patients recevant un traitement potentiellement adéquat contre l'anxiété a augmenté de manière significative. Après un an, moins de la moitié des patients (47 %) ont bénéficié de soins potentiellement adéquats, mais sur

une période de cinq ans, ces taux ont atteint 60 % pour la pharmacothérapie, 36 % pour la psychothérapie et 26 % pour une combinaison des deux. Au total, près des deux tiers (69 %) des patients en soins primaires atteints de troubles anxieux ont finalement reçu un traitement potentiellement adéquat.

Cette augmentation des taux pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment une attente vigilante, une surveillance attentive des symptômes par les médecins généralistes et des changements dans la publicité directe des médicaments psychotropes.

Le trouble panique (TP) a été identifié comme un prédicteur fréquent de soins potentiellement adéquats, en partie en raison de la capacité des prestataires à reconnaître et à traiter la panique, qui a plus d'indications de la FDA que tout autre trouble anxieux, et en raison de la gravité associée à l'agoraphobie. D'autres facteurs associés à une probabilité accrue de recevoir des soins adéquats comprenaient la présence d'un TP, d'une dépression, d'une phobie sociale, d'une déficience globale plus grave, le célibat, l'accès à une assurance publique et un revenu inférieur à 20 000 \$.

Pour résumer, bien que les résultats montrent une tendance encourageante vers un traitement potentiellement adéquat pour les troubles anxieux, des disparités persistent. Un niveau d'éducation plus élevé était systématiquement associé à une probabilité accrue de recevoir une psychothérapie potentiellement adéquate, soulignant le besoin d'efforts continus pour rendre ces services accessibles aux personnes moins éduquées.

De plus, les membres de groupes ethno raciaux minoritaires présentaient une probabilité réduite de recevoir des soins potentiellement adéquats, un problème nécessitant une attention de recherche continue pour comprendre les mécanismes sous-jacents à cette disparité.

La prescription de benzodiazépines par les médecins généralistes dans les troubles anxieux est une pratique à haut risque, bien qu'elle soit courante, elle est cependant associée à des risques et des effets secondaires importants. Leur utilisation en première ligne n'est pas recommandée, et elles doivent être prescrites à la dose efficace minimale et pour la plus courte durée possible.(197)

En dépit des recommandations pour un usage court et à faible dose, les benzodiazépines sont souvent prescrites à long terme et à des doses élevées en médecine générale, notamment pour l'anxiété sévère.(198)

Les patients ayant déjà utilisé des benzodiazépines les perçoivent souvent comme efficaces et peuvent faire pression sur le médecin pour les prescrire. Les médecins généralistes ne doivent pas céder à cette pression et doivent expliquer l'efficacité à court terme et la simple suppression des symptômes des benzodiazépines.(198)

6. Recours à un psychiatre ou psychologue :

Le taux de référence de 41 % observé dans l'étude de Papachristopoulos et al. (163) est comparable à deux études américaines rapportant que les médecins généralistes orientent 36 à 37 % des patients souffrant de troubles mentaux (164,199). En Allemagne, où seulement 7,5 % déclarent préférer orienter les patients vers un spécialiste, le pourcentage réel de références atteint 38,6 % chez les patients dépressifs, parmi lesquels 21,9 % présentaient véritablement des symptômes dépressifs, tandis que 16,7 % recevaient un diagnostic erroné d'autres troubles psychiatriques (168).

Cette étude a identifié des obstacles spécifiques rencontrés par les médecins de soins primaires, notamment les limitations de temps et les visites à haute fréquence. Ces difficultés pourraient être surmontés par des changements structurels dans le système de santé et les régimes de remboursement (168).

En France, deux enquêtes transversales de même méthodologie réalisées à 10 ans d'intervalle ont révélé des variations dans les taux de référence des médecins généralistes vers un spécialiste, passant de 9,7 % en 2003 à 14,7 % en 2013 (200). Ces fluctuations pourraient résulter de différences structurelles et organisationnelles dans les systèmes de santé des pays, ainsi que de disparités dans l'éducation et la formation des médecins généralistes en santé mentale, même dans les pays dotés de systèmes de santé avancés.

Dans l'étude de Tabril et al. les MG réfèrent moins de 25 % de leurs patients au médecin psychiatre dans 57,3 % des cas, et la proportion de 22,5 % réfère entre 25 % et 50 %, et une minorité renvoient plus de 50 % des patients. Concernant les motifs de référence et les difficultés rencontrées, les médecins interrogés ont soulevé tout d'abord le manque des moyens adaptés à la prise en charge dans 77,5 %, le manque de formation continue en psychiatrie dans 71,2%, la durée prolongée des consultations chez 65,2%, et le manque de formation dans le domaine de santé mentale dans 52%. Cependant, Plus que la moitié des médecins se trouvent en difficulté devant le manque de collaboration avec les professionnels de la santé mentale.(8)

D'autres difficultés ont été rapportées chez 6,3 % :(8)

- La durée prolongée du suivi ;
- Le coût des médicaments et la non-observance du traitement par certains patients ;
- La difficulté de gestion des effets secondaires du traitement ;

D'un autre côté, l'étude de Alenxander et Fraser (201) montre que la principale raison de référence vers des spécialistes de la santé mentale identifié par les médecins généralistes participants était le besoin de consultations en psychiatrie pour les patients (patient ne répond pas aux antidépresseurs, patient a besoin de soutien psychologique, patient a besoin de consultations psychologiques). L'insuffisance des compétences des médecins généralistes à prodiguer les meilleurs soins à ces patients a été mentionnée par 76% d'entre eux comme une raison majeure de référence.

En ce qui concerne les raisons de recourir à un psychiatre ou un psychologue, les résultats montrent que les trois principales raisons sont le sentiment qu'un suivi serait bénéfique pour le patient chez 65 % des MG, l'échec de tous les traitements mis en place selon 49 % des participants, et le manque de connaissances dans ce domaine pour la moitié des médecins. Aucune différence significative n'a été observée en termes de sexe, d'âge, de lieu et de mode d'exercice pour les motifs de recours aux psychiatres ou psychologues.

7. Propositions pour améliorer la prise en charge :

Parmi les propositions visant à améliorer la prise en charge des patients les deux réponses les plus fréquemment données sont l'organisation de séminaires, tables rondes et conférences pour 75,8% et la permanence téléphonique d'un médecin psychiatre référent chez 55,4%.

Dans l'étude de Mykletun et al. ,(202) la majorité des suggestions des médecins généralistes (82%) ont souligné la nécessité d'améliorer les soins de santé secondaires, plus précisément en termes d'augmentation des capacités chez 59% et d'une meilleure collaboration entre les services de santé pour 57%. Deux médecins généralistes sur trois ont également abordé la nécessité d'améliorer les soins de santé primaires, notamment en matière de renforcement des connaissances et des compétences des médecins généralistes concernant ces troubles selon 40% des interrogés et de l'allongement du temps de consultation pour ces patients pour 40%.

Afin de guider une prise en charge efficace des troubles mentaux dans les soins de santé primaires, les recommandations suivantes sont déduites de cette étude, également étayées par la littérature :

L'apprentissage théorique doit être accompagné d'une formation pratique, établissant un lien entre l'éducation et la pratique clinique réelle (167).

Un modèle efficace de psychiatrie de liaison en consultation ambulatoire, tel que le modèle de soins collaboratifs (203,204), devrait être développé pour améliorer les compétences des médecins généralistes dans la gestion des patients psychiatriques.

Un temps suffisant pour le diagnostic, le conseil et la prise en charge devrait être accordé aux médecins généralistes, accompagné d'incitations à s'impliquer profondément dans la gestion des troubles mentaux (167,199,205-207).

Pour une inclusion efficace de la santé mentale dans les soins de santé primaires, l'éducation doit être priorisée dans les systèmes de santé appliquant des stratégies à long terme. Le niveau d'éducation se reflète dans le diagnostic correct et le traitement réussi des troubles

mentaux courants, augmentant la confiance en soi des médecins généralistes. Ceci est particulièrement crucial dans des contextes comme la Grèce, confrontée à une crise financière persistante, des taux de chômage élevés et des inégalités sociales, ainsi que des services de santé fragmentés nécessitant une réforme (204,208).

Les ressources en santé mentale doivent être réparties de manière équitable entre les zones urbaines et rurales, pour surmonter les limitations d'accès aux services de santé mentale dans les zones rurales. La stigmatisation liée à la santé mentale pourrait aggraver la pénurie de ressources, et des efforts doivent être déployés pour atténuer les attitudes négatives envers la psychiatrie (209,210).

Pour combler les lacunes en matière de traitement des troubles mentaux, en particulier dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, la formation des professionnels non psychiatriques du système de soins de santé primaires est essentielle. Ces professionnels, après une brève formation dispensée par des experts en santé mentale, peuvent contribuer à détecter, diagnostiquer et orienter les patients souffrant de troubles mentaux (211).

L'intégration des services de santé mentale dans le système de soins primaires, les hôpitaux généraux et les communautés doit être encouragée, comme illustré par le « programme 686 » lancé en 2006. L'amélioration de la capacité des professionnels de la santé non mentale à diagnostiquer et orienter les patients est cruciale, compte tenu du fait que la plupart des personnes atteintes de troubles mentaux sollicitent d'abord l'aide des hôpitaux généraux locaux (212).

Il est impératif de lutter contre les attitudes stigmatisantes envers les patients atteints de troubles mentaux, car cela peut retarder le diagnostic et le traitement approprié, augmentant ainsi la charge financière des patients, occupant des ressources médicales limitées et contribuant à une mauvaise qualité des soins de santé (213,214).



RECOMMENDATIONS



Il existe plusieurs moyens pour améliorer les connaissances et attitudes des médecins généralistes concernant les troubles anxieux. Voici quelques suggestions :

- **Formation universitaire** est essentielle pour fournir aux futurs médecins les connaissances de base sur les troubles anxieux. Cependant, il est important que la formation soit également axée sur la pratique clinique en intégrant l'étude des cas et le raisonnement face à des situations cliniques. Cette formation peut aussi être améliorée en favorisant l'approche par compétence comme moyens pédagogiques ainsi qu'élaborer le référentiel de compétences en santé mentale.
- **Formation continue** : est également importante pour que les médecins généralistes restent à jour des dernières avancées dans le domaine des troubles anxieux. La formation continue peut être dispensée par des universités, des associations professionnelles ou des organismes gouvernementaux.
- **Ressources pédagogiques** : Mettre à disposition des médecins des ressources pédagogiques telles que des guides de pratique, des livres, des vidéos éducatives et des brochures informatives sur les troubles anxieux.
- **Collaboration interdisciplinaire** : Encourager la collaboration entre médecins généralistes, psychiatres, psychologues et autres professionnels de la santé mentale. Des réunions interdisciplinaires régulières peuvent favoriser un échange d'expériences et de connaissances.
- **Etudes de cas** : Utiliser des études de cas réels pour illustrer différents aspects des troubles anxieux. Cela peut aider les médecins à comprendre les situations cliniques de manière concrète.
- **Sensibilisation** : Organiser des campagnes de sensibilisation sur les troubles anxieux pour aider à réduire la stigmatisation et encourager les discussions ouvertes sur la santé mentale.

- **Programmes de mentorat** : Mettre en place des programmes de mentorat où les médecins moins expérimentés peuvent bénéficier de l'expérience et des conseils de collègues plus expérimentés dans le domaine des troubles anxieux.

En conclusion, il est important de combiner différentes approches pour améliorer les connaissances et attitudes des médecins généralistes concernant les troubles anxieux. Une approche holistique qui combine la formation continue, l'accès à des ressources éducatives, la collaboration interdisciplinaire et la sensibilisation est la plus susceptible d'être efficace.



CONCLUSION



En conclusion, cette étude a exploré les connaissances et attitudes des médecins généralistes à l'égard des troubles anxieux, en se concentrant sur la province de Beni Mellal et Marrakech.

Les résultats mettent en évidence des lacunes significatives dans la compréhension de ces troubles, soulignant ainsi l'impératif d'une formation continue et ciblée pour accroître la compétence des praticiens dans la détection, le diagnostic et la gestion des troubles anxieux. L'importance de sensibiliser les médecins aux dernières avancées en matière de traitements et d'approches thérapeutiques a également été soulignée.

De plus, cette recherche a identifié des opportunités d'amélioration des attitudes des médecins envers les patients souffrant de troubles anxieux, mettant en lumière l'importance d'une approche empathique et centrée sur le patient.

Ces résultats fournissent une base solide pour guider les programmes de formation continue et les initiatives visant à renforcer la prise en charge des troubles anxieux dans la pratique médicale quotidienne.

En somme, cette thèse aspire à contribuer positivement à l'amélioration des soins aux patients en fournissant des données précieuses pour orienter les efforts futurs visant à optimiser la prise en charge des troubles anxieux par les médecins généralistes.



ANNEXES



Annexe 1 : Questionnaire

1. **Quel est votre âge ?** ans

2. **Sexe ?** Homme Femme

3. **Depuis combien d'années exercez-vous la médecine générale ?**

- < 5 ans,
- 5-10 ans,
- 10-15 ans,
- 15-20 ans,
- 20-25 ans,
- > 25 ans.

4. **Quel est votre mode d'exercice ?**

- Cabinet Seul,
- Clinique privée,
- Centre de santé,
- SOS médecins,
- Remplaçant,
- Hôpital public,
- Autre : _____

5. **Où travaillez-vous :**

- Urbain (> 15 000 hab),
- Semi-urbain,
- Rural (< 2000 hab)

6. **Combien de patients voyez-vous au total par semaine (toutes pathologies confondues) ?**

- < 50,
- 50-150,
- 150-250,
- 250-350,
- > 350.

7. **Quelle est la durée moyenne d'une consultation ?**

- 5 min,
- 10 min,
- 15 min,
- 20 min,

- 30 min,
- > 30 min.

8. Avez-vous bénéficié durant votre 2ème ou 3ème cycle d'études médicales d'un enseignement sur les troubles anxieux ?

- Oui
- Non.

9. D'où tenez-vous principalement vos connaissances sur les troubles anxieux (maximum 4 réponses) ?

- Cours de 2ème et 3ème cycle des études médicales,
- Conférences de consensus, Recommandations HAS,
- Formation continues,
- DU, DIU...
- Réunions et visites médicales,
- Expérience professionnelle,
- Internet
- Livres de médecine (DSM V, CIM 10, médecine générale, psychiatrie...),
- Congrès,
- Revues de médecine,
- Autres : _____

10. Vous sentez-vous à l'aise face à la prise en charge d'un patient qui présente un trouble anxieux ?

- Toujours, Pas toujours, Jamais.

11. Comment diagnostiquez-vous un trouble anxieux chez un patient ?

- J'attends que le patient m'en parle lui-même,
- Je demande au patient s'il est angoissé parce que j'ai l'impression qu'il l'est,
- Je demande systématiquement à tous mes patients s'ils ont des angoisses, même s'ils viennent pour un autre motif de consultation,
- J'utilise un questionnaire spécifique à la recherche de troubles anxieux, Lequel ? _____
- Autre : _____

12. Quel est le type de trouble anxieux que vous rencontrez le plus fréquemment dans votre pratique quotidienne ?

- Trouble d'anxiété généralisée
- Trouble panique
- Phobie spécifique
- Trouble d'anxiété sociale

- Agoraphobie

Quel est le type de trouble anxieux que vous trouvez le plus difficile à prendre en charge ?

- Trouble d'anxiété généralisée
- Trouble panique
- Phobie spécifique
- Trouble d'anxiété sociale
- Agoraphobie

Combien de fois par mois, êtes-vous confrontés à des troubles anxieux ?

- < 5 fois/mois,
- 5 – 10 fois/mois,
- 10 – 20 fois/mois,
- Quasiment tous les jours.

13. Combien de temps dure en général une consultation pour trouble anxieux dans votre pratique ?

- < 15 min,
- 15 – 30 min,
- 30 – 45 min,
- 45 – 60 min,
- > 60 min.

14. A quel rythme revoyez-vous un patient qui présente des troubles anxieux ?

- Plusieurs fois/semaine,
- 1 fois/semaine,
- 1 fois/2 semaines,
- 1 fois/mois

15. Quel type de traitement prescrivez-vous le plus dans le cadre des troubles anxieux ?

- Benzodiazépines,
- Anxiolytiques non BZD,
- Neuroleptiques,
- Antidépresseurs ISRS ou IRSNa,
- Autres antidépresseurs,
- Hypnotiques,
- Psychothérapie,
- Homéopathie, phytothérapie,
- Aucun,
- Autres : _____

16. Réalisez-vous un bilan avant la prescription d'un traitement ?

- ECG,
- NFS, Plaquettes,
- Bilan hépatique,
- Ionogramme,
- Créatinine,
- Autres :

17. Quelle prise en charge envisageriez-vous en 1ère intention pour chaque type de trouble anxieux suivant ?

	TAG	Trouble panique	Phobie sociale	Phobie spécifique	Agoraphobie
Benzodiazépines					
Anxiolytiques non BZD					
Neuroleptiques					
Antidépresseurs ISRS ou IRSNa					
Autres antidépresseurs					
Hypnotiques					
Recours à un psychiatre					
Recours à un psychologue					
Homéopathies, Phytothérapie					
Autres					

18. Quelle prise en charge envisageriez-vous en 2^{ème} intention pour chaque type de trouble anxieux suivant ?

	TAG	Trouble panique	Phobie sociale	Phobie spécifique	Agoraphobie
Benzodiazépines					
Anxiolytiques non BZD					
Neuroleptiques					
Antidépresseurs ISRS ou IRSNa					
Autres antidépresseurs					
Hypnotiques					
Recours à un psychiatre					
Recours à un psychologue					
Homéopathies, Phytothérapie					
Autres					

19. Pour quelle(s) raison(s) adressez-vous un patient présentant un trouble anxieux chez un psychiatre ou un psychologue ?

- Manque de temps pour gérer ce type de maladie en consultation au cabinet,
- Manque de connaissance dans ce domaine,
- Echec de tous les traitements essayés,
- Je pense qu'un suivi psychiatrique ou psychologique serait bénéfique,
- Autre :

20. Parmi les propositions suivantes, laquelle vous semble la plus intéressante pour vous aider dans votre prise en charge ?

- Permanence téléphonique d'un médecin psychiatre référent,
- Contact avec les équipes de secteur de psychiatrie (CMP),
- Fiche d'information et/ou réunion FMC,
- Autre :

Annexe 2: Echelle IES-R « *Impact of Event Scale (Revised)* »

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque item et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces difficultés au cours des 7 derniers jours en ce qui concerne_____. Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés ?

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Extrêmement	
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement	0	1	2	3	4
2. Je me réveillais la nuit	0	1	2	3	4
3. Différentes choses m'y faisait penser	0	1	2	3	4
4. Je me sentais irritable et en colère	0	1	2	3	4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	0	1	2	3	4
6. Sans le vouloir, j'y repensais	0	1	2	3	4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	0	1	2	3	4
8. Je me suis tenu loin de ce qui me faisait penser	0	1	2	3	4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête	0	1	2	3	4
10. J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser	0	1	2	3	4
12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face	0	1	2	3	4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés	0	1	2	3	4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement	0	1	2	3	4

15. J'avais du mal à dormir	0	1	2	3	4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement	0	1	22	3	4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire	0	1	2	3	4
18. J'avais du mal à me concentrer	0	1	2	3	4
19. Ce qui me rappelle l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations	0	1	2	3	4
20. J'ai rêvé de l'événement	0	1	2	3	4
21. J'étais aux aguets et sur mes gardes	0	1	2	3	4
22. J'ai essayé de ne pas en parler	0	1	2	3	4

Annexe 3: Echelle PDSS « *Panic Disorder Severity Scale* »

Several of the following questions refer to panic attacks and limited symptom attacks. For this questionnaire we define a panic attack as a sudden rush of fear or discomfort accompanied by at least 4 of the symptoms listed below. In order to qualify as a sudden rush, the symptoms must peak within 10 minutes. Episodes like panic attacks but having fewer than 4 of the listed symptoms are called limited symptom attacks. Here are the symptoms to count :

- Rapid or pounding heartbeat
- Sweating
- Trembling or shaking
- Breathlessness
- Feeling of choking
- Chest pain or discomfort
- Nausea
- Dizziness or faintness
- Feelings of unreality
- Chills or hot flushes
- Fear of losing control or going crazy
- Fear of dying
- Numbness or tingling

1. How many panic and limited symptom attacks did you have during the week?
0 = No panic or limited symptom episodes,
1 = Mild: no full panic attacks and no more than 1 limited symptom attack/day,
2 = Moderate: 1 or 2 full panic attacks and/or multiple limited symptom attacks/day,
3 = Severe: more than 2 full attacks but not more than 1/day on average,
4 = Extreme: full panic attacks occurred more than once a day, more days than not.
2. If you had any panic attacks during the past week, how distressing (uncomfortable, frightening) were they while they were happening? (If you had more than one, give an average rating. If you didn't have any panic attacks but did have limited symptom attacks, answer for the limited symptom attacks.)
0 = Not at all distressing, or no panic or limited symptom attacks during the past week,
1 = Mildly distressing (not too intense),
2 = Moderately distressing (intense, but still manageable), 3 = Severely distressing (very intense),
4 = Extremely distressing (extreme distress during all attacks).
3. During the past week, how much have you worried or felt anxious about when your next panic attack would occur or about fears related to the attacks (for example, that they could

mean you have physical or mental health problems or could cause you social embarrassment)?

0 = Not at all,

1 = Occasionally or only mildly, 2 = Frequently or moderately,

3 = Very often or to a very disturbing degree,

4 = Nearly constantly and to a disabling extent.

4. During the past week were there any places or situations (e.g., public transportation, movie theaters, crowds, bridges, tunnels, shopping malls, being alone) you avoided, or felt afraid of (uncomfortable in, wanted to avoid or leave), because of fear of having a panic attack? Are there any other situations that you would have avoided or been afraid if they had come up during the week, for the same reason? If yes to either question, please rate your level of fear and avoidance this past week.

0 = None: no fear or avoidance,

1 = Mild: occasional fear and/or avoidance but I could usually confront or endure the situation. There was little or no modification of my lifestyle due to this,

2 = Moderate: noticeable fear and/or avoidance but still manageable. I avoided some situations, but I could confront them with a companion. There was some modification of my lifestyle because of this, but my overall functioning was not impaired,

3 = Severe: extensive avoidance. Substantial modification of my lifestyle was required to accommodate the avoidance making it difficult to manage usual activities,

4 = Extreme: pervasive disabling fear and/or avoidance. Extensive modification in my lifestyle was required such that important tasks were not performed.

5. During the past week, were there any activities (e.g., physical exertion, sexual relations, taking a hot shower or bath, drinking coffee, watching an exciting or scary movie) that you avoided, or felt afraid of (uncomfortable doing, wanted to avoid or stop), because they caused physical sensations like those you feel during panic attacks or that you were afraid might trigger a panic attack? Are there any other activities that you would have avoided or been afraid of if they had come up during the week for that reason? If yes to either question, please rate your level of fear and avoidance of those activities this past week.

0 = No fear or avoidance of situations or activities because of distressing physical sensations,

1 = Mild: occasional fear and/or avoidance, but usually I could confront or endure with little distress activities that cause physical sensations. There was little modification of my lifestyle due to this,

2 = Moderate: noticeable avoidance but still manageable. There was definite, but limited, modification of my lifestyle such that my overall functioning was not impaired,

3 = Severe: extensive avoidance. There was substantial modification of my lifestyle or interference in my functioning,

- 4= Extreme: pervasive and disabling avoidance. There was extensive modification in my lifestyle due to this such that important tasks or activities were not performed.
6. During the past week, how much did the above symptoms altogether (panic and limited symptom attacks, worry about attacks, and fear of situations and activities because of attacks) interfere with your ability to work or carry out your responsibilities at home? (If your work or home responsibilities were less than usual this past week, answer how you think you would have done if the responsibilities had been usual.)
- 0 = No interference with work or home responsibilities,
1 = Slight interference with work or home responsibilities, but I could do nearly everything I could if I didn't have these problems,
2 = Significant interference with work or home responsibilities, but I still could manage to do the things I needed to do,
3 = Substantial impairment in work or home responsibilities; there were many important things I couldn't do because of these problems,
4 = Extreme, incapacitating impairment such that I was essentially unable to manage any work or home responsibilities.
7. During the past week, how much did panic and limited symptom attacks, worry about attacks and fear of situations and activities because of attacks interfere with your social life? (If you didn't have many opportunities to socialize this past week, answer how you think you would have done if you did have opportunities.)
- 0 = No interference,
1 = Slight interference with social activities, but I could do nearly everything I could if I didn't have these problems,
2 = Significant interference with social activities but I could manage to do most things if I made the effort,
3 = Substantial impairment in social activities; there are many social things I couldn't do because of these problems,
4 = Extreme, incapacitating impairment, such that there was hardly anything social I could do.

Annexe 4 : Questionnaire des peurs « Fear Questionnaire »

Il permet d'identifier les peurs présentes chez un sujet et de donner un score global de pathologie phobique. Les éléments de ce questionnaire se rapportent à des choses ou à des circonstances qui peuvent effrayer ou provoquer d'autres sensations désagréables.

Mettez une croix en face de chaque question dans la colonne qui décrit le mieux le degré d'inquiétude qu'elle éveille chez vous en ce moment.

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément
1. Bruits d'aspirateur					
2. Blessures ouvertes					
3. Être seul					
4. Être dans un endroit inconnu					
5. Voix fortes					
6. Morts					
7. Parler en public					
8. Traverser des rues					
9. Personnes qui ont l'air déséquilibré					
10. Tomber					
11. Automobiles					
12. Être taquiné					
13. Dentiste					
14. Tonnerre					
15. Sirène d'alarme					
16. Echec					
17. Entrer dans une pièce où d'autres personnes sont déjà assises					
18. Endroits élevés sur le terre ferme					
19. Personnes présentant des malformations					
20. Vers					
21. Créatures imaginaires humaines					
22. Se faire faire une piqûre					
23. Inconnus					
24. Chauve-souris					
25. Voyages					
26. Se sentir en colère					

27. Personne exerçant une autorité					
28. Insectes volants					
29. Voir d'autres personnes se faire piquer					
30. Bruits soudains					
31. Temps gris					
32. Foules					
33. Vastes espaces découverts					
34. Chats					
35. Personne en maintenant une autre					
36. Les « gros durs »					
37. Oiseaux					
38. Vue de l'eau profonde					
39. Être observé pendant son travail					
40. Animaux morts					
41. Armes					
42. Saleté					
43. Insectes rampants					
44. Assister à une bagarre					
45. Personnes laides					
46. Feu					
47. Maladies					
48. Chiens					
49. Être critiqué					
50. Formes étranges					
51. Prendre l'ascenseur					
52. Assister à des interventions chirurgicales					
53. Personnes en colère					
54. Souris					
55. Sang humain ou animal					
56. Se séparer de ses amis					
57. Espaces clos					
58. Perspective d'une opération chirurgicale (a : en train, b : en autobus, c : en voiture)					
59. Se sentir rejeté par les autres					
60. Avion					

61. Odeurs des médicaments					
62. Se sentir désapprouvés					
63. Battements de cœur désordonnés (extrasystoles)					
64. Serpents inoffensifs					
65. Cimetières					
66. Être ignorés					
67. Obscurité					
68. Hommes/femmes nus(es)					
69. Eclairs					
70. Docteurs					
71. Faire des erreurs					
72. Avoir l'air ridicule					

Annexe 5 : Echelle des phobies sociales de Liebowitz

L'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz est un questionnaire de 24 items permettant de mesurer simultanément l'anxiété et l'évitement d'une personne dans les situations d'interaction sociale et les situations de performance.

Pour chacune des situations suivantes, évaluez simultanément le degré d'anxiété ressenti ainsi que la fréquence à laquelle cette situation aurait pu être évitée. (S = interaction sociale, P = performance).

Résultats : Phobie modérée : 55-65 ; Phobie marquée : 65-80 ; Phobie sévère : 80-95 ; Phobie très sévère : > 95.

	Peur ou Anxiété 0 = Aucune 1 = Légère 2 = Moyenne 3 = Sévère	Evitement 0 = Jamais 1 = Occasionnel (0-33%) 2 = Fréquent (33-66%) 3 = Habituel (67-100%)
1. Téléphoner en public (P)		
2. Participer au sein d'un petit groupe (P)		
3. Manger dans un lieu public (P)		
4. Boire en compagnie dans un lieu public (P)		
5. Parler à des gens qui détiennent une autorité (S)		
6. Jouer, donner une représentation ou une conférence devant un public (P)		
7. Aller à une soirée (S)		
8. Travailler en étant observé (P)		
9. Ecrire en étant observé (P)		
10. Contacter par téléphone quelqu'un que vous ne connaissez pas très bien (S)		
11. Parler à des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
12. Rencontrer des inconnus (S)		
13. Uriner dans les toilettes publiques (P)		
14. Entrer dans une pièce alors que tout le monde est déjà assis (P)		
15. Être le centre d'attention (S)		
16. Prendre la parole à une réunion (P)		
17. Passer un examen (P)		

18. Exprimer son désaccord ou sa désapprobation à des gens que vous ne connaissez pas bien		
19. Regarder dans les yeux des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
20. Faire un compte rendu à un groupe (P)		
21. Essayer de draguer quelqu'un (P)		
22. Rapporter des marchandises dans un magasin (S)		
23. Donner une soirée (S)		
24. Résister aux pressions d'un vendeur insistant (S)		

Annexe 6 : Echelle CGI « Clinical Global Impression Severity/Improvement Scale »

1. L'échelle CGI de gravité « CGI Severity Scale » :

Avec cette échelle le médecin évalue avec une échelle de sept points la gravité de l'état clinique du patient.

En fonction de votre expérience clinique totale avec ce type de patient, quel est le niveau de gravité de l'état dépressif du patient ?

- 0 = Non évalué,
- 1 = Normal, pas du tout malade,
- 2 = A la limite,
- 3 = Légèrement malade,
- 4 = Modérément malade,
- 5 = Manifestement malade,
- 6 = Gravement malade,
- 7 = Parmi les patients les plus malades.

2. L'échelle CGI d'amélioration « CGI Improvement Scale » :

Avec cette échelle le médecin évalue sur une échelle de sept points l'amélioration de l'état clinique du patient consécutive à un traitement.

Évaluez l'amélioration totale du patient, qu'elle soit ou non, selon votre opinion, due entièrement au traitement médicamenteux.

Comparé à son état au début du traitement, de quelle façon le patient a-t-il changé ?

- 0 = Non évalué,
- 1 = Très fortement amélioré,
- 2 = Fortement amélioré,
- 3 = Légèrement amélioré,
- 4 = Pas de changement,
- 5 = Légèrement aggravé,
- 6 = Fortement aggravé,
- 7 = Très fortement aggravé.

Annexe 7 : Echelle d'anxiété de Hamilton

Le clinicien doit choisir, en fonction de son expérience, l'intensité qui lui paraît le mieux correspondre à l'état du patient, pour chaque symptôme. L'entretien est libre, mais la liste des symptômes proposés constitue un guide utile et un mémento sémiologique. La cotation est déterminée par la symptomatologie actuelle, c'est-à-dire le comportement au cours de l'entretien ou des symptômes d'une durée maximale d'une semaine.

Cotation :

0 : absent - 1 : léger - 2 : moyen - 3 : fort - 4 : maximal

1. Humeur anxieuse :

Inquiétude - Attente du pire - Appréhension (anticipation de peur) - Irritabilité

2. Tension :

Sensations de tension - Fatigabilité - Impossibilité de se détendre - Réaction de sursaut - Pleurs faciles - Tremblements - Sensation d'être incapable de rester en place

3. Peurs :

Du noir - Des gens qu'on ne connaît pas - D'être abandonné seul - Des gros animaux - De la circulation - De la foule.

4. Insomnie :

Difficultés d'endormissement - Sommeil interrompu - Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil - Rêves pénibles - Cauchemars - Terreurs nocturnes

5. Fonctions intellectuelles (cognitives) :

Difficultés de concentration - Mauvaise mémoire

6. Humeur dépressive :

Perte des intérêts - Ne prend plus de plaisir à ses passe-temps - Dépression - Insomnie du matin - Variations de l'humeur dans la journée

7. Symptômes somatiques généraux (musculaires) :

Douleurs et courbatures dans les muscles – Raideurs musculaires – Sursauts musculaires
– Secousses cloniques – Grincements des dents – Voix mal assurée

8. Symptômes somatiques généraux (sensoriels) :

Tintements des oreilles – Vision brouillée – Bouffées de chaleur ou de froid – Sensations de faiblesse – Sensations de picotements

9. Symptômes cardio-vasculaires :

Tachycardie – Palpitations – Douleur dans la poitrine – Battement des vaisseaux – Sensations syncopales – Extrasystole

10. Symptômes respiratoires :

Poids sur la poitrine ou sensations de constriction – Soupirs – Sensations d'étouffement – Dyspnée.

11. Symptômes gastro-intestinaux :

Dyspepsie – Difficultés à avaler – Vents – « Coliques » abdominales – Borborygmes – Diarrhées – Perte de poids – Constipation

12. Symptômes génito-urinaires :

Mictions fréquentes – Urgence de la miction – Aménorrhée – Ménorragies – Apparition d'une frigidité – Ejaculation précoce – Absence d'érection – Impuissance

13. Symptômes du système nerveux autonome :

Bouche sèche – Accès de rougeur – Pâleur – Vertiges – Tendance à la sudation – Céphalée de tension – Horripilation

14. Comportement lors de l'entretien : Général :

Tendu non à son aise – Agitation nerveuse : des mains, tripote ses doigts, serre les poings, tics, serre son mouchoir – Instabilité, va-et-vient – Tremblements des mains – Front plissé – faciès tendu – Augmentation du tonus musculaire – Respiration haletante – Pâleur faciale
Physiologique :

Avale sa salive – Eructation – Tachycardie au repos – Rythme respiratoire à plus de 20/min – Réflexes tendineux vifs – Tremblement – Dilatation pupillaire – Exophtalmie – Sudation – Battements des paupières

Cotation :

La note globale est la somme des notes obtenues à chacun des items. Il est possible d'avoir 2 notes partielles :

Une note d'anxiété psychique : Somme des items 1-2-3-4-5-6-14
Une note d'anxiété somatique : sommes des items 7 à 13

Total :

Anxiété psychique :

Anxiété somatique :

Normes d'après Bech et Coll. (1989) :

De 0 à 5 = pas d'anxiété,

De 6 à 14 = anxiété mineure,

15 et plus = anxiété majeure

Annexe 8 : Echelle HAD « *the Hospital Anxiety and Depression Scale* »

Lisez chaque série de questions et cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

A1	Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :	D8	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti
3	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	3	<input type="checkbox"/> Presque toujours
2	<input type="checkbox"/> Souvent	2	<input type="checkbox"/> Très souvent
1	<input type="checkbox"/> De temps en temps	1	<input type="checkbox"/> Parfois
0	<input type="checkbox"/> Jamais	0	<input type="checkbox"/> Jamais
D2	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :	A9	J'éprouve des sensations de peur et l'ai l'estomac noué :
0	<input type="checkbox"/> Oui, tout autant	0	<input type="checkbox"/> Jamais
1	<input type="checkbox"/> Pas autant	1	<input type="checkbox"/> Parfois
2	<input type="checkbox"/> Un peu seulement	2	<input type="checkbox"/> Très souvent
3	<input type="checkbox"/> Presque plus du tout	3	<input type="checkbox"/> Presque toujours
A3	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :	D10	Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
3	<input type="checkbox"/> Oui, très nettement	3	<input type="checkbox"/> Plus, du tout
2	<input type="checkbox"/> Oui, mais ce n'est pas trop grave	2	<input type="checkbox"/> Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
1	<input type="checkbox"/> Une peur, mais cela ne m'inquiète pas	1	<input type="checkbox"/> Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0	<input type="checkbox"/> Pas du tout	0	<input type="checkbox"/> J'y prête autant d'attention que dans le passé
D4	Je ris facilement et vois le bon côté des choses :	A11	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :
0	<input type="checkbox"/> Autant que par le passé	3	<input type="checkbox"/> Oui, c'est tout à fait le cas
1	<input type="checkbox"/> Plus autant qu'avant	2	<input type="checkbox"/> Un peu
2	<input type="checkbox"/> Vraiment moins qu'avant	1	<input type="checkbox"/> Pas tellement
3	<input type="checkbox"/> Plus du tout	0	<input type="checkbox"/> Pas du tout
A5	Je me fais du souci :	D12	Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses
3	<input type="checkbox"/> Très souvent	0	<input type="checkbox"/> Autant qu'avant
2	<input type="checkbox"/> Assez souvent	1	<input type="checkbox"/> Un peu moins qu'avant
1	<input type="checkbox"/> Occasionnellement	2	<input type="checkbox"/> Bien moins qu'avant
0	<input type="checkbox"/> Très occasionnellement	3	<input type="checkbox"/> Presque jamais

D6	Je suis de bonne humeur :	A13	J'éprouve des sensations soudaines de panique :
3	<input type="checkbox"/> Jamais	3	<input type="checkbox"/> Vraiment très souvent
2	<input type="checkbox"/> Rarement	2	<input type="checkbox"/> Assez souvent
1	<input type="checkbox"/> Assez souvent	1	<input type="checkbox"/> Pas très souvent
0	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	0	<input type="checkbox"/> Jamais
A7	J peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté :	D14	Je peux prendre du plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télé :
0	<input type="checkbox"/> Oui, quoi qu'il arrive	0	<input type="checkbox"/> Souvent
1	<input type="checkbox"/> Oui, en général	1	<input type="checkbox"/> Parfois
2	<input type="checkbox"/> Rarement	2	<input type="checkbox"/> Rarement
3	<input type="checkbox"/> Jamais	3	<input type="checkbox"/> Très rarement

Addition scores colonne D : Score de dépression entre 0 et 21. Dépression probable au-dessus de 8 et surtout 10.

Addition scores colonne A : Score d'anxiété entre 0 et 21. Anxiété pathologique probable au-dessus de 8 et surtout de 10

Annexe 9 : Echelle de Covi

L'échelle de COVI comporte 3 items côtés de 0 à 4 pour évaluer le discours, le comportement et les plaintes somatiques du sujet anxieux. Sa sensibilité est satisfaisante.

- Discours du sujet :

Nerveux, pas dans son assiette, agité, effrayé sans raison, peureux, tendu, noué, doit éviter certaines conduites, certains lieux, difficultés à se concentrer :

- Inexistant : coter 0,
- Faible : coter 1,
- Moyen : coter 2,
- Beaucoup : coter 3,
- Enorme : coter 4.

- Comportement :

Semble effrayé, angoissé, mal à l'aise, agité :

- Inexistant : coter 0,
- Faible : coter 1,
- Moyen : coter 2,
- Beaucoup : coter 3,
- Enorme : coter 4.

- Plaintes somatiques :

Sudation, tremblement, sensation de striction cardiaque, tachycardie, oppression respiratoire, sensation de chaud ou froid, sommeil agité, estomac noué, boule dans la gorge :

- Inexistant : coter 0,
- Faible : coter 1,
- Moyen : coter 2,
- Beaucoup : coter 3,
- Enorme : coter 4.

Si plusieurs des symptômes sont présents, la cotation est effectuée sur le plus sévère. Le score seuil sur l'échelle de COVI est de 6.

Annexe 10 : Echelle SDS « *Sheehan Disability Scale* »

INSTRUCTION : tous les énoncés se rapportent aux 14 derniers jours. Veuillez cocher une seule case pour chaque question.

<p>TRAVAIL / ETUDES Vos symptômes ont perturbé votre travail / vos études :</p> <p style="text-align: center;">Pas du tout Légèrement Moyennement Beaucoup Enormément</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Je n'ai pas travaillé ou étudié du tout pour des raisons non liées au problème</p>
<p>VIE SOCIALE Vos symptômes ont perturbé votre vie sociale / vos loisirs :</p> <p style="text-align: center;">Pas du tout Légèrement Moyennement Beaucoup Enormément</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>VIE FAMILIALE / TACHES DOMESTIQUES Vos symptômes ont perturbé votre vie familiale / vos tâches domestiques :</p> <p style="text-align: center;">Pas du tout Légèrement Moyennement Beaucoup Enormément</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>

1. Jours d'inactivité totale :

Combien de jours au cours de la dernière semaine vos symptômes vous ont-ils empêché(e) d'aller à l'école ou au travail, ou rendu(e) incapable d'assumer vos responsabilités quotidiennes ?

2. Jours à efficacité réduite :

Combien de jours au cours de la dernière semaine, vous êtes-vous senti(e) si affaibli(e) par vos symptômes que, même si vous êtes allé(e) à l'école ou au travail, votre efficacité était réduite ?

Annexe 11 : Echelle GAD-7

Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants ?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
1. Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
2. Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	0	1	2	3
3. Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	0	1	2	3
4. Difficulté à se détendre	0	1	2	3
5. Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	0	1	2	3
6. Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	0	1	2	3
7. Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	0	1	2	3

Annexe 12 : L'inventaire de l'anxiété de Beck :

Nom : _____		Date : _____		Résultat : _____	
<p>Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en encerclant le chiffre approprié, à quel degré vous avez été affecté par chacun de ces symptômes <i>au cours de la dernière semaine</i>, aujourd'hui inclus.</p>					
Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par...	Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter	
1.Sensations d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3	
2.Bouffées de chaleur	0	1	2	3	
3.« Jambes molles », tremblements dans les jambes	0	1	2	3	
4.Incapacité de se détendre	0	1	2	3	
5.Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3	
6.Étourdissement ou vertige, désorientation	0	1	2	3	
7.Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	2	3	
8.Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3	
9.Terrifié(e)	0	1	2	3	
10.Nervosité	0	1	2	3	
11.Sensation d'étouffement	0	1	2	3	
12.Tremblements des mains	0	1	2	3	
13.Tremblements, chancelant(e)	0	1	2	3	
14.Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	3	
15.Respiration difficile	0	1	2	3	
16.Peur de mourir	0	1	2	3	
17. Sensation de peur, « avoir la frousse »	0	1	2	3	
18.Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3	
19.Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3	
20. Rougeissement du visage	0	1	2	3	
21. Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3	

Annexe 13 : SF-36

SF-36 Questionnaire au patient

RENSEIGNEMENTS

▲ # de dossier

▲ Date (AAAA-MM-JJ)

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

Excellente	Très bonne	Bonne	Médiocre	Mauvaise

2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?

Bien meilleur	Plutôt meilleur moins bon	À peu près pareil	Plutôt moins bon	Beaucoup

3. Les questions suivantes portent sur des activités quotidiennes. Est-ce que votre santé vous limite dans ces activités ?

	Oui, beaucoup limitée	Oui, un peu limitée	Non, pas du tout limitée
a. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport, etc			
b. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux quilles, etc			
c. Soulever et porter les courses.			
d. Monter plusieurs étages par l'escalier.			
e. Monter un étage par l'escalier.			
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir.			
g. Marcher plus d'un kilomètre à pied.			
h. Marcher plusieurs centaines de mètres			
i. Marcher une centaine de mètres.			
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller.			

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous eu certains des problèmes suivants à votre travail ou pendant vos activités quotidiennes suite à votre état de santé physique ?

	Oui	Non
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ?		
b. Avez-vous accompli moins de choses que ce que vous auriez souhaité ?		
c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?		
d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ?		

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous eu certains des problèmes suivants à votre travail ou pendant vos activités quotidiennes suite à votre état de santé émotionnelle ?

	Oui	Non
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ?		
b. Avez-vous accompli moins de choses que ce que vous auriez souhaité ?		
c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention ?		

6. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état de santé, physique ou émotionnelle vous a gêné dans votre vie ou vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

Pas du tout	Un petit peu	Moyennement Beaucoup	Énormément

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?

Nulle	Très faible	Faible	Moyenne	Grande	Très grande

8. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limitée dans votre travail ou vos activités domestiques ?

Pas du tout	Un petit peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément

Les questions suivantes portent sur comment vous vous sentez et comment les choses sont allées pour vous au cours de ces 4 dernières semaines. Choisissez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous ressentez.

9. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
Vous vous êtes sentie dynamique ?						
Vous vous êtes sentie très nerveux.se ?						
Vous vous êtes sentie si découragée que rien ne pouvait vous remonter le moral ?						
Vous vous êtes sentie calme et détendue ?						
Vous vous êtes sentie débordante d'énergie ?						
Vous vous êtes sentie triste et abattue ?						
Vous vous êtes sentie épuisée ?						
Vous vous êtes sentie bien dans votre peau ?						
Vous vous êtes senties fatiguée ?						

10. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limitée dans votre travail ou vos activités domestiques ?

En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais

11. Dans quelle mesure chacun des énoncés suivants sont-ils vrai ou faux pour vous ?

	Totalement vrai	Plutôt vrai	Je ne sais pas	Plutôt faux	Totalement faux
Je tombe malade plus facilement que les autres.					
Je me porte aussi bien que n'importe qui.					
Je m'attends à ce que ma santé se dégrade.					
Je suis en parfaite santé.					



RESUMES



Résumé

Les troubles anxieux regroupent différentes conditions caractérisées par une anxiété excessive, persistante et souvent irrationnelle, pouvant avoir un impact significatif sur la vie quotidienne.

Les troubles anxieux (TA) se classent parmi les problèmes mentaux les plus fréquemment observés dans la pratique des médecins généralistes (MG).

Les troubles anxieux, souvent mal compris et traités de manière insuffisante dans les soins primaires, entraînent une déficience significative et sont fréquemment liés à d'autres problèmes mentaux et physiques, ce qui rend leur prise en charge complexe.

L'insuffisance de psychiatres, estimée à 0,81 pour 100 000 habitants, est bien en deçà du seuil minimal recommandé par l'OMS, qui est de 2,5. Cette carence conduit à impliquer davantage les médecins généralistes (MG) dans la gestion des troubles mentaux, étant donné qu'ils sont les premiers à être consultés, représentant 17,3 % des consultations en médecine générale.

Cette étude, de nature descriptive et transversale, visait principalement à évaluer les connaissances et attitudes des médecins généralistes de la province de Beni Mellal et Marrakech.

Avec un taux de réponse de 34.1%, il est apparu que les MG manifestent un intérêt pour les TA. La plupart des médecins étaient jeunes avec un âge moyen de 38 ans. Plus que la moitié des médecins interrogés travaillaient dans le milieu urbain, réparti entre les centres de santé dans 37% et l'hôpital public dans 30 %.

Le nombre de consultation par semaine toutes pathologies confondues était inférieur à 50 pour 29 % des MG, 50 à 150 pour 31 % des participants. La durée moyenne de consultation était 5 min dans 32 % des cas, 10 min dans 38% et 15 min dans 21 %.

La majorité des médecins participants ont reçu une formation initiale sur les troubles anxieux au cours du deuxième et troisième cycle, avec une disparité sur les sources des

connaissances sur les troubles anxieux. Les MG n'étaient pas toujours à l'aise à prendre en charge les troubles anxieux dans 71%.

Concernant le diagnostic des TA, la moitié des participants demandaient au patient s'il est angoissé parce qu'ils ont l'impression qu'il est, alors que l'attente que le patient en parle lui-même représentait le choix chez 46 % des médecins.

Le trouble anxieux le plus rencontré était le TAG chez la moitié des médecins, alors que le trouble anxieux ressenti comme le plus difficile à prendre en charge était la phobie sociale. Les MG se confrontaient quasiment tous les jours aux troubles anxieux dans 16%. Les médecins renvoyaient leurs patients atteints de TA chaque mois dans 41 %, pendant que le tiers les renvoyait bimensuellement.

Les résultats montrent que les deux tiers des médecins prescrivaient les benzodiazépines, ce qui indique qu'ils ne sont pas bien informés sur les recommandations en ce qui concerne la prise en charge des troubles anxieux.

La cause dominante du recours aux psychiatres était le sentiment qu'il serait bénéfique pour le patient chez 65% des médecins.

Une amélioration potentielle de la prise en charge des TA pourrait découler d'une adaptation de la formation initiale des jeunes médecins, d'un renforcement de la formation continue pour les praticiens en exercice depuis plusieurs années, ainsi que d'une meilleure interaction entre les MG et les psychiatres.

Abstract

Anxiety disorders are a group of conditions characterized by excessive, persistent, and often irrational anxiety, which can have a significant impact on daily life.

Although they share common characteristics such as fear, anxiety, and avoidance, they are distinguished by the object or situation that is the source of these concerns, which can be classified according to the DSM-5 as:

- Generalized anxiety disorder
- Panic disorder
- Social phobia
- Specific phobia
- Agoraphobia

Anxiety disorders (ADs) are among the most common mental health problems seen in the practice of general practitioners (GPs).

ADs, often poorly understood and inadequately treated in primary care, lead to significant disability and are frequently linked to other mental and physical problems, making their management complex.

The shortage of psychiatrists, estimated at 0.81 per 100,000 inhabitants, is well below the minimum threshold recommended by the WHO, which is 2.5. This shortage leads to greater involvement of general practitioners (GPs) in the management of mental disorders, given that they are the first to be consulted, representing 17.3% of general practice consultations.

This study, of a descriptive and cross-sectional nature, mainly aimed to assess the knowledge and attitudes of general practitioners in the province of Beni Mellal and Marrakech.

With a response rate of 34.1%, it appeared that GPs expressed an interest in ADs. Most of the doctors were young with an average age of 38 years. 55% of the doctors interviewed worked in urban areas, divided between health centers (37%) and public hospitals (30%). The number of consultations per week for all pathologies combined was less than 50 for 29% of GPs, 50 to 150

for 31% of the participants. The average consultation time was 5 minutes in 32% of cases, 10 minutes in 38%, while 21% spent 21%.

80% of the participating doctors received initial training on anxiety disorders during the second and third cycles, with a disparity in the sources of knowledge about anxiety disorders. GPs were not always comfortable managing anxiety disorders (71%).

Regarding the diagnosis of ADs, 53% of the participants asked the patient if they were anxious because they felt they were, 46% waited for the patient to bring it up themselves.

The most common anxiety disorder was GAD (50%), while the anxiety disorder that was felt to be the most difficult to manage was social phobia. 16% of GPs faced anxiety disorders almost every day. 41% of GPs saw their patients with ADs every month, while 35% saw them bimonthly.

The results show that 67% of them prescribed benzodiazepines, which indicates that they are not well informed about the recommendations regarding the management of anxiety disorders.

The main reason for referring to psychiatrists was the feeling that it would be beneficial for the patient (65%).

A potential improvement in the management of ADs could result from an adaptation of the initial training of young doctors, a strengthening of continuing education for practitioners in practice for several years, and a better interaction between GPs and psychiatrists.

ملخص:

اضطرابات القلق هي مجموعة من الحالات التي تتميز بقلق مفرط ومستمر وغير منطقي غالباً، ويمكن أن يكون لها تأثير كبير على الحياة اليومية.

على الرغم من أنها تشترك في خصائص مشتركة مثل الخوف والقلق والتحاشي، إلا أنها تختلف حسب

موضوع أو موقف القلق الذي يصيب المريض، ويمكن تصنيفها وفقاً لـ **DSM-5** إلى:

• اضطراب القلق العام

• اضطراب الهلع

• الرهاب الاجتماعي

• رهاب محدد

• الخوف من الأماكن المكشوفة

تعد اضطرابات القلق من بين أكثر مشاكل الصحة العقلية شيوعاً التي يتم ملاحظتها في عيادات الأطباء

العامين.

غالباً ما تكون اضطرابات القلق غير مفهومة جيداً ولا يتم علاجها بشكل كافٍ في الرعاية الأولية، مما يؤدي

إلى ضعف كبير وترتبط غالباً بمشاكل عقلية وجسدية أخرى، مما يجعل علاجها معقداً.

يُقدر نقص أطباء النفس بنسبة 0.81 لكل 100000 نسمة، وهو أقل بكثير من الحد الأدنى الموصى به من

قبل منظمة الصحة العالمية، وهو 2.5. يؤدي هذا النقص إلى زيادة مشاركة الأطباء العامين في إدارة الاضطرابات

العقلية، نظراً لأنهم أول من يتم استشارتهم، حيث يمثلون 17.3% من استشارات الطب العام.

تهدف هذه الدراسة، ذات الطبيعة الوصفية والعرضية، بشكل أساسي إلى تقييم معارف الأطباء العامين في

إقليم بني ملال ومراكش.

بمعدل استجابة 34.1%، بدا أن الأطباء العامين مهتمون باضطرابات القلق. معظم الأطباء كانوا صغاراً

بمتوسط عمر 38 عاماً. 55% من الأطباء الذين تمت مقابلتهم يعملون في المناطق الحضرية، موزعين بين مراكز

الصحة (37%) والمستشفيات العامة (30%). كان عدد الاستشارات أسبوعياً لجميع الأمراض مجتمعة أقل من 50 لـ

29% من الأطباء العامين، و50 إلى 150 لـ 31% من المشاركين. متوسط مدة الاستشارة كان 5 دقائق في 32% من

الحالات، 10 دقائق في 38%، بينما خصص 21% 21 دقيقة.

تلقى 80% من الأطباء المشاركين تدريباً أولياً على اضطرابات القلق خلال الدورتين الثانية والثالثة، مع

وجود تفاوت في مصادر المعرفة حول اضطرابات القلق. لم يكن الأطباء العامون مرتاحين دائماً لإدارة اضطرابات

القلق (71%).

بخصوص تشخيص اضطرابات القلق، سأل 53% من المشاركين المريض عما إذا كان قلقًا لأنهم شعروا أنه كذلك، بينما انتظر 46% أن يتحدث المريض عن ذلك بنفسه.

كان اضطراب القلق الأكثر شيوعًا هو اضطراب القلق المعمم (50%)، بينما كان اضطراب القلق الذي يُنظر إليه على أنه الأكثر صعوبة في العلاج هو الرهاب الاجتماعي. واجه 16% من الأطباء العاميين اضطرابات القلق كل يوم تقريبًا. عاد 41% من الأطباء العاميين لرؤية مرضاهم المصابين باضطرابات القلق كل شهر، بينما عاد 35% إليهم كل شهرين.

تظهر النتائج أن 67% منهم وصفوا البنزوديازيبينات، مما يشير إلى أنهم غير مطلعين على التوصيات المتعلقة بإدارة اضطرابات القلق.

كان السبب الرئيسي لاستشارة أطباء النفس هو الشعور بأن ذلك سيكون مفيدًا للمريض (65%). يمكن أن ينتج تحسين محتمل في إدارة اضطرابات القلق من تعديل التدريب الأولي للأطباء الشباب، وتعزيز التعليم المستمر للممارسين الممارسين لعدة سنوات، وتحسين التفاعل بين الأطباء العاميين وأطباء النفس.



REFERENCES



1. **MOUSSAOUI, D.**
La santé mentale au Maroc: enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies.
L'Encéphale (Paris), 2007.
2. **Kaczurkin AN, Foa EB.**
Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence.
Dialogues Clin Neurosci. sept 2015;17(3):337-46.
3. **Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D.**
Treatment of anxiety disorders.
Dialogues Clin Neurosci. 30 juin 2017;19(2):93-107.
4. **MAJEED, Nadyanna M., CHUA, Yi Jing, KOTHARI, Meenakshi, et al.**
Anxiety disorders and executive functions: A three-level meta-analysis of reaction time and accuracy.
Psychiatry Research Communications, 2023, vol. 3, no 1, p. 100100.
Disponible sur: <https://typeset.io/papers/anxiety-disorders-and-executive-functions-a-three-level-meta-3jqkzerj>
5. **KHAR, Prerna, NISARGA, Vinyas, et PATKAR, Prajakta.**
Optimising Patient Care in Psychiatry-Anxiety Disorders.
In : Handbook on Optimizing Patient Care in Psychiatry. Routledge, 2022. p. 258-272.
6. **VOLEL, B. A., PETELIN, D. S., AKHAPKIN, R. V., et al.**
Cognitive impairment in anxiety disorders.
Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics, 2018, vol. 10, no 1, p. 78-82.
7. **Moussaoui D.**
La santé mentale au Maroc : enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies.
In: L' Encéphale (Paris). 2007.
Disponible sur: <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=19979710>
8. **Tabril T, Chekira A, Housni Touhami YO, El Allani L, Najid I, Hammani Z, et al.**
Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.
Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 juin 2020;68(3):185-92.

9. **Tabril T, Hammani Z, Chekira A, Qassimi F, Bout A, Aarab C, et al.**
La prescription des psychotropes en médecine générale.
Ann Méd–Psychol Rev Psychiatr. 1 juin 2021;179(6):514-8.
10. **Combs H, Markman J.**
Anxiety Disorders in Primary Care.
Med Clin North Am. sept 2014;98(5):1007-23.
11. **Baxter AJ, Vos T, Scott KM, Ferrari AJ,**
Whiteford HA. The global burden of anxiety disorders in 2010.
Psychol Med. août 2014;44(11):2363-74.
12. **Van Houtem CMHH, Laine ML, Boomsma DI, Ligthart L, Van Wijk AJ, De Jongh A.**
A review and meta-analysis of the heritability of specific phobia subtypes and corresponding fears.
J Anxiety Disord. mai 2013;27(4):379-88.
13. **American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs.**
Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM–5. 5th ed.
Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
14. **Klabunde CN, Willis GB, Casalino LP.**
Facilitators and Barriers to Survey Participation by Physicians: A Call to Action for Researchers.
Eval Health Prof. sept 2013;36(3):279-95.
15. **Penninx BWJH, Pine DS, Holmes EA, Reif A.**
Anxiety disorders.
Lancet Lond Engl. 6 mars 2021;397(10277):914-27.
16. **Baxter AJ, Vos T, Scott KM, Norman RE, Flaxman AD, Blore J, et al.**
The regional distribution of anxiety disorders: implications for the Global Burden of Disease Study, 2010.
Int J Methods Psychiatr Res. 22 juill 2014;23(4):422-38.
17. **McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG.**
Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness.
J Psychiatr Res. août 2011;45(8):1027-35.

18. **APA_DSM_Changes_from_DSM-IV-TR_to_DSM-5.pdf.**
Disponible sur:
https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM_Changes_from_DSM-IV-TR_to_DSM-5.pdf
19. **Psychomédia. 2013. Troubles anxieux dans le DSM-5: les différences avec le DSM-IV.**
Disponible sur: <http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2013-04-14/troubles-anxieux-differences-dsm-iv>
20. **Leichsenring F, Leweke F.**
Social Anxiety Disorder. Solomon CG, éditeur.
N Engl J Med. 8 juin 2017;376(23):2255-64.
21. **COTTRAUX, Jean.**
Les psychothérapies cognitives et comportementales.
Elsevier Health Sciences, 2020.
22. **Cackovic C, Nazir S, Marwaha R.**
Panic Disorder [Internet].
StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2022.
Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430973/>
23. **Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs.**
Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2016. (L'officiel ECN).
24. **Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull-Erpelding MC, éditeurs.**
Mini DSM-5®: critères diagnostiques.
Issy-les-Moulineaux: Publié par Elsevier Masson SAS, [2016]; 2016. 347 p.
25. **Balaram K, Marwaha R.**
Agoraphobia.
In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Disponible sur:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554387/>
26. **Samra CK, Abdijadid S.**
Specific Phobia.
In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Disponible sur:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499923/>

27. **Guelfi JD, Rouillon F, Mallet L.**
Manuel de psychiatrie.
Elsevier Health Sciences; 2021. 1051 p.
28. **Joseph R, Falk A, Smith S, Wilk A.**
Mood and Anxiety Disorders: Generalized Anxiety and Panic Disorders.
FP Essent. avr 2023;527:25-33.
29. **Goodwin GM, Stein DJ.**
Generalised Anxiety Disorder and Depression: Contemporary Treatment Approaches.
Adv Ther. sept 2021;38(S2):45-51.
30. **Lam RW, Michalak EE, Swinson RP.**
Assessment scales in depression, mania, and anxiety.
London: Taylor & Francis; 2005. (Assessment scales in psychiatry series).
31. **Roberge P, Marx P, Couture J, Carrier N, Benoît A, Provencher MD, et al.**
French adaptation and validation of the Panic Disorder Severity Scale—self-report.
BMC Psychiatry. 27 juin 2022;22:434.
32. **Panic Disorder Severity Scale (PDSS).**
NovoPsych. 2021.
Disponible sur: <https://novopsych.com.au/assessments/anxiety/panic-disorder-severity-scale-pdss/>
33. **Truppman Lattie D, Nehoff H, Neehoff S, Gray A, Glue P.**
Anxiolytic effects of acute and maintenance ketamine, as assessed by the Fear Questionnaire subscales and the Spielberger State Anxiety Rating Scale.
J Psychopharmacol (Oxf). févr 2021;35(2):137-41.
34. **Yao SN, Note I, Fanget F, Albuisson E, Bouvard M, Jalenques I, et al.**
L'anxiété sociale chez les phobiques sociaux: Valiation de l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (version Française). [Social anxiety in social phobics: Validation of Liebowitz's social anxiety scale--French version].
Encéphale Rev Psychiatr Clin Biol Thérapeutique. 1999;25:429-35.
35. **Julian LJ.**
Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A).
Arthritis Care Res. nov 2011;63 Suppl 11(0 11):S467-472.

- 36. Dhira TA, Rahman MA, Sarker AR, Mehareen J.**
Validity and reliability of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) among university students of Bangladesh.
PLoS ONE. 16 déc 2021;16(12):e0261590.
- 37. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B.**
A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7.
Arch Intern Med. 22 mai 2006;166(10):1092-7.
- 38. 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.
- 39. Ruiz MA, Zamorano E, García-Campayo J, Pardo A, Freire O, Rejas J.**
Validity of the GAD-7 scale as an outcome measure of disability in patients with generalized anxiety disorders in primary care.
J Affect Disord. févr 2011;128(3):277-86.
- 40. Beard C, Björgvinsson T.**
Beyond generalized anxiety disorder: Psychometric properties of the GAD-7 in a heterogeneous psychiatric sample.
J Anxiety Disord. août 2014;28(6):547-52.
- 41. Kertz S, Bigda-Peyton J, Bjorgvinsson T.**
Validity of the Generalized Anxiety Disorder-7 Scale in an Acute Psychiatric Sample: Validity of the Generalized Anxiety Disorder-7.
Clin Psychol Psychother. mai 2012;n/a-n/a.
- 42. Delgadillo J, Payne S, Gilbody S, Godfrey C, Gore S, Jessop D, et al.**
Brief case finding tools for anxiety disorders: validation of GAD-7 and GAD-2 in addictions treatment.
Drug Alcohol Depend. 1 sept 2012;125(1-2):37-42.
- 43. Sinesi A, Maxwell M, O'Carroll R, Cheyne H.**
Anxiety scales used in pregnancy: systematic review.
BJPsych Open. janv 2019;5(1):e5.
- 44. Zhong QY, Gelaye B, Zaslavsky AM, Fann JR, Rondon MB, Sánchez SE, et al.**
Diagnostic Validity of the Generalized Anxiety Disorder - 7 (GAD-7) among Pregnant Women.
PloS One. 2015;10(4):e0125096.

45. **Terrill AL, Hartoonian N, Beier M, Salem R, Alschuler K.**
The 7-item generalized anxiety disorder scale as a tool for measuring generalized anxiety in multiple sclerosis.
Int J MS Care. 2015;17(2):49-56.
46. **Hinz A, Klein AM, Brähler E, Glaesmer H, Luck T, Riedel-Heller SG, et al.**
Psychometric evaluation of the Generalized Anxiety Disorder Screener GAD-7, based on a large German general population sample.
J Affect Disord. 1 mars 2017;210:338-44.
47. **García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, et al.**
Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool.
Health Qual Life Outcomes. 20 janv 2010;8:8.
48. **Donker T, van Straten A, Marks I, Cuijpers P.**
Quick and easy self-rating of Generalized Anxiety Disorder: validity of the Dutch web-based GAD-7, GAD-2 and GAD-SI.
Psychiatry Res. 30 juin 2011;188(1):58-64.
49. **Sousa TV, Viveiros V, Chai MV, Vicente FL, Jesus G, Carnot MJ, et al.**
Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale.
Health Qual Life Outcomes. 25 avr 2015;13:50.
50. **Mills SD, Fox RS, Malcarne VL, Roesch SC, Champagne BR, Sadler GR.**
The psychometric properties of the generalized anxiety disorder-7 scale in Hispanic Americans with English or Spanish language preference.
Cultur Divers Ethnic Minor Psychol. juill 2014;20(3):463-8.
51. **Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA.**
An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties.
J Consult Clin Psychol. déc 1988;56(6):893-7.
52. **guide_medecin_troubles_anxieux.pdf.**
Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf

53. **Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Ameringen MV.**
Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. 2014;
54. **Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders – PubMed.**
Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16933543/>
55. **Ströhle A, Fydrich T.**
Angsterkrankungen: Welche Psychotherapie für wen?
Nervenarzt. mars 2018;89(3):271-5.
56. **Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JAJ, Hofmann SG.**
Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials.
Depress Anxiety. juin 2018;35(6):502-14.
57. **Cuijpers P, Donker T, Van Straten A, Li J, Andersson G.**
Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies.
Psychol Med. déc 2010;40(12):1943-57.
58. **Heim N, Leichsenring F.**
Psychodynamic therapy of social anxiety disorder.
Psychiatry Res. 1 août 2022;314:114643.
59. **Bögels SM, Wijts P, Oort FJ, Sallaerts SJM.**
PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY VERSUS COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY FOR SOCIAL ANXIETY DISORDER: AN EFFICACY AND PARTIAL EFFECTIVENESS TRIAL: PDT or CBT for Social Anxiety Disorder.
Depress Anxiety. mai 2014;31(5):363-73.
60. **Endhoven B, De Cort K, Matthijssen SJMA, de Jongh A, van Minnen A, Duits P, et al.**
Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy or supportive counseling prior to exposure therapy in patients with panic disorder: study protocol for a multicenter randomized controlled trial (IMPROVE).
BMC Psychiatry. 14 mars 2023;23(1):157.
61. **Javinsky TR, Udo I, Awani T.**
Eye movement desensitisation and reprocessing: part 2 – wider use in stress and trauma conditions.
BJPsych Adv. 27 juin 2022;1-10.

62. **Scelles C, Bulnes LC.**
EMDR as Treatment Option for Conditions Other Than PTSD: A Systematic Review.
Front Psychol. 2021;12.
Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.644369>
63. **Yaşar AB, Kavakçı Ö, Çiftçi ZZ, Tunca GA, Uygun E, Gündoğmuş İ, et al.**
The Effectiveness of Online EMDR 2.0 Group Protocol on Posttraumatic Stress Disorder Symptoms, Depression, Anxiety, and Stress in Individuals Who Have Experienced a Traffic Accident: A Preliminary Study.
J EMDR Pract Res. 29 juin 2023 ;
64. **Zhang H, Yuan X, Mohd Zain NB, Gao Y.**
Analysis of therapeutic effect of subliminal cognition combined with hypnotherapy on anxiety disorder via neural network.
Biotechnol Genet Eng Rev. 2023;0(0):1-18.
65. **Guerraud M.**
Les traitements pharmacologiques des troubles anxieux.
Actual Pharm. nov 2019;58(590):23-6.
66. **Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, Hollander E, Kasper S, Zohar J, et al.**
Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care.
Int J Psychiatry Clin Pract. juin 2012;16(2):77-84.
67. **McGowan OO.**
Pharmacogenetics of anxiety disorders.
Neurosci Lett. 1 mai 2020;726:134443.
68. **Chessick CA, Allen MH, Thase ME, Batista Miralha Da Cunha AA, Kapczinski F, Silva De Lima M, et al.**
Azapirones for generalized anxiety disorder. Cochrane Common Mental Disorders Group, éditeur.
Cochrane Database Syst Rev. 19 juill 2006;2015(6).
Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006115>
69. **Keck M, Ropohl A, Rufer M, Hemmeter U, Bondolfi G, Preisig M, et al.**
Le traitement des troubles anxieux. 1re partie.
Forum Méd Suisse – Swiss Med Forum. 24 août 2011;11(34).
Disponible sur: <https://doi.emh.ch/fms.2011.07588>

70. **Vorspan F.**
Faut-il limiter la durée des traitements par benzodiazépines ? Mise Au Point. 2018;
71. **Falzon CC, Balabanova A.**
Phytotherapy.
Prim Care Clin Off Pract. juin 2017;44(2):217-27.
72. **Sarris J, Ravindran A, Yatham LN, Marx W, Rucklidge JJ, McIntyre RS, et al.**
Clinician guidelines for the treatment of psychiatric disorders with nutraceuticals and phytoceuticals: The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) and Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Taskforce.
World J Biol Psychiatry. 3 juill 2022;23(6):424-55.
73. **Von Känel R, Kasper S, Bondolfi G, Holsboer-Trachsler E, Hättenschwiler J, Hatzinger M, et al.**
Therapeutic effects of Silexan on somatic symptoms and physical health in patients with anxiety disorders: A meta-analysis.
Brain Behav. avr 2021;11(4).
Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/brb3.1997>
74. **Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS, Costa DLDC, Denys D, Dilbaz N, et al.**
World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders – Version 3. Part I: Anxiety disorders.
World J Biol Psychiatry. 7 févr 2023;24(2):79-117.
75. **Ströhle A, Gensichen J, Domschke K.**
The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders.
Dtsch Arztebl Int. sept 2018;115(37):611-20.
76. **Perna G, Alciati A, Riva A, Micieli W, Caldirola D.**
Long-Term Pharmacological Treatments of Anxiety Disorders: An Updated Systematic Review.
Curr Psychiatry Rep. mars 2016;18(3):23.
77. **Pelissolo A, Abou Kassm S, Delhay L.**
Therapeutic strategies for social anxiety disorder: where are we now?
Expert Rev Neurother. 2 déc 2019;19(12):1179-89.

- 78. Mayo–Wilson E, Dias S, Mavranouzouli I, Kew K, Clark DM, Ades AE, et al.**
Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta–analysis.
Lancet Psychiatry. oct 2014;1(5):368-76.
- 79. Pilling S, Mayo–Wilson E, Mavranouzouli I, Kew K, Taylor C, Clark DM, et al.**
Recognition, assessment and treatment of social anxiety disorder: summary of NICE guidance.
BMJ. 22 mai 2013;346:f2541.
- 80. Canton J, Scott KM, Glue P.**
Optimal treatment of social phobia: systematic review and meta–analysis.
Neuropsychiatr Dis Treat. 2012;8:203-15.
- 81. Bakker A, Van Balkom AJLM, Spinhoven P. SSRIs vs.**
TCAs in the treatment of panic disorder: a meta–analysis: SSRIs vs. TCAs in panic disorder.
Acta Psychiatr Scand. sept 2002;106(3):163-7.
- 82. Mw O, Ks T, Ra G, Ry M, Mh P.**
An effect–size analysis of the relative efficacy and tolerability of serotonin selective reuptake inhibitors for panic disorder.
Am J Psychiatry. déc 2001;158(12).
Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11729014/>
- 83. Andrisano C, Chiesa A, Serretti A.**
Newer antidepressants and panic disorder: a meta–analysis.
Int Clin Psychopharmacol. janv 2013;28(1):33.
- 84. Katzelnick DJ, Saidi J, Vanelli MR, Jefferson JW, Harper JM, McCrary KE.**
Time to Response in Panic Disorder in a Naturalistic Setting.
Psychiatry Edgmont. déc 2006;3(12):39-49.
- 85. Goddard AW, Brouette T, Almai A, Jetty P, Woods SW, Charney D.**
Early Coadministration of Clonazepam With Sertraline for Panic Disorder.
Arch Gen Psychiatry. 1 juill 2001;58(7):681-6.
- 86. Pollack MH, Simon NM, Worthington JJ, Doyle AL, Peters P, Toshkov F, et al.**
Combined Paroxetine and Clonazepam Treatment Strategies Compared to Paroxetine Monotherapy for Panic Disorder.
J Psychopharmacol (Oxf). sept 2003;17(3):276-82.

87. **Pompoli A, Furukawa TA, Efthimiou O, Imai H, Tajika A, Salanti G.**
Dismantling cognitive-behaviour therapy for panic disorder: a systematic review and component network meta-analysis.
Psychol Med. sept 2018;48(12):1945-53.
88. **DeGeorge KC, Grover M, Streeter GS.**
Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults.
Am Fam Physician. août 2022;106(2):157-64.
89. **Pompoli A, Furukawa TA, Imai H, Tajika A, Efthimiou O, Salanti G.**
Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis.
Cochrane Database Syst Rev. 2016;(4).
Disponible sur:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011004.pub2/full>
90. **Cuijpers P, Gentili C, Banos RM, Garcia-Campayo J, Botella C, Cristea IA.**
Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis.
J Anxiety Disord. 1 oct 2016;43:79-89.
91. **Van Dis EAM, Van Veen SC, Hagedaars MA, Batelaan NM, Bockting CLH, Van Den Heuvel RM, et al.**
Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis.
JAMA Psychiatry. 1 mars 2020;77(3):265.
92. **Overview | Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management | Guidance | NICE.**
NICE; 2011.
Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>
93. **Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R.**
Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia.
Cochrane Database Syst Rev. 2007;(1).
Disponible sur:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004364.pub2/full>

94. **Imai H, Tajika A, Chen P, Pompoli A, Furukawa TA.**
Psychological therapies versus pharmacological interventions for panic disorder with or without agoraphobia in adults.
Cochrane Database Syst Rev. 12 oct 2016;10(10):CD011170.
95. **Plag J, Petzold MB, Gechter J, Liebscher C, Ströhle A.**
Patients' characteristics and their influence on course of fear during agoraphobic symptom provocation: may SS(N)RI treatment compensate unfavorable individual preconditions?
Nord J Psychiatry. juill 2018;72(5):325-35.
96. **Wardenaar KJ, Lim CCW, Al-Hamzawi AO, Alonso J, Andrade LH, Benjet C, et al.**
The cross-national epidemiology of specific phobia in the World Mental Health Surveys.
Psychol Med. juill 2017;47(10):1744-60.
97. **Eaton WW, Bienvenu OJ, Miloyan B.**
Specific phobias.
Lancet Psychiatry. août 2018;5(8):678-86.
98. **Hood HK, Antony MM.**
Evidence-Based Assessment and Treatment of Specific Phobias in Adults. In: Davis Iii TE, Ollendick TH, Öst LG, éditeurs. Intensive One-Session Treatment of Specific Phobias. New York, NY: Springer New York; 2012. p. 142. (Autism and Child Psychopathology Series).
Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-1-4614-3253-1_2
99. **Choy Y, Fyer AJ, Lipsitz JD.**
Treatment of specific phobia in adults.
Clin Psychol Rev. 1 avr 2007;27(3):266-86.
100. **Parsons TD, Rizzo AA.**
Affective outcomes of virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias: A meta-analysis.
J Behav Ther Exp Psychiatry. 1 sept 2008;39(3):250-61.
101. **Wolitzky-Taylor KB, Horowitz JD, Powers MB, Telch MJ.**
Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis.
Clin Psychol Rev. 1 juill 2008;28(6):1021-37.

102. **Bandelow B, Werner AM, Kopp I, Rudolf S, Wiltink J, Beutel ME.**
The German Guidelines for the treatment of anxiety disorders: first revision.
Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. juin 2022;272(4):571-82.
103. **Ollendick TH, Öst LG, Reuterskiöld L, Costa N, Cederlund R, Sirbu C, et al.**
One-session treatment of specific phobias in youth: A randomized clinical trial in the United States and Sweden.
J Consult Clin Psychol. 2009;77(3):504-16.
104. **Emmelkamp PMG, Krijn M, Hulsbosch AM, de Vries S, Schuemie MJ, van der Mast CAPG.**
Virtual reality treatment versus exposure in vivo: a comparative evaluation in acrophobia.
Behav Res Ther. 1 mai 2002;40(5):509-16.
105. **ROTHBAUM, Barbara O., HODGES, Larry F., KOOPER, Rob, et al.**
Effectiveness of computer-generated (virtual reality) graded exposure in the treatment of acrophobia.
The American journal of psychiatry, 1995, vol. 152, no 4, p. 626-628.
Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7694917/>
106. **Krijn M, Emmelkamp PMG, Olafsson RP, Schuemie MJ, van der Mast CAPG.**
Do self-statements enhance the effectiveness of virtual reality exposure therapy? A comparative evaluation in acrophobia.
Cyberpsychology Behav Impact Internet Multimed Virtual Real Behav Soc. juin 2007;10(3):362-70.
107. **M K, Pm E, Rp O, M B, Lj van G, P S, et al.**
Fear of flying treatment methods: virtual reality exposure vs. cognitive behavioral therapy.
Aviat Space Environ Med. févr 2007;78(2).
Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17310883/>
108. **Wiederhold BK, Jang DP, Gevirtz RG, Kim SI, Kim IY, Wiederhold MD.**
The treatment of fear of flying: a controlled study of imaginal and virtual reality graded exposure therapy.
IEEE Trans Inf Technol Biomed Publ IEEE Eng Med Biol Soc. sept 2002;6(3):218-23.
109. **M TF, C B, J L, Jm BL, Ar del A, Rm B, et al.**
Virtual reality versus computer-aided exposure treatments for fear of flying.
Behav Modif. janv 2011;35(1).
Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21177516/>

110. **Rothbaum BO, Anderson P, Zimand E, Hodges L, Lang D, Wilson J.**
Virtual Reality Exposure Therapy and Standard (in Vivo) Exposure Therapy in the Treatment of Fear of Flying.
Behav Ther. 1 mars 2006;37(1):80-90.
111. **Michaliszyn D, Marchand A, Bouchard S, Martel MO, Poirier-Bisson J.**
A randomized, controlled clinical trial of in virtuo and in vivo exposure for spider phobia.
Cyberpsychology Behav Soc Netw. déc 2010;13(6):689-95.
112. **BOUCHARD, Stéphane, CÔTÉ, Sophie, ST-JACQUES, Julie, et al.**
Effectiveness of virtual reality exposure in the treatment of arachnophobia using 3D games.
Technology and health care, 2006, vol. 14, no 1, p. 19-27.
113. **MALBOS, Eric, MESTRE, D. R., NOTE, I. D., et al.**
Virtual reality and claustrophobia: multiple components therapy involving game editor virtual environments exposure.
CyberPsychology & Behavior, 2008, vol. 11, no 6, p. 695-697.
Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18954278/>
114. **ANDERSSON, Gerhard, WAARA, Johan, JONSSON, Ulf, et al.**
Internet-based self-help versus One-session exposure in the treatment of spider phobia: a randomized controlled trial.
Cognitive Behaviour Therapy, 2009, vol. 38, no 2, p. 114-120.
Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20183690/>
115. **Müller BH, Kull S, Wilhelm FH, Michael T.**
One-session computer-based exposure treatment for spider-fearful individuals--efficacy of a minimal self-help intervention in a randomised controlled trial.
J Behav Ther Exp Psychiatry. juin 2011;42(2):179-84.
116. **BOTELLA, Cristina, QUERO, Soledad, BANOS, Rosa Maria, et al.**
Telepsychology and self-help: the treatment of phobias using the internet.
CyberPsychology & Behavior, 2008, vol. 11, no 6, p. 659-664.
Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18991528/>
117. **Botella C, Bretón-López J, Quero S, Baños R, García-Palacios A.**
Treating Cockroach Phobia With Augmented Reality.
Behav Ther. 1 sept 2010;41(3):401-13.

118. **Vika M, Skaret E, Raadal M, Ost LG, Kvale G.**
One- vs. five-session treatment of intra-oral injection phobia: a randomized clinical study.
Eur J Oral Sci. juin 2009;117(3):279-85.
119. **Krijn M, Emmelkamp PMG, Olafsson RP, Bouwman M, van Gerwen LJ, Spinhoven P, et al.**
Fear of flying treatment methods: virtual reality exposure vs. cognitive behavioral therapy.
Aviat Space Environ Med. févr 2007;78(2):121-8.
120. **Van Gerwen LJ, Spinhoven P, Van Dyck R.**
Behavioral and cognitive group treatment for fear of flying: A randomized controlled trial.
J Behav Ther Exp Psychiatry. 1 déc 2006;37(4):358-71.
121. **Öst LG, Fellenius J, Sterner U.**
Applied tension, exposure in vivo, and tension-only in the treatment of blood phobia.
Behav Res Ther. 1 janv 1991;29(6):561-74.
122. **HELLSTRÖM, Kerstin, FELLENIUS, Jan, et al.**
One versus five sessions of applied tension in the treatment of blood phobia.
Behaviour research and therapy, 1996, vol. 34, no 2, p. 101-112.
Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8741718/>
123. **Hershenberg R, Gros DF, Brawman-Mintzer O.**
Role of atypical antipsychotics in the treatment of generalized anxiety disorder.
CNS Drugs. juin 2014;28(6):519-33.
124. **Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder.**
Work Group on Panic Disorder. American Psychiatric Association.
Am J Psychiatry. mai 1998;155(5 Suppl).
Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9585731/>
125. **Bandelow B.**
Defining Response and Remission in Anxiety Disorders: Toward an Integrated Approach.
CNS Spectr. 2006;11(S12):21-8.
126. **Bandelow B, Baldwin DS, Dolberg OT, Andersen HF, Stein DJ.**
What is the threshold for symptomatic response and remission for major depressive disorder, panic disorder, social anxiety disorder, and generalized anxiety disorder?
J Clin Psychiatry. sept 2006;67(9):1428-34.

127. **Doyle AC, Pollack MH.**
Establishment of remission criteria for anxiety disorders.
J Clin Psychiatry. 2003;64 Suppl 15:40-5.
128. **Kjernisted KD, Bleau P.**
Long-term goals in the management of acute and chronic anxiety disorders.
Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr. mars 2004;49(3 Suppl 1):51S-63S.
129. **Baldwin DS, Stein DJ, Dolberg OT, Bandelow B.**
How long should a trial of escitalopram treatment be in patients with major depressive disorder, generalised anxiety disorder or social anxiety disorder? An exploration of the randomised controlled trial database.
Hum Psychopharmacol. juin 2009;24(4):269-75.
130. **Wu Q, Luo X, Chen S, Qi C, Yang WFZ, Liao Y, et al.**
Stigmatizing Attitudes Towards Mental Disorders Among Non-Mental Health Professionals in Six General Hospitals in Hunan Province.
Front Psychiatry. 2019;10:946.
131. **Vistorte AOR, Ribeiro W, Ziebold C, Asevedo E, Evans-Lacko S, Keeley JW, et al.**
Clinical decisions and stigmatizing attitudes towards mental health problems in primary care physicians from Latin American countries.
PloS One. 2018;13(11):e0206440.
132. **Glynn LG, Valderas JM, Healy P, Burke E, Newell J, Gillespie P, et al.**
The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost.
Fam Pract. oct 2011;28(5):516-23.
133. **O'KELLY, M., TELJEUR, C., O'KELLY, F., et al.**
Structure of general practice in Ireland 1982-2015.
Dublin: Trinity College Dublin, 2016.
Disponible sur:
https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Structure+of+general+practice+in+Ireland&author=M+O%27Kelly&author=C+Teljeur&author=F+O%27Kelly&author=A+Ni+Shuilleabhain&author=T+O%27Dowd&publication_year=2015&
134. **Department of Health: Health service capacity review**
Disponible sur:
https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Health+service+capacity+review&publication_year=2018&

135. **McGovern E, Morris R.**
Medical workforce planning: future demand for general practitioners 2015–2025.
Dublin Health Serv Exec. 2015;
136. **Irving G, Neves AL, Dambha–Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, et al.**
International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries.
BMJ Open. 8 nov 2017;7(10):e017902.
137. **Hobbs FDR, Bankhead C, Mukhtar T, Stevens S, Perera–Salazar R, Holt T, et al.**
Clinical workload in UK primary care: a retrospective analysis of 100 million consultations in England, 2007–14.
Lancet Lond Engl. 4 juin 2016;387(10035):2323-30.
138. **Petek Ster M, Svab I, Zivcec Kalan G.**
Factors related to consultation time: experience in Slovenia.
Scand J Prim Health Care. 2008;26(1):29-34.
139. **van den Berg MJ, de Bakker DH, Westert GP, van der Zee J,**
Groenewegen PP. Do list size and remuneration affect GPs' decisions about how they provide consultations?
BMC Health Serv Res. 26 févr 2009;9:39.
140. **Deveugele M, Derese A, van den Brink–Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J.**
Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries.
BMJ. 31 août 2002;325(7362):472.
141. **Britt HC, Valenti L, Miller GC.**
Determinants of consultation length in Australian general practice.
Med J Aust. 18 juill 2005;183(2):68-71.
142. **Orton PK, Pereira Gray D.**
Factors influencing consultation length in general/family practice.
Fam Pract. oct 2016;33(5):529-34.
143. **Carr–Hill R, Jenkins–Clarke S, Dixon P, Pringle M.**
Do minutes count? Consultation lengths in general practice.
J Health Serv Res Policy. oct 1998;3(4):207-13.

- 144. Salisbury C, Procter S, Stewart K, Bowen L, Purdy S, Ridd M, et al.**
The content of general practice consultations: cross-sectional study based on video recordings.
Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. nov 2013;63(616):e751-759.
- 145. Wilson AD, Childs S, Gonçalves-Bradley DC, Irving GJ.**
Interventions to increase or decrease the length of primary care physicians' consultation.
Cochrane Database Syst Rev. 25 août 2016;2016(8):CD003540.
- 146. Hutton C, Gunn J.**
Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice? A systematic literature review.
BMC Health Serv Res. 17 mai 2007;7:71.
- 147. Wilson A, Childs S.**
The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review.
Br J Gen Pract. déc 2002;52(485):1012.
- 148. Mercer SW, Fitzpatrick B, Gourlay G, Vojt G, McConnachie A, Watt GCM.**
More time for complex consultations in a high-deprivation practice is associated with increased patient enablement.
Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. déc 2007;57(545):960-6.
- 149. Wilson A, Childs S.**
The effect of interventions to alter the consultation length of family physicians: a systematic review.
Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. nov 2006;56(532):876-82.
- 150. Heaney DJ, Walker JJ, Howie JGR, Maxwell M, Freeman GK, Berrey PNE, et al.**
The development of a routine NHS data-based index of performance in general practice (NHSPPI).
Fam Pract. févr 2002;19(1):77-84.
- 151. Lemon TI, Smith RH.**
Consultation Content not Consultation Length Improves Patient Satisfaction.
J Fam Med Prim Care. 2014;3(4):333-9.

152. **Elmore N, Burt J, Abel G, Maratos FA, Montague J, Campbell J, et al.**
Investigating the relationship between consultation length and patient experience: a cross-sectional study in primary care.
Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. déc 2016;66(653):e896-903.
153. **Mercer SW, Fitzpatrick B, Guthrie B, Fenwick E, Grieve E, Lawson K, et al.**
The CARE Plus study – a whole-system intervention to improve quality of life of primary care patients with multimorbidity in areas of high socioeconomic deprivation: exploratory cluster randomised controlled trial and cost-utility analysis.
BMC Med. 22 juin 2016;14(1):88.
154. **Baird B, Charles A, Honeyman M, Maguire D, Das P.**
Understanding pressures in general practice.
London : King's Fund, 2016.
155. **Perl M, Shelp EE.**
Sounding board. Psychiatric consultation masking moral dilemmas in medicine.
N Engl J Med. 2 sept 1982;307(10):618-21.
156. **Goldberg DP, Jenkins L, Millar T, Faragher EB.**
The ability of trainee general practitioners to identify psychological distress among their patients.
Psychol Med. févr 1993;23(1):185-93.
157. **Davidson AS, Reventlow S.**
« It takes some time to get into the rhythm – and to slow the flow of thought »: A qualitative study about experience of time and narrative in psychological interventions in general practice.
Health Lond Engl 1997. juill 2010;14(4):348-68.
158. **Wilkinson SR.**
European health challenges.
BMJ. 4 janv 1992;304(6818):53-53.
159. **Kandel O, Ripault A, Jourdain M, Bouche G.**
[Does the duration of medical consultations have an impact on the prescription of psychotropic drugs? Cross-sectional study carried out in general practice on 2,896 procedures].
Rev Prat. 30 juin 2008;58(12 Suppl):19-24.

- 160. Stern É.**
Étude de la prise en charge des troubles anxieux de l'adulte par les médecins généralistes du Saint-Quentinois.
- 161. Al-Atram AA.**
Physicians' Knowledge and Attitude towards Mental Health in Saudi Arabia.
Ethiop J Health Sci. nov 2018;28(6):771-8.
- 162. Louise M, Manal S.**
General Practitioners knowledge and attitude towards anxiety and depression in Abu Dhabi. 2006
Disponible sur: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/emr-79664>
- 163. Papachristopoulos I, Sazakli E, Leotsinidis M.**
General practitioners' views towards management of common mental health disorders: The critical role of continuing medical education.
BMC Prim Care. 4 mars 2023;24(1):63.
- 164. Williams JW, Rost K, Dietrich AJ, Ciotti MC, Zyzanski SJ, Cornell J.**
Primary care physicians' approach to depressive disorders. Effects of physician specialty and practice structure.
Arch Fam Med. 1999;8(1):58-67.
- 165. Fleury MJ, Imboua A, Aubé D, Farand L, Lambert Y.**
General practitioners' management of mental disorders: a rewarding practice with considerable obstacles.
BMC Fam Pract. 16 mars 2012;13:19.
- 166. Brown HE.**
Identifying Risk of Psychosis in a Primary Care Setting.
JAMA Netw Open. 2 nov 2018;1(7):e185165.
- 167. Hodges B, Inch C, Silver I.**
Improving the psychiatric knowledge, skills, and attitudes of primary care physicians, 1950-2000: a review.
Am J Psychiatry. oct 2001;158(10):1579-86.
- 168. Wittchen HU, Pittrow D.**
Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study.
Hum Psychopharmacol. juin 2002;17 Suppl 1:S1-11.

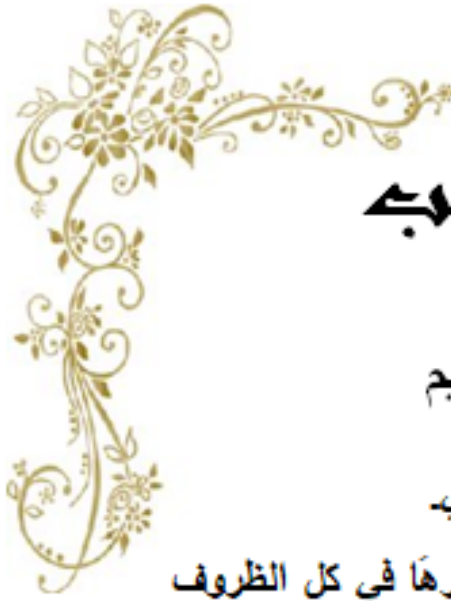
169. **Bass D, Brandenburg D, Danner C.**
The Pocket Psychiatrist: Tools to enhance psychiatry education in family medicine.
Int J Psychiatry Med. 2015;50(1):6-16.
170. **Definition of General Practice / Family Medicine | WONCA Europe [Internet].**
Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>
171. **Coppens E, Van Audenhove C, Gusmão R, Purebl G, Székely A, Maxwell M, et al.**
Effectiveness of General Practitioner training to improve suicide awareness and knowledge and skills towards depression.
J Affect Disord. févr 2018;227:17-23.
172. **Oakley Browne M, Lee A, Prabhu R.**
Self-reported confidence and skills of general practitioners in management of mental health disorders.
Aust J Rural Health. oct 2007;15(5):321-6.
173. **Casey AN, Islam MM, Schütze H, Parkinson A, Yen L, Shell A, et al.**
GP awareness, practice, knowledge and confidence: evaluation of the first nation-wide dementia-focused continuing medical education program in Australia.
BMC Fam Pract. 10 juin 2020;21(1):104.
174. **Salmon P, Peters S, Rogers A, Gask L, Clifford R, Iredale W, et al.**
Peering through the barriers in GPs' explanations for declining to participate in research: the role of professional autonomy and the economy of time.
Fam Pract. juin 2007;24(3):269-75.
175. **O'Brien D, Harvey K, Young B, Reardon T, Creswell C.**
GPs' experiences of children with anxiety disorders in primary care: a qualitative study.
Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. déc 2017;67(665):e888-98.
176. **Wu Q, Luo X, Chen S, Qi C, Long J, Xiong Y, et al.**
Mental health literacy survey of non-mental health professionals in six general hospitals in Hunan Province of China.
PloS One. 2017;12(7):e0180327.
177. **Vermani M, Marcus M, Katzman MA.**
Rates of detection of mood and anxiety disorders in primary care: a descriptive, cross-sectional study.
Prim Care Companion CNS Disord. 2011;13(2):PCC.10m01013.

178. **Huang Y, Wang Y, Wang H, Liu Z, Yu X, Yan J, et al.**
Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study.
Lancet Psychiatry. mars 2019;6(3):211-24.
179. **Yu W, Singh SS, Calhoun S, Zhang H, Zhao X, Yang F.**
Generalized anxiety disorder in urban China: Prevalence, awareness, and disease burden.
J Affect Disord. juill 2018;234:89-96.
180. **Naqvi HA, Sabzwari S, Hussain S, Islam M, Zaman M.**
446 General practitioners' awareness and management of common psychiatric disorders:
a community-based survey from Karachi, Pakistan.
East Mediterr Health J. 1 mai 2012;18(5):446-53.
181. **Wang PS, Demler O, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC.**
Changing profiles of service sectors used for mental health care in the United States.
Am J Psychiatry. juill 2006;163(7):1187-98.
182. **Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC.**
Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the
National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. juin 2005;62(6):629-40.
183. **Weisberg RB, Dyck I, Culpepper L,**
Keller MB. Psychiatric treatment in primary care patients with anxiety disorders: a
comparison of care received from primary care providers and psychiatrists.
Am J Psychiatry. févr 2007;164(2):276-82.
184. **Stein MB, Sherbourne CD, Craske MG, Means-Christensen A, Bystritsky A, Katon W, et al.**
Quality of care for primary care patients with anxiety disorders.
Am J Psychiatry. déc 2004;161(12):2230-7.
185. **Young AS, Klap R, Sherbourne CD, Wells KB.**
The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States.
Arch Gen Psychiatry. janv 2001;58(1):55-61.
186. **Olfson M, Marcus SC, Wan GJ, Geissler EC.**
National trends in the outpatient treatment of anxiety disorders.
J Clin Psychiatry. sept 2004;65(9):1166-73.
187. **Smolders M, Laurant M, Roberge P, van Balkom A, van Rijswijk E, Bower P, et al.**
Knowledge transfer and improvement of primary and ambulatory care for patients with
anxiety.
Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr. mai 2008;53(5):277-93.

188. **Givens JL, Houston TK, Van Voorhees BW, Ford DE, Cooper LA.**
Ethnicity and preferences for depression treatment.
Gen Hosp Psychiatry. 2007;29(3):182-91.
189. **Blanco C, Patel SR, Liu L, Jiang H, Lewis-Fernández R, Schmidt AB, et al.**
National trends in ethnic disparities in mental health care.
Med Care. nov 2007;45(11):1012-9.
190. **Stockdale SE, Lagomasino IT, Siddique J, McGuire T, Miranda J.**
Racial and ethnic disparities in detection and treatment of depression and anxiety among psychiatric and primary health care visits, 1995–2005.
Med Care. juill 2008;46(7):668-77.
191. **Rogers A, Pilgrim D, Brennan S, Sulaiman I, Watson G, Chew-Graham C.**
Prescribing benzodiazepines in general practice: a new view of an old problem.
Health Lond Engl 1997. avr 2007;11(2):181-98.
192. **Dybwad TB, Kjølørød L, Eskerud J, Laerum E.**
Why are some doctors high-prescribers of benzodiazepines and minor opiates? A qualitative study of GPs in Norway.
Fam Pract. oct 1997;14(5):361-8.
193. **Sirdifield C, Anthierens S, Creupelandt H, Chipchase SY, Christiaens T, Siriwardena AN.**
General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis.
BMC Fam Pract. 13 déc 2013;14(1):191.
194. **Cook JM, Marshall R, Masci C, Coyne JC.**
Physicians' perspectives on prescribing benzodiazepines for older adults: a qualitative study.
J Gen Intern Med. mars 2007;22(3):303-7.
195. **Subelj M, Vidmar G, Svab V.**
Prescription of benzodiazepines in Slovenian family medicine: a qualitative study.
Wien Klin Wochenschr. août 2010;122(15-16):474-8.
196. **Stein MB, Roy-Byrne PP, Craske MG, Campbell-Sills L, Lang AJ, Golinelli D, et al.**
Quality of and patient satisfaction with primary health care for anxiety disorders.
J Clin Psychiatry. juill 2011;72(7):970-6.

197. **LOW, Tchern Kuang Lambert, LIM, Chau Sian, et LEE, Cheng.**
Good practices in the prescription of benzodiazepines and other sedative hypnotics.
Singapore Medical Journal, 2023, vol. 64, no 3, p. 217–218.
198. **KENNEDY, Kieran M. et O’RIORDAN, Julien.**
Prescribing benzodiazepines in general practice.
British Journal of General Practice, 2019, vol. 69, no 680, p. 152–153.
199. **Grembowski DE, Martin D, Patrick DL, Diehr P, Katon W, Williams B, et al.**
Managed care, access to mental health specialists, and outcomes among primary care patients with depressive symptoms.
J Gen Intern Med. avr 2002;17(4):258-69.
200. **Norton J, David M, Gandubert C, Bouvier C, Gutierrez LA, Frangeuil A, et al.**
[Ability of French General Practitioners to detect common mental disorders identified using the Patient Health Questionnaire: Has this changed with the introduction of gatekeeping and registration with a chosen doctor?].
L’Encephale. févr 2018;44(1):22-31.
201. **Alexander C, Fraser J.**
General practitioners’ management of patients with mental health conditions: The views of general practitioners working in rural north–western New South Wales.
Aust J Rural Health. déc 2008;16(6):363-9.
202. **Mykletun A, Knudsen AK, Tangen T, Øverland S.**
General practitioners’ opinions on how to improve treatment of mental disorders in primary health care. Interviews with one hundred Norwegian general practitioners.
BMC Health Serv Res. 9 févr 2010;10(1):35.
203. **Ramanuj PP, Pincus HA.**
Collaborative care: enough of the why; what about the how?
Br J Psychiatry J Ment Sci. 26 avr 2019;1-4.
204. **Souliotis K, Agapidaki E, Tzavara C, Economou M.**
Psychiatrists role in primary health care in Greece: findings from a quantitative study.
Int J Ment Health Syst. 2017;11:65.
205. **Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, Sewitch M, Belzile E, Ciampi A.**
Recognition of depression by non–psychiatric physicians—a systematic literature review and meta–analysis.
J Gen Intern Med. janv 2008;23(1):25-36.

206. **Wakida EK, Talib ZM, Akena D, Okello ES, Kinengyere A, Mindra A, et al.**
Barriers and facilitators to the integration of mental health services into primary health care: a systematic review.
Syst Rev. 28 nov 2018;7(1):211.
207. **Duric P, Harhaji S, O'May F, Boderscova L, Chihai J, Como A, et al.**
General practitioners' views towards diagnosing and treating depression in five southeastern European countries.
Early Interv Psychiatry. oct 2019;13(5):1155-64.
208. **Christodoulou NG, Kollias K.**
Current challenges for psychiatry in Greece.
BJPsych Int. août 2019;16(3):60-1.
209. **Liang D, Mays VM, Hwang WC.**
Integrated mental health services in China: challenges and planning for the future.
Health Policy Plan. 1 janv 2018;33(1):107-22.
210. **Wang X, Xiang X, Hao W, Liu T.**
Attitudes toward psychiatry as a prospective career among medical students in their pre-clinical year in China– a pilot study.
PloS One. 2013;8(9):e73395.
211. **Kakuma R, Minas H, Van Ginneken N, Dal Poz MR, Desiraju K, Morris JE, et al.**
Human resources for mental health care: current situation and strategies for action.
The Lancet. nov 2011;378(9803):1654-63.
212. **Zhang W, Li X, Lin Y, Zhang X, Qu Z, Wang X, et al.**
Pathways to psychiatric care in urban north China: a general hospital based study.
Int J Ment Health Syst. 10 sept 2013;7(1):22.
213. **DE Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al.**
Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care.
World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA. févr 2011;10(1):52-77.
214. **Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O, et al.**
Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings.
Lancet Psychiatry. nov 2014;1(6):467-82.



قسم الطبيب

أقسِمُ بِاللّهِ الْعَظِيمِ

أَن أَرِاقِبَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَن أَصُونُ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ
وَالْأَحْوَالِ بِإِذْنِهِ وَسَعْيِي فِي إِتْقَانِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ
وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَن أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.
وَأَن أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بِإِذْنِهِ رِعَايَتِي الطَّبِيبِيَّةَ لِلْقَرِيبِ
وَالْبَعِيدِ، لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَن أَتَأْبِرَ عَلَى طَلَبِ الْعِلْمِ، وَأَسْخِرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ لَا لِأَذَاهِ.
وَأَن أَوْقِرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأَعْلَمَ مَنْ يَصْغُرُنِي، وَأَكُونَ أَخْتًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ
الطَّبِيبِيَّةِ مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَن تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ
اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهِ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ

تقييم معارف ومواقف الأطباء العامين فيما يتعلق باضطرابات القلق

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2024/03/22

من طرف

السيد أيوب بودزا

المزداد في 28 يناير 1998 بفاس

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الأطباء العامون – معارف – مواقف – اضطرابات القلق.

اللجنة

الرئيسة

المشرفة

الحكام



ف. منودي

أستاذة في الطب النفسي

إ. عدلي

أستاذة في الطب النفسي

م. أ. لفيتي

أستاذ في الطب النفسي

س. زاوي

أستاذة في علم العقاقير

السيدة

السيدة

السيد

السيدة