

Troubles anxieux en médecine générale : Principes thérapeutiques

Hélène Richard-Lepouriel, MD MSc PD

Unité Humeur & Anxiété

Service des spécialités psychiatriques

11 février 2026

Quelques chiffres...

- On estime que parmi toutes les personnes souffrant de troubles anxieux dans le monde, moins de 25 % reçoivent une forme de traitement, et parmi elles, moins de 25 % reçoivent un traitement adéquat
- Environ 45%-65% des patients qui reçoivent un traitement adéquat rapportent un changement positif significatif et 51% remplissent les critères pour une rémission complète
- 30% à 60% des patients présentent des symptômes résiduels invalidants même après un traitement de premier choix considéré comme « *evidence-based* »





- Absence de symptômes d'anxiété n'indique pas toujours une rémission complète du trouble
 - Changements comportementaux persistants tels que l'évitement
 - Altération du fonctionnement cognitif (pe: rumination excessive)
- Accent supplémentaire sur la récupération fonctionnelle

Facteurs d'entretien



Utilisation de substances (y compris la caféine)



Privation de sommeil



Comorbidités psychiatriques



Maladies somatiques



Circonstances de vie (stress chronique, événements traumatiques, problèmes financiers,...)

Prise en charge des principaux troubles anxieux

Trouble panique +/- agoraphobie	Citalopram, escitalopram, fluvoxamine, fluoxétine, paroxétine, sertraline, venlafaxine TCC +++ (relaxation, EMDR, thérapie psychodynamique: non concluants/résultats négatifs)
Anxiété généralisée	Escitalopram, paroxétine, sertraline, venlafaxine, duloxétine, agomélatine Prégabaline (seconde ligne car risque d'abus) TCC +++ (relaxation, thérapie psychodynamique: non concluants/résultats négatifs)
Anxiété sociale	Escitalopram, fluvoxamine, paroxétine, sertraline, venlafaxine Prégabaline (seconde ligne car risque d'abus) TCC +++ (thérapie psychodynamique: non concluants/résultats négatifs)



Anxiety disorders

Brenda W J H Penninx,

Department of Psychiatry, Amsterdam University Medical Center, Vrije Universiteit, Amsterdam, Netherlands

GGZ inGeest, Amsterdam, Netherlands

Daniel S Pine,

Emotion and Development Branch, National Institute of Mental Health, Bethesda, MD, USA

Emily A Holmes,

Department of Psychology, Uppsala University, Uppsala, Sweden

Andreas Reif

Department of Psychiatry, Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University Hospital Frankfurt–Goethe University, Frankfurt, Germany

Principes de prescription

- Aucune supériorité nette d'un SSRI versus SNRI
- Rapport bénéfice-risque semble meilleur pour la venlafaxine, l'escitalopram et la sertraline
- Latence de l'effet de 2 à 4 semaines
- Traitement débuté à la dose la plus faible et augmenté lentement
- En cas de réponse, le traitement médicamenteux doit être poursuivi pendant au moins 12 mois
- Benzodiazépines:
 - jamais en monothérapie
 - utilisation limitée aux premières semaines
 - administrées à dose fixe, mais pas selon les besoins, pour éviter le développement d'une dépendance.
- Stratégies de potentialisation non efficaces

Médecine alternative ou complémentaire

- 20% à 73% des patients avec trouble anxieux
- Limites des traitements pharmacologiques conventionnels:
 - Persistance de symptômes
 - Effets indésirables
- De nombreux patients prennent des produits autres que les traitements conventionnels sans en informer leur médecin
- Sources d'information peu fiables pour les patients
- Coût: souvent non remboursés par les assurances
- Accessibilité: pas besoin de prescription donc pas d'évaluation clinique systématique
- Tolérance: manque de données sur la tolérance et les effets indésirables (pas de pharmacovigilance)

Author, year	St John's wort	Valerian	Passiflora	Silexan (Lavender oil)	Galphimia Glauca	Chamomile	Ginkgo Biloba	Yoga (including asanas and pranayam)	Acupuncture	Massage (or with aromatherapy)	Applied relaxation	Light therapy	Mindfulness	Meditation	Hypnosis	Art/Dance/Music therapy	Homeopathy
Andrews <i>et al.</i> 2018 ^M	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0 (GAD)	N/A	0 (GAD, PD, SAD)	N/A	N/A	N/A	N/A
Bandelow <i>et al.</i> 2022 ^M	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0 (GAD)	N/A	N/A	0 (GAD)	N/A	N/A	N/A	N/A	0 (GAD)	0 (GAD)
Greenlee <i>et al.</i> 2017 ^L	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	+(GAD)	0 (GAD)	0 (GAD)	0 (GAD)	N/A	N/A	+(GAD)	N/A	+(GAD)	N/A
Howell <i>et al.</i> 2015 ^H	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0 (GAD)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Hurtado <i>et al.</i> 2020 ^L	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	+(GAD)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Katzman <i>et al.</i> 2014 ^M	-(SAD)	0 (GAD)	0 (GAD)	0 (GAD)	0 (GAD)	N/A	N/A	+(GAD)	0 (GAD)	N/A	N/A	-(GAD)	N/A	+(GAD)	N/A	N/A	N/A
NCCMH. 2011a ^H	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	+(GAD)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
NCCMH. 2011b ^H	N/A	0 (GAD)	0 (GAD)	0 (GAD)	0 (GAD)	0 (GAD)	0 (GAD)	N/A	0 (GAD)	N/A	+(GAD)	N/A	N/A	N/A	0 (GAD)	N/A	N/A
NCCMH. 2013 ^M	-(SAD)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	-(SAD)	N/A	N/A	N/A	N/A
RANZCP 2003 ^L	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0 (PDA)	N/A	N/A	N/A	0 (PDA)	N/A	N/A

FIGURE 6
 Summary of CAM recommendations in each clinical practice guideline. +/green = recommendations supporting the therapy/product use; –/red = recommendations against the therapy/product use; 0/yellow = recommendations unclear, uncertain, conflicting, or “neither for nor against”; N/A/grey = no recommendations provided. The quality of CPGs is assessed according to *AGREE II* instrument and *RIGHT* checklist. H stands for high-quality CPG, M stands for moderate-quality CPG, L stands for low-quality CPG. GAD, generalised anxiety disorder; PD, panic disorder; PDA, panic disorder with agoraphobia; SAD, social anxiety disorder.

Journal of
**Medicinal
Chemistry**

pubs.acs.org/jmc

This article is licensed under [CC-BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Open Access

Article

Novel Psilocin Prodrugs with Altered Pharmacological Properties as Candidate Therapies for Treatment-Resistant Anxiety Disorders

Sheetal A. Raithatha, Jillian M. Hagel, Kaveh Matinkhoo, Lisa Yu, David Press, Sarah G. Cook, Govinda Sharma, D. Dhananjaya, Glynnis Jensen, Jessica B. Lee, Charlie Cai, Jonathan Gallant, Jaideep Bains, Joseph E. Tucker, and Peter J. Facchini*

The Journal of
Clinical Psychiatry

This work may not be copied, distributed, displayed, published, reproduced, transmitted, modified, posted, sold, licensed, or used for commercial purposes. By downloading this file, you are agreeing to the publisher's **Terms & Conditions**.

ORIGINAL RESEARCH

Cannabidiol for Treatment-Resistant Anxiety Disorders in Young People: An Open-Label Trial

Maximus Berger, MD, PhD^{a,b,*}; Emily Li, BPsychPsy^{a,b}; Simon Rice, PhD^{a,b}; Christopher G. Davey, MBBS, PhD^c; Aswin Ratheesh, MBBS, PhD^{a,b}; Sophie Adams, MBBS, PhD^{a,b}; Henry Jackson, PhD^d; Sarah Hetrick, PhD^{a,b}; Alexandra Parker, PhD^{a,b,e}; Tim Spelman, PhD^f; Richard Kevin, PhD^{g,h}; Iain S. McGregor, PhD^{g,h}; Patrick McGorry, MBBS, PhD^{a,b}; and G. Paul Amminger, MD, PhD^{a,b}

Journal of Psychopharmacology
Volume 34, Issue 3, March 2020, Pages 267-272
© The Author(s) 2019, Article Reuse Guidelines
<https://doi.org/10.1177/026981119874457>

SAGE
journals

Original Papers

Effects of ketamine in patients with treatment-refractory generalized anxiety and social anxiety disorders: Exploratory double-blind psychoactive-controlled replication study

Paul Glue ¹, Shona Neehoff¹, Amandine Sabadel², Lucy Broughton², Martin Le Nedelec², Shabah Shadli³, Neil McNaughton³, and Natalie J Medlicott²

Target	Putative anxiolytics
Serotonin	Gepirone Psilocybin ±3,4-methylenedioxyamphetamine (MDMA; 'Ecstasy')
Glutamate	Ketamine Lanicemine
Neuropeptides	Oxytocin Vasopressin V _{1a} antagonist SRX246 Orexin-1 antagonist suvorexant Neuropeptide Y Neuropeptide S
GABA	Zuranolone
Cannabinoids	Cannabidiol
Voltage-dependent ion channels	Riluzole Troriluzole
Vomer nasal receptor cells	Pherin 4-androstadienol (PH94B/aloradine)
Other	Curcumin Galphimine B Xenon gas

Pour conclure



Augmenter les posologies



Intensifier la psychothérapie



Prendre en charge les facteurs d'entretien



Nouvelles molécules en cours d'évaluation