



Université Toulouse III – Paul Sabatier  
Faculté de médecine de Rangueil

---

Année 2021

2021 TOU3 1036

2021 TOU3 1037

## **THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement par  
**Etienne MEYNIER et Marion RUIZ MONANGE**

Le 15 juin 2021

**Guide de prise en charge des troubles anxieux et du  
syndrome de stress post-traumatique chez l'adulte  
en soins premiers : une méta-revue systématique**

Directeur de thèse : Docteur Damien DRIOT

---

**Jury :**

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT Présidente

Monsieur le Docteur Michel BISMUTH Assesseur

Monsieur le Docteur Jordan BIREBENT Assesseur

Monsieur le Docteur Damien DRIOT Assesseur



FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPE Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétricaux
M. PARIENTE Jérôme	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PERRRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SDL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marième	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUAUD Sandra

P.U. Médecine générale

M. DUSTRIC Stéphanie (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Moloko

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL**

**133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex**

**Doyen : E. SERRANO**

**P.U. - P.H.**

**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURJA-RIVIERE Alessandria	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépafo-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELOPD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosline	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

**Professeur Associé de Médecine Générale**

M. STILLMUNKES André

**P.U. - P.H.**

**2ème classe**

M. ABBO Olivier	Chirurgie Infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIBO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Grégory	Médecine Interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

**P.U. Médecine générale**

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**Professeur Associé de Médecine Générale**

M. BOYER Pierre

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**  
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

**M.C.U. - P.H.**

M. APCIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOU Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétiq
Mme CASPAR BAUGUIL Sybille	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CURIOT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIF Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme FREYENS Anne  
M. CHICOULAA Bruno  
Mme PUECH Marielle

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL**  
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

**M.C.U. - P.H**

Mme ABRÁVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétiq
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du Travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine Inténe
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VUA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
M. ESCOURROU Emile

**M.C.A. Médecine Générale**

M. BIREBENT Jordan  
Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme LATROUS Léila

## Remerciements au jury

A notre présidente de jury,

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT, professeur des universités de médecine générale, médecin généraliste. Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Merci de votre implication dans cette fin de cursus et de votre regard sur ce travail. Vous avez toute notre sincère reconnaissance.

A nos maîtres et juges,

A Monsieur le Docteur Michel BISMUTH, maître de conférences des universités et médecin généraliste. Nous vous remercions de votre participation à ce jury et de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail.

A Monsieur le Docteur Jordan BIREBENT, maître de conférences associé et médecin généraliste. Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury et juger ce travail, vous avez toute notre reconnaissance.

A notre directeur de thèse

Monsieur le Docteur Damien DRIOT, médecin généraliste. Nous te remercions de nous avoir accordé ta confiance en nous proposant ce sujet de thèse riche et intéressant et de nous avoir fait profiter de ton expérience de chercheur. Merci pour ta disponibilité, ton soutien et tes précieux conseils tout au long de ce travail. Tu as toute notre gratitude.

## Remerciements personnels de Marion

A ma Maman, à qui je dois à peu près tout. Merci pour ton amour inconditionnel, ta tendresse et ton écoute sans faille. Merci pour toutes les séances de répétitions (en présentiel ou par téléphone). Merci pour le « 13 rue des Lois » et tous les bons petits plats. Merci d'avoir ri à toutes mes blagues (même celles pas très drôles) et merci pour ton humour et tes traits d'esprit. Merci de m'avoir transmis ton amour de l'apprentissage et ta curiosité. Et surtout, merci de ton soutien et ton réconfort depuis toutes ces années, dans ma vie personnelle et professionnelle, sans lesquels je n'aurais pas été bien loin.

A mon Papa. Merci pour ton humour et tes accents chantants. Merci de t'être insurgé des petites injustices comme des grandes. Merci pour les plats de couscous (quand tu veux pour le prochain). Merci d'avoir été là et de m'avoir toujours faite sentir importante et capable de tout.

A mon amoureux, Paul. Merci d'avoir été là pendant toutes ces années de médecine (ce n'est pas fini par contre...). Merci pour tes rires, ton esprit critique et ton humour pinçant. Merci pour ta tendresse. Merci pour tout ce que l'on a partagé et ce qui nous reste à partager. Merci de m'aider à m'affranchir de mes propres limites et de m'avoir toujours poussé vers le haut. Merci pour ta relecture précieuse jusqu'à minuit.

A mon co-thésard, Etienne. Merci pour cette thèse et toutes les sessions de travail du samedi matin. Merci pour l'entraide et le soutien. Pleins de belles choses pour la suite.

A ma Céline. A ma Véro. Depuis si longtemps qu'on ne compte plus.

A mes « copains d'abord » de bébé médecin à docteur : MJ (depuis le tout début), Camille L., Alexis, Maël, Florence, Camille N., Mathilde, Nathalie, Marion P. & co.

A ma « coloc champêtre » : Claire, Arnaud et Thibaut ; merci pour les soirs d'été à Jégun.

Aux maitres de stages et équipes paramédicales de mon internat :

Merci au Dr Edith Laberrenne pour toute ta pédagogie et ton amour de la médecine. Merci à l'équipe de la MSP de Seissan : à Caro pour toute l'aide apportée et les rires ; merci à toutes les IDE de Seissan, Clémence, Marion et Camille. Merci au Dr. Cathy Cancio-Hébert, au Dr. Elasri, au Dr Mouras et au Dr Toutlemonde d'avoir confirmé ma vocation pour la médecine générale. Merci au Dr Stéphanie Laugier-Robiolle et au Dr Mélanie Pulcrano pour m'avoir fait tellement apprécier mon stage en diabétologie. Merci au Dr Christine Moineuse pour ce stage si prenant et si passionnant en rhumatologie. Merci aux équipes des urgences de Cahors de m'avoir accompagné pendant mes premiers pas de médecin. Merci aux équipes de gynéco pédiatrie du CH d'Auch.

Merci à mes anciennes co-internes de folie : Mayssa et Clotide.

## Remerciements personnels d'Etienne

A ma Maman, sans toi tout ce parcours n'aurait pas été possible. Merci pour ton aide : de l'apprentissage de la lecture, dont tu m'as transmis la passion, aux dernières relectures de cette thèse. Merci pour ton accompagnement et ton soutien, grâce à toi les années « médecine » ont été plus paisibles. Merci pour l'amour que tu me portes.

A mon Papa, merci pour ta confiance, tout au long de mon cursus tu m'as toujours soutenu, et encouragé. Les valeurs que tu m'as inculquées font que je suis aujourd'hui.

A Johanna, la lumière de ma vie, merci de ta présence au quotidien, de ton amour, ta patience et tes encouragements. Merci de m'accompagner à la découverte des sentiers du Gers. Je t'aime.

A mes frangins Alexis et Jean, pour les fous rires, pour les jeux de société dans la joie et la mauvaise foi, même en coop ! Pour les déménagements et les montages de meuble (une pensée pour les genoux de Jean). A Capucine, Margot ma filleule et Gaspard mon neveu pour les sourires et la joie de vivre de l'enfance.

A Mamie, Grand-Père et Grand-Mère, aux nombreux cousins et cousines, pour mes meilleurs souvenirs d'enfance, à Biscarrosse comme à Paris et à Saint-Lup, où j'espère pouvoir revenir très vite ! A Jenna, mon amie d'enfance pour tous les bons moments passés ensemble.

A ma co-thésarde Marion, pour t'être lancée avec moi dans cette longue aventure. Merci pour les nombreux échanges et ton soutien, Je te souhaite le meilleur pour la suite.

Aux belles rencontres à l'internat de Cahors, je me souviendrai de la recette du Ti' Punch de Joanna et du Macvin de Stephanie ; et à celles de l'internat d'Auch, en particulier Claire pour m'avoir accompagné dans la découverte de ce beau département.

A Marie-Neige, pour ton implication dans la promotion du Gers auprès des jeunes médecins, pour moi, ça a bien marché !

A mes maîtres de stage, pour vos conseils et vos enseignements qui seront source d'inspiration pour ma pratique future ; au Dr Dutheil, pour m'avoir donné envie de devenir médecin généraliste lors de mon tout premier stage d'externe. Aux géiatres du CHU, pour une transition en douceur et l'autonomisation progressive. Au Dr Saidlitz, pour m'avoir permis de revenir participer à l'équipe mobile de gériatrie lors des stages suivants. Aux urgentistes de Cahors, pour votre écoute et votre disponibilité. Au Dr Abitteboul, et tous les intervenants de médecine du sport et de gynéco pédiatrie à Cahors. Au Dr Pasquio, au Dr André Briffod, pour mes débuts dans le Gers. Au Dr Laberrenne, au Dr Toutlemonde et au Dr Gaudebout, pour la découverte du milieu rural, à toute la MSP de Seissan pour l'accueil. Aux Dr Monticelli, Callas, Coder et Boudou, pour m'avoir permis de faire mes premières armes comme remplaçant et merci pour l'escape game.

A Roméo et Rajah, pour les ronrons et les papouilles, mais arrêtez de marcher sur le clavier !

## Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

## Table des matières

Table des matières .....	1
Figures, tableaux, annexes .....	3
Abréviations .....	4
I. Introduction.....	5
II. Méthode.....	7
A. Critères de sélection.....	7
B. Sources d'information et stratégie de recherche.....	8
C. Sélection des articles .....	9
D. Evaluation des études .....	10
E. Processus de recueil des données .....	11
F. Analyse des données .....	11
III. Résultats .....	12
A. Sélection des études.....	12
B. TAG.....	35
1. Comment repérer et poser le diagnostic ? .....	35
2. Quelles sont les données à rechercher ? .....	35
3. Quelle prise en charge thérapeutique proposer ?.....	36
4. Comment organiser le suivi ?.....	37
C. Syndrome de Stress post traumatique.....	37
1. Comment repérer et poser le diagnostic ? .....	37
2. Quelles sont les données à rechercher ? .....	38
3. Quelle prise en charge thérapeutique proposer ?.....	39
a) Pour le stress aigu : .....	39
b) Pour le SSPT :.....	39
4. Comment organiser le suivi ? .....	40
D. Phobie sociale .....	40
1. Comment repérer et poser le diagnostic ? .....	40
2. Quelles sont les données à rechercher ? .....	41
3. Quelle prise en charge thérapeutique proposer ?.....	41
4. Comment organiser le suivi ? .....	42
E. Trouble panique.....	43
1. Comment repérer et poser le diagnostic ? .....	43
2. Quelles sont les données à rechercher ? .....	43
3. Quelle prise en charge thérapeutique proposer ?.....	44
4. Comment organiser le suivi ? .....	45
F. Trouble obsessionnel compulsif.....	45
1. Comment repérer et poser le diagnostic ? .....	45
2. Quelles sont les données à rechercher ? .....	46
3. Quelle prise en charge thérapeutique proposer ?.....	46
4. Comment organiser le suivi ? .....	47
G. Phobie spécifique.....	48
H. Guides de prise en charge .....	48
IV. Discussion .....	59
A. Synthèse des résultats .....	59

B.	Forces et limites de la méta-revue .....	60
C.	Applicabilité .....	62
V.	Conclusion.....	63
	Bibliographie.....	64
	Annexes.....	78
A.	Critères diagnostiques des troubles anxieux.....	78
B.	Evaluation de la qualité des articles inclus.....	86
1.	Guides thérapeutiques et recommandation pour la pratique clinique.....	86
2.	Méta-analyses et revues systématiques de la littérature : PRISMA et R-AMSTAR.	89
C.	Articles exclus .....	103
D.	Echelles.....	108

## Figures, tableaux, annexes

Annexe 1 : Critères DSM-V du TAG.....	78
Annexe 2 : Critères CIM-10 du TAG.....	78
Annexe 3 : Critères DSM-V du SSPT.....	78
Annexe 4 : Critères CIM-10 du SSPT.....	80
Annexe 5 : Critères DSM-V du stress aigu. ....	80
Annexe 6 : Critères CIM-10 du stress aigu. ....	81
Annexe 7 : Critères DSM-V de la phobie sociale. ....	82
Annexe 8 : Critères CIM-10 de la phobie sociale. ....	82
Annexe 9 : Critères DSM-V du trouble panique. ....	83
Annexe 10 : Critères CIM-10 du trouble panique. ....	84
Annexe 11 : Critères DSM-V du TOC.....	84
Annexe 12 : Critères CIM-10 du TOC.....	85
Annexe 13 : Grille AGREE-II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II).....	86
Annexe 14 : Résultats de l'évaluation AGREE-II. ....	87
Annexe 15 : Check-list PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis).....	89
Annexe 16 : Grille R-AMSTAR (Revised Assessment of Multiple Systematic Reviews). ....	91
Annexe 17 : Résultats de l'évaluation PRISMA.....	93
Annexe 18 : Résultats de l'évaluation R-AMSTAR.....	98
Annexe 19 : Tableau des articles exclus et motifs d'exclusion.....	103
Annexe 20 : Echelle d'évaluation GAD-7.....	108
Annexe 21 : Echelle d'évaluation Mini-SPIN. ....	108
Figure 1 : Diagramme de flux. ....	13
Figure 2 : Guide de prise en charge du TAG chez l'adulte en soins premiers.....	49
Figure 3 : Guide prise en charge du SSPT chez l'adulte en soins premiers.....	51
Figure 4 : Guide de prise en charge de la phobie sociale chez l'adulte en soins premiers. ....	53
Figure 5 : Guide de prise en charge du Trouble panique chez l'adulte en soins premiers.....	55
Figure 6 : Guide de prise en charge du TOC chez l'adulte en soins premiers. ....	57
Tableau 1 : Base de données et équation de recherche.....	8
Tableau 2 : Articles inclus pour la méta-revue.....	14

## Abréviations

Agree-II : *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II*

AHRQ : *Agency for Healthcare Research and Quality*

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

APA : *American Psychological Association*

BAP : *British Association of Psychopharmacology*

BZD : Benzodiazépines

CIM : Classification Internationale des Maladies

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual*

EI : Effets indésirables

EMDR : Eye movement desensitization and reprocessing

HAS : Haute autorité de santé

ISRNa : Inhibiteurs mixtes de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

ISRS : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

IMAO : Inhibiteurs de monoamine oxydase

NICE : *National Institute for Health and Care Excellence*

TAG : Trouble anxieux généralisé

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

TOC : Trouble obsessionnel compulsif

PRISMA : *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*

RANZCP : *Royal Australian and New Zealand College of psychiatrists*

R-AMSTAR : *Revised Assessment of Multiple Systematic Reviews*

RPC : Recommandation de pratique clinique

SSPT : Syndrome de stress post-traumatique

VA/DoD : *Veterans Affairs and Department of Defense*

## I. Introduction

En Europe, les troubles anxieux ont une prévalence annuelle de 8,4 % et vie entière de 14,5% (1). En ce qui concerne la France, la prévalence annuelle est estimée à 15% et vie entière à 21% (2), avec une prédominance féminine (3). Ces troubles concernent tous les âges de la vie, aussi bien les enfants et les adolescents que les adultes (4), avec un âge médian entre 25–45 ans (5). Ils regroupent un ensemble de syndromes anxieux et phobiques dont les différentes entités sont définies par des critères cliniques dans le DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (6) et la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies) (7). Ces troubles anxieux ont un retentissement important pour l'individu, avec des difficultés de fonctionnement dans tous les champs de la vie, au niveau social et familial notamment (8), ainsi qu'une augmentation de la morbi-mortalité (9). Ils peuvent être associés entre eux ou avec d'autres pathologies psychiatriques : dépression, risque suicidaire, conduites addictives (10,11). En plus de leur impact important sur la qualité de vie des sujets, la perte de productivité au travail ainsi que les coûts des prises en charge médicales sont à l'origine d'un poids économique important pour la société (12–14). D'autre part, les troubles anxieux entraînent un grand nombre de consultations en médecine générale (8).

La prévalence élevée de ces troubles est corrélée avec une prescription importante d'anxiolytiques (15,16), notamment la classe des benzodiazépines qui sont les médicaments les plus prescrits (17). Avec 10,3% de sa population ayant recours à des benzodiazépines à visée anxiolytique, la France se place au deuxième rang de leur consommation en Europe (18). En 2015, on observe une baisse de cette consommation mais la proportion de la population française ayant initié un traitement par benzodiazépine est restée stable. Leur utilisation est risquée avec un mauvais profil de tolérance et de sécurité (18). En plus du risque élevé d'addiction et de dépendance physique, les benzodiazépines ont de nombreux effets indésirables en particulier des affections du système nerveux et des affections psychiatriques graves : coma, somnolence, vertiges, troubles de la concentration et de la coordination, syndrome confusionnel (18). Les benzodiazépines altèrent notamment la capacité à la conduite : elles représentent près de la moitié de la part des accidents de la route attribuable aux médicaments, soit entre 3 et 4 % de la totalité des accidents de la route survenant en France, et une augmentation hautement significative du risque d'accident a été mise en évidence chez les conducteurs exposés aux benzodiazépines (18). Des chutes, en particulier chez la personne

âgée, sont fréquemment rapportées sous benzodiazépines (18). Plusieurs études suggèrent aussi un lien entre l'exposition aux benzodiazépines et le risque de démence (18,19). Réduire leur consommation apparaît comme un enjeu majeur de santé publique. Alors que les recommandations récentes de l'HAS préconisent des durées courtes de traitement par benzodiazépines (inférieures à 12 semaines) sur des manifestations anxieuses sévères et invalidantes dans des contextes aigus de la maladie (20), on note que, de 2012 à 2014, 15% des nouveaux utilisateurs de benzodiazépines ont eu un premier épisode de traitement non conforme aux recommandations (18,21), dont 2% d'une durée supérieure à un an (18).

Le médecin généraliste est le premier et souvent le seul impliqué dans la prise en charge des troubles anxieux (22,23), qui posent des difficultés diagnostiques (8,24–26) et thérapeutiques (24,27,28). Il est par ailleurs le premier prescripteur d'anxiolytiques : les traitements par benzodiazépines sont initiés par un médecin généraliste dans 82% des cas (18). On constate une inadéquation entre la pratique clinique et les recommandations de bonnes pratiques avec des difficultés à les mettre en œuvre (27,29). Avec un nombre toujours croissant d'articles publiés, il est impossible pour le médecin généraliste de tout lire (30,31). De plus les recommandations pour la médecine générale sont encore trop souvent fondées sur des études qui ne sont pas réalisées en soins premiers (32). Bien que les médecins généralistes soient conscients de l'importance de ces recommandations et souhaitent les intégrer à leur pratique (33), ils éprouvent des difficultés à trouver des réponses à leurs questions (31). Il apparaît donc nécessaire d'améliorer l'accessibilité à ces recommandations pour les médecins de premiers recours.

Cela pourrait se faire par l'intermédiaire de l'outil en ligne psychotrope.fr (34), site réalisé par un groupe de médecins généralistes enseignants, en se basant sur des données validées par la science. Plusieurs travaux de recherche ont été réalisés dans cette dynamique (35–37). Ce travail est d'ailleurs une mise à jour d'une méta-revue de 2013 sur les troubles anxieux. En effet les outils en lignes sont de plus en plus utilisés en pratique quotidienne (38–40). La mise en ligne de recommandations validées et adaptées à la pratique a d'ailleurs montré une efficacité au Royaume Uni avec les « NICE guidelines » qui ont prouvé une amélioration de la prise en charge dans la dépression et les troubles anxieux (41,42). En France, il existe déjà des outils validés en soins premiers dans d'autres domaines, ils permettent une meilleure application des recommandations existantes (43).

L'objectif est de créer un guide pratique, implémentable sur le site psychotropes.fr, pour la prise en charge des principaux troubles anxieux de l'adulte rencontrés en soins premiers.

## II. Méthode

Une méta-revue systématique de la littérature a été réalisée. Cette méthode, décrite dans le Cochrane Handbook (44), consiste à réaliser une synthèse des méta-analyses et des revues systématiques de la littérature afin d'obtenir les données les plus pertinentes, validées et synthétiques pour la pratique. Des guides thérapeutiques et recommandations pour la pratique clinique, réalisés à partir de revues systématiques pour la plupart, ont d'ailleurs été intégrés dans le but de renforcer et compléter cette synthèse avec des données cliniques pratiques.

Cette méta-revue a été effectuée selon une grille de lecture méthodologique adaptée aux soins premiers (45) en s'appuyant sur les recommandations PRISMA (46,47). Deux chercheurs, auteurs de cette thèse, ont réalisé indépendamment chaque étape de cette méta-revue.

Le protocole d'étude a été enregistré sur la base PROSPERO (48), base de données internationale d'enregistrement des protocoles de revues systématiques, sous le numéro CRD42020186252.

### A. Critères de sélection

Les critères d'inclusion des articles étaient les suivants :

- **Types d'articles** : revues systématiques, méta-analyses, guides thérapeutiques et recommandations de bonne pratique
- **Date de publication** : du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 12 octobre 2019
- **Langue** : anglais et français
- **Population** : patients consultant en médecine générale
- **Pathologie étudiée** : troubles anxieux, syndrome de stress post-traumatique, troubles obsessionnels compulsifs
- **Critères d'analyse** : stratégie de prise en charge des troubles anxieux

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Articles traitant exclusivement de la prise en charge des troubles anxieux dans la population pédiatrique
- Articles traitant exclusivement de la prise en charge, pharmacologique ou non, relevant des médecins spécialistes ou des soins secondaires, institutionnels ou hospitaliers
- Médicaments étudiés : articles traitant uniquement de spécialités n'ayant pas l'AMM en France pour les troubles anxieux ou les comorbidités associées

## B. Sources d'information et stratégie de recherche

Les recherches ont été effectuées sur trois bases de données : PubMed, Cochrane Library et Web of Science. Les résultats de ces recherches ont été extraits le 12 octobre 2019.

**Tableau 1 : Base de données et équation de recherche.**

Base de données	Equation de recherche
Pubmed	((("Anxiety Disorders"[Mesh]) OR ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh])) Filtres: depuis 01/01/2010 + human + English + French + Guideline + meta-analysis + practice guideline + review + systematic review
Cochrane review	("Anxiety Disorders"[Mesh]) OR ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh]) Depuis 01/01/2010
Web of science	(TS=((("anxiety disorders" or "anxiety disorder" or "post traumatic stress disorder" or "post traumatic stress disorders") AND (guideline* OR meta-analysis* OR "systematic review" OR "systematic reviews" OR review* OR "practice guideline" OR "practice guidelines")))) AND LANGUAGE: (English OR French) Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC Timespan=2010-2019

Pour éviter une trop grande spécificité des articles sélectionnés, l'inclusion des articles n'a pas été restreinte aux soins premiers, ce critère entraînant une limitation trop importante des résultats obtenus.

La littérature grise a été explorée manuellement entre le 20/12/2020 et le 31/12/2021 à partir des sites internet des sociétés savantes, des agences nationales et internationales de santé ou du médicament et du *Guideline International Network* (<https://www.g-i-n.net/>). Le guide de l'agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé a été utilisé pour effectuer cette revue de la littérature grise (49). Les mots clés utilisés étaient : *anxiety disorder\**, *obsessive compulsive disorder\**, *post traumatic stress disorder\**, faisant usage de la troncature si nécessaire.

Les références bibliographiques des articles obtenus ont été analysées afin de rechercher d'éventuelles publications pertinentes supplémentaires correspondant aux critères d'inclusion.

### C. Sélection des articles

La sélection des études a été effectuée en deux étapes, chacune réalisée de façon indépendante et en aveugle par deux chercheurs, auteurs de cette thèse :

- Une première étape de sélection en fonction de la lecture des titres et résumés
- Une deuxième étape de sélection par la lecture des articles en entier, ceux retenus lors de l'étape précédente

A la fin de chacune des deux étapes, les données ont été mises en commun entre les deux chercheurs et les désaccords ont été résolus par consensus. Lorsqu'un désaccord persistait, il était résolu par un troisième chercheur, le directeur de cette thèse.

## D. Evaluation des études

Pour chaque article sélectionné, la qualité méthodologique a été évaluée afin de mieux contrôler la qualité de la méta-revue. Les guides thérapeutiques et recommandations pour la pratique clinique ont été évalués à l'aide de l'outil AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*) (50) permettant d'évaluer la rigueur méthodologique, la transparence du processus d'élaboration et la qualité des recommandations. Pour les méta-analyses et les revues systématiques, deux échelles d'évaluation ont été utilisées : la check-list PRISMA (46,47) pour la qualité de la publication et la grille R-AMSTAR (*Revised Assessment of Multiple Systematic Reviews*) (51) pour la méthodologie.

La grille AGREE-II (Annexe 13) est un outil développé par un groupe de chercheurs et concepteurs de RPC, permettant d'évaluer la rigueur méthodologique, la transparence du processus d'élaboration et la qualité des recommandations.

La check-list PRISMA (Annexe 15) est un outil pour la rédaction de revues systématiques et méta-analyses, aussi utilisé pour l'évaluation du rapport de ce type d'articles.

La grille R-AMSTAR (Annexe 16), version adaptée de la grille AMSTAR, permet d'évaluer de manière quantitative la qualité méthodologique de revues systématiques et méta-analyses.

L'évaluation pour chacune de ces grilles est exprimée par un pourcentage et s'est d'abord faite de manière indépendante par les auteurs, puis mise en commun dans un second temps, pour chaque article. En ce qui concerne la grille AGREE-II, la moyenne des pourcentages obtenus par chacun des auteurs a été calculée. En ce qui concerne les grilles PRISMA et R-AMSTAR, les désaccords ont été résolus par discussion entre les deux auteurs.

L'évaluation globale de la méthodologie et de la qualité du rapport a permis de hiérarchiser les données lors de l'élaboration de la synthèse.

## E. Processus de recueil des données

L'ensemble des articles retenus a été analysé à la recherche d'informations sur la prise en charge des troubles anxieux. Pour la première étape, les sources ont été classées selon le type de l'article (recommandations, revues systématiques et méta-analyses). Les chercheurs, indépendamment l'un de l'autre, ont ensuite extrait les données pertinentes de chaque article retenu. Ces données ont été sélectionnées selon une grille établie à priori, comportant les éléments suivants :

- Repérage et critères diagnostiques
- Données cliniques et paracliniques à rechercher en cas de suspicion diagnostique
- Comorbidités et éléments cliniques à rechercher
- Alternatives thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses
- Leurs indications dans les différents troubles étudiés
- Modalités de prescription
- Situations nécessitant un avis spécialisé
- Informations à donner au patient
- Modalités du suivi du patient
- Situations particulières : personnes âgées, femmes enceintes, autres cas particuliers

Ces données ont été mises en commun dans un second temps.

## F. Analyse des données

Une synthèse narrative par comparaison et rapprochement des données extraites a ensuite été effectuée, selon la méthodologie décrite par Popay et al. (52). En cas de données contradictoires, celles provenant de l'article le mieux coté par les grilles d'évaluation ont été privilégiées.

A partir de cette synthèse un guide a été réalisé, présenté sous la forme d'un algorithme de prise en charge des troubles anxieux chez l'adulte.

### III. Résultats

#### A. Sélection des études

La recherche sur les bases de données informatiques a retrouvé 7076 articles. Après exclusion des doublons, il restait 6133 articles.

Sur lecture du titre et du résumé, 105 articles ont été sélectionnés.

67 articles, répondant aux critères d'inclusions, ont été conservés sur lecture complète de ces articles ; 35 articles ont été exclus sur lecture complète et 3 articles n'ont pas pu être retrouvés.

La liste des articles exclus et les raisons de leur exclusion sont détaillées en annexe 19.

La revue de la littérature grise a retrouvé 10 articles supplémentaires, qui ont tous été inclus.

Au total, 77 articles ont été retenus (tableau 2) pour l'élaboration de notre méta-revue systématique. L'ensemble des données concernant la sélection des articles est résumé dans le diagramme de flux ci-dessous (figure 1).

Le détail des évaluations de la qualité des articles et guides sélectionnés est indiqué en annexe : AGREE-II (annexe 14) pour les guides thérapeutiques et RPC, PRISMA (annexe 17) et R-AMSTAR (annexe 18) pour les méta-analyses et revues systématiques.

Concernant les revues systématiques et méta-analyses, la moyenne des scores totaux pour PRISMA était de 81% et pour R-AMSTAR, de 75%.

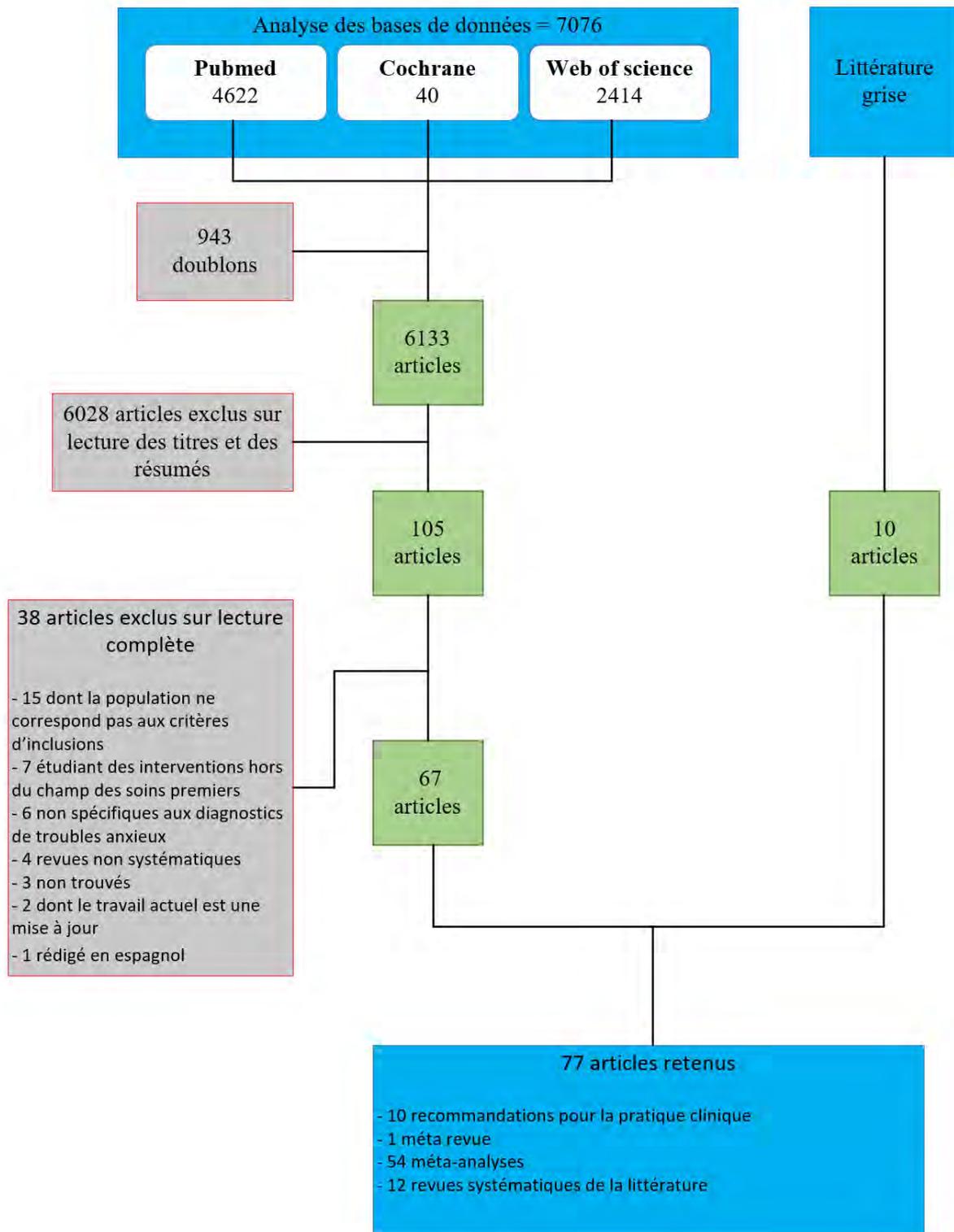
Sur les 67 articles, 66 articles (99%) pour PRISMA et 64 articles (96%) pour R-AMSTAR ont obtenu plus de la moitié du score maximal.

La méta-analyse la mieux évaluée (63) avait un score PRISMA et R-AMSTAR de 100%/91% ; la moins bien évaluée avait un score de 41%/56% (129).

Concernant les recommandations pour la pratique clinique, la moyenne des scores totaux était de 77% pour AGREE-II. Les 10 articles ont obtenu plus de la moitié du score maximal.

La RPC la mieux évaluée (53) avait un score AGREE-II de 88%, la RPC la moins bien évaluée (62) avait un score AGREE-II de 63%.

Figure 1 : Diagramme de flux.



**Tableau 2 : Articles inclus pour la méta-revue.**

Évaluation AGREE-II	Pathologie	Principaux résultats	Population	Méthode	Financement	Conflits d'intérêt	Article Pays
<b>Recommandations pour la pratique clinique</b>							
88%	Syndrome de stress post-traumatique	↓	Adultes (≥ 18 ans)	Revue systématique ± méta-analyse, puis recommandations par consensus issues d'un comité multidisciplinaire	Public	Oui	NICE, 2018 (53) Royaume-Uni
<p><b>Repérage :</b> patients qui présentent des troubles somatiques non étiquetés ou recours multiples au système de santé.</p> <p><b>Diagnostic :</b> critères cliniques selon DSM-V, poser des questions spécifiques sur chaque symptôme de la liste, en lien avec un événement ou expérience traumatique. Définition du SSPT complexe selon ICD-11.</p> <p><b>Traitement :</b> Pour l'état de stress aigu : psychothérapie indiquée dans le mois qui suit le traumatisme. Eviter les benzodiazépines dans le stress aigu. Pour le syndrome de stress post traumatique : TCC centrée sur le traumatisme (thérapie narrative d'exposition, thérapie d'exposition prolongée, thérapie cognitive, ...) avec pour objectif de retrouver un fonctionnement (relation sociales, travail, etc...) ; EMDR entre 1 et 3 mois si le trauma n'est pas en lien avec la guerre, sinon à débiter à plus de trois mois. Si le patient ne souhaite ni l'une ni l'autre ou si persistance symptômes après les interventions spécifiques : possibilité de faire de la TCC à visée d'amélioration du sommeil. Si la personne préfère, possibilité de démarrer un traitement pharmacologique : ISRS (setraline) ou venlafaxine</p> <p><b>Avis spécialisé :</b> si symptômes psychotiques ou non répondeurs aux autres traitements pharmacologiques ni à la psychothérapie, la rispéridone est efficace mais prescription initiale par le psychiatre.</p>							
87%	Phobie sociale	↓	Adultes (≥ 18 ans)	Revue systématique ± méta-analyse, puis recommandations par consensus issues d'un comité multidisciplinaire	Public	Oui	NICE, 2013 (54) Royaume-Uni
<p><b>Repérage :</b> trois items miniSPIN ou deux questions spécifiques à poser. Si positif faire l'évaluation complète avec échelles dédiées.</p> <p><b>Diagnostic :</b> critères cliniques selon DSM-IV, évaluation par professionnel formé. Echelles d'évaluation : GAD-7, PHQ-9, HADS</p> <p><b>Traitement :</b> TCC spécifique à la phobie sociale. Si refus : proposer TCC de support et auto assistance. Pas d'indication pour la thérapie en pleine conscience. Si réponse partielle à la psychothérapie, considérer l'adjonction d'un traitement pharmacologique : ISRS (escitalopram ou sertraline). En l'absence de réponse à 12 semaines, changer d'ISRS (fluoxétine ou paroxétine) ou INSRS (venlafaxine).</p> <p>Ne pas utiliser les anticonvulsivants, les tricycliques, les benzodiazépines ni les antipsychotiques.</p> <p><b>Conseils :</b> si rendez-vous manqué : recontacter le patient et proposer rendez-vous à distance (tél ou visio), éducation thérapeutique du patient et de son entourage</p> <p><b>Suivi :</b> Echelles de suivi LSAS ou SPIN. Revoir le patient de façon hebdomadaire le premier mois, réévaluer ensuite l'efficacité toutes les 2 à 4 semaines le premier trimestre puis tous les trois mois. Poursuite du traitement pharmacologique au moins six mois après efficacité.</p> <p><b>Avis spécialisé :</b> si mésusage ou addiction avec retentissement sévère</p>							

Évaluation AGREE-II	Pathologie	Principaux résultats	Population	Méthode	Financement	Conflits d'intérêt	Article Pays
86%	Trouble anxieux généralisé et trouble panique	↓	Adultes (≥ 18 ans)	Revue systématique ± méta-analyse, puis recommandations par consensus issues d'un comité multidisciplinaire	Public	Oui	NICE, 2018 (55) Royaume-Uni
<p><b>TAG :</b></p> <p><b>Repérage :</b> A envisager chez les patients présentant de l'anxiété ou des inquiétudes très présentes, et chez les patients consultant fréquemment pour un problème physique chronique ou qui recherchent de la réassurance ou s'inquiètent de façon répétée pour un large panel de sujets.</p> <p><b>Diagnostic :</b> Selon DSM-V. Identifier le TAG et communiquer le diagnostic aussi tôt que possible. Prendre en compte l'importance de la détresse provoquée par les symptômes et le retentissement sur le fonctionnement.</p> <p><b>Traitement :</b> Eduquer sur la nature des troubles. Proposer des ressources l'auto-assistance guidée ou non si retentissement léger à modéré en association avec une surveillance active des symptômes. En première intention si retentissement modéré à sévère : psychothérapie (TCC ou relaxation par professionnel formé pour 2 à 15 sessions hebdomadaires d'une heure) ou antidépresseur ISRS (sertraline). Selon préférence du patient car pas d'argument pour supériorité de l'un sur l'autre. En deuxième intention si ISRS inefficace : essai autre ISRS ou ISRN.</p> <p>Benzodiazépines uniquement durant une crise sévère et pour une durée brève, surtout pas en traitement de fond. Pas d'antipsychotiques en soins premiers.</p> <p><b>Conseils :</b> conduite à tenir en cas de crise, contact à joindre. Attention aux médicaments sans ordonnance.</p> <p><b>Suivi :</b> si introduction ISRS revoir le patient la première semaine puis de façon hebdomadaire le premier mois, réévaluer ensuite l'efficacité toutes les 2 à 4 semaines le premier trimestre puis tous les trois mois.</p> <p><b>Avis spécialisé :</b> si risque de suicide, comorbidités importantes, négligence personnelle, absence de réponse après traitement pharmacologique et psychothérapie.</p> <p><b>Trouble panique :</b></p> <p><b>Diagnostic :</b> critères DSM-V, pas suffisamment de preuves pour recommander un questionnaire validé pour dépister le trouble. Rechercher les comorbidités, notamment dépression, mésusage de substances, addictions (attention interaction SSRI et cocaïne)</p> <p><b>Traitement :</b> en cas d'intensité légère : auto assistance guidée ou non. En cas d'intensité modérée à sévère : TCC ou antidépresseur (escitalopram, sertraline, citalopram, paroxétine et venlafaxine en première intention). TCC doit être délivrée par professionnel formé 7 à 14 h sur 4 mois pour des sessions d'1 à 2 heures Eviter les benzodiazépines car moins bons résultats à long terme. Ne pas prescrire d'antihistaminiques sédatifs ou d'antipsychotiques.</p> <p><b>Conseils :</b> activité physique bénéfique</p> <p><b>Suivi :</b> au cas par cas. Si traitement par antidépresseur ISRS : revoir à 15 jours (à 1 semaine si moins de 30 ans car risque accru de suicide) puis à 1 mois puis 6 semaines puis 12 semaines ; si efficace : réévaluation tous les 2 à 3 mois.</p> <p><b>Avis spécialisé :</b> référer au spécialiste si persistance de symptômes significatifs malgré deux interventions utilisées.</p>							

Evaluation AGREE-II	Pathologie	Principaux résultats	Population	Méthode	Financement	Conflits d'intérêt	Article Pays
82%	TAG, phobie sociale, trouble panique	↓	Adultes (≥ 18 ans)	Revue systématique ± méta-analyse, puis recommandations par consensus issues d'un comité multidisciplinaire	Public	Non	RANZCP, 2018 (56) Australie
<p><u>TAG :</u>  <b>Repérage :</b> 2 questions : êtes-vous anxieux de nature ? si oui poser : quand vous vous inquiétez quel est le pire qui puisse arriver ?  <b>Diagnostic :</b> selon DSM-V et ICD-10. Auto-questionnaires, échelles GAD7 ou PSQW3. Rechercher comorbidités notamment dépression  <b>Traitement :</b> en premier lieu éducation, règles hygiéno-diététiques monitoring des symptômes avec autosurveillance active des symptômes. Si symptômes modérés à sévères : TCC ou ISRS. Si retentissement sévère : combinaison des 2.  <b>Suivi :</b> Evaluation de l'efficacité entre 4 et 6 semaines. Impliquer les patients de manière active dans le suivi avec des auto-questionnaires pour suivre les progrès  <b>Population âgée :</b> TCC en première intention car risque d'interactions médicamenteuses si beaucoup d'autres traitements.  <b>Avis spécialisé :</b> si pas de réponse après 12 semaines d'un traitement bien mené.</p> <p><u>Trouble panique :</u>  <b>Diagnostic :</b> attaques de paniques récurrentes, DSM-V ou ICD-10. Déterminer si agoraphobie présente. Eliminer diagnostics différentiels. Prendre en compte les facteurs biopsychosociaux. Relever la sévérité le degré d'impotence fonctionnelle engendré par le trouble et les comorbidités (tabac, substances illicites, médicaments sans ordonnance, trouble de l'humeur, autre trouble anxieux,). Les attentes du patient. Echelles pour diagnostic, la sévérité puis le suivi : PDSS-SR ou PAS  <b>Traitement :</b> Approche collaborative et pragmatique qui débute par de la psychoéducation et des conseils d'hygiène de vie (bon sommeil, alimentation équilibrée, sport). Si traitement indiqué et retentissement modéré : TCC (8 à 12 sessions) ; si retentissement modérément sévère : TCC ou ISRS ou combinaison des deux. Si retentissement sévère : démarrer directement avec une association TCC + ISRS. Combinaison TCC + ISRS &gt; ISRS seuls. En cas d'inefficacité de deux ISRS essayer ISRN. Eviter les benzodiazépines pour le long terme.  <b>Suivi :</b> évaluer la réponse au traitement après 4 à 6 semaines</p> <p><u>Phobie sociale :</u>  <b>Repérage :</b> 2 questions ou mini SPIN  <b>Diagnostic :</b> attention aux diagnostics différentiels (agoraphobie ou dépression sévère), rechercher les comorbidités (autres troubles anxieux, dépression, trouble de l'usage de substances, idées suicidaires). Auto questionnaire : SPS ou SIAS.  <b>Traitement :</b> collaborative ; avec en premier de la psychoéducation et conseils de vie.  Moyen : TCC ; modérément sévère ou sévère : combinaison des deux  Si TCC inefficace, ajout d'un ISRS ; si pharmaco ajouter TCC ou augmenter la dose, si ISRS efficace mais mal toléré changer pour un autre ISRS si second mal toléré changer pour ISRN. Eviter la buspirone, les bêtabloquants et les antipsychotiques.  <b>Suivi :</b> réévaluation de la réponse au traitement 4 à 6 semaines après.</p>							

Evaluation AGREE-II	Pathologie	Principaux résultats	Population	Méthode	Financement	Conflits d'intérêt	Article Pays
77%	Syndrome de stress post-traumatique	↓	Adultes (≥ 18 ans)	Revue systématique	Public	Oui	Australian guidelines, 2020 (57) Australie
<p><b>Traitement</b> : ISRS (sertraline, paroxétine, fluoxétine) ou venlafaxine. Préférer les ISRS à la quétiapine. Dans les trois premiers mois suivant le traumatisme : fournir des informations, un soutien émotionnel et proposer assistance, interventions précoces (attention preuves insuffisantes pour recommander une seule session d'ADMR). Interventions de traitement psychosocial précoce pour les adultes : c'est-à-dire un modèle de soins collaboratif par étape comprenant de la TCC centrée sur le traumatisme ou EDMR. Pour les adultes présentant des symptômes cliniquement pertinents : CPT, EDMR, thérapie cognitive, TCC centrée sur le traumatisme, thérapie d'exposition prolongée. Pas d'arguments pour recommander : Acupuncture/Mindfulness-based stress réduction (MBSR)/activité physique/yoga/hypnothérapie</p>							
76%	Syndrome de stress post-traumatique	↓	Adultes (≥ 18 ans)	Revue systématique ± méta-analyse, puis recommandations par consensus issues d'un comité d'experts	Public	Oui	VA/DOD Clinical practice guideline, 2017 (58) Etats-Unis
<p><u>Stress aigu</u> :</p> <p><b>Repérage</b> : personne ayant été exposée à un traumatisme dans les 30 derniers jours</p> <p><b>Diagnostic</b> : DSM-V. Rechercher les autres comorbidités psychiatriques, facteurs de risques de SSPT, antécédents médicaux, retentissement fonctionnel.</p> <p><b>Traitement</b> : intervention aiguë telle que l'éducation, le suivi des symptômes, le support social, psychothérapie brève centrée sur le traumatisme avec comme composante principale la psychothérapie de restructuration cognitive ou d'exposition. Eviter le débriefing psychologique.</p> <p><u>SSPT</u> :</p> <p><b>Repérage</b> : dépistage périodique avec échelles validées. Pas de preuve pour psychothérapie en prévention du SSPT.</p> <p><b>Diagnostic</b> : Selon DSM-V. Rechercher les facteurs de risques et les facteurs protecteurs. Eliminer un risque de danger pour le patient ou son entourage. Rechercher un autre trouble associé, évaluer la sévérité des symptômes.</p> <p><b>Traitement</b> : éducation du patient et de son entourage sur le SSPT et les options thérapeutiques possibles. Débuter traitement avec accord du patient. Interventions efficaces : psychothérapie individuelle et personnalisée centrée sur le traumatisme si indisponible ou refus du patient possibilité d'initier un traitement pharmacologique (sertraline, paroxétine, fluoxétine ou venlafaxine en monothérapie en première intention). Eviter le cannabis et ses dérivés car pas de preuve de l'efficacité et effets indésirables importants connus.</p> <p>Sinon se tourner vers d'autres type de psychothérapies.</p> <p>Pas de place pour les benzodiazépines ni les antipsychotiques.</p> <p>Si l'objectif est de jouer sur le sommeil : TCC en première intention</p> <p><b>Suivi</b> : réévaluation régulière.</p> <p><b>Conseil</b> : décision partagée pour le choix du traitement. Evaluation indépendante du sommeil surtout si les troubles du sommeil ont débuté avant le début du SSPT</p>							

Evaluation AGREE-II	Pathologie	Principaux résultats	Population	Méthode	Financement	Conflits d'intérêt	Article Pays
73%	Troubles anxieux (TAG, Phobie sociale, Trouble panique), TOC, SSPT	↓	Adultes (≥ 18 ans)	Revue de la littérature pour vérifier la validité des recommandations de 2005	Public	Oui	BAP, 2014 (59) Royaume-Uni
<p><u>TAG :</u>  <b>Repérage :</b> symptômes d'anxiété ou consultations multiples pour un problème de santé sans organicité retrouvée ;  <b>Diagnostic :</b> selon DSM -5, symptômes depuis 6 mois au moins ; recherche des comorbidités (dépression et consommation de substances psychoactives).  <b>Traitement :</b> ISRS (citalopram, escitalopram, paroxétine, sertraline) ou TCC en 1<sup>ère</sup> intention. Autres options : ISRN<sub>a</sub> (duloxétine ou venlafaxine) ou prégabaline (effet dose réponse). Efficacité clinique au bout de 12 semaines. Traitements médicamenteux sur 18 mois.</p> <p><u>SSPT :</u>  <b>Repérage :</b> en cas d'événement traumatique. En prévention SSPT : TCC brève centrée sur le traumatisme ; pas de debriefing.  <b>Diagnostic :</b> selon DSM-5 ; recherche des comorbidités (dépression et consommation de substances psychoactives).  <b>Traitement :</b> ISRS (paroxétine ou sertraline) ou TCC centrée sur le traumatisme en 1<sup>ère</sup> intention. Autres options : ISRN<sub>a</sub> (venlafaxine). Traitements médicamenteux sur 12 mois. Association TCC et ISRS en cas d'échec du traitement initial.</p> <p><u>Trouble panique :</u>  <b>Repérage :</b> à rechercher si les patients présentent des symptômes inexpliqués  <b>Diagnostic :</b> selon DSM-5. Recherche des comorbidités.  <b>Traitement :</b> choisir un traitement qui a prouvé son efficacité : TCC ou un ISRS (tous), certains IMAO, certains ISRN<sub>a</sub>, certaines BZD, certains antiépileptiques. Eviter buspirone, propranolol, bupropion. Efficacité similaire pour approche pharmacologique et psychothérapie. Traitement à poursuivre au moins 6 mois.</p> <p><u>Phobie sociale :</u>  <b>Repérage :</b> Rechercher le trouble chez les patients qui ont de la dépression, des attaques de paniques, un trouble de l'usage de l'alcool ou du cannabis.  <b>Traitement :</b> la plupart des ISRS sont efficaces (escitalopram, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline), si traitement pharmacologique ils sont à mettre en première intention. TCC efficace. Pas de preuve solide pour conseiller la combinaison de deux traitements (TCC + pharmaco) en première intention.</p> <p><u>TOC :</u>  <b>Diagnostic :</b> évaluer le temps occupé par les comportements obsessionnels compulsifs  <b>Traitement :</b> clomipramine et tous les ISRS sont efficaces. De même que la thérapie d'exposition, la TCC, la thérapie cognitive. Combiner pharmaco et traitement psychologique quand l'efficacité doit être maximisée. Traitement à poursuivre 12 mois si efficace.</p> <p><u>Phobie spécifique :</u> TCC avec thérapie d'exposition ou ISRS si échec.</p>							

Evaluation AGREE-II	Pathologie	Principaux résultats	Population	Méthode	Financement	Conflits d'intérêt	Article Pays
70%	Syndrome de stress post-traumatique	↓	Adultes (≥ 18 ans)	Mise à jour d'une revue systématique	Public	Non	
<p><b>Diagnostic</b> : selon DSM-IV et DSM-5. Echelle d'évaluation : CAPS. Rechercher les comorbidités.</p> <p><b>Traitement</b> : Si décision d'un traitement médicamenteux : paroxétine, venlafaxine ou fluoxétine ont le plus de preuves de leur efficacité. Haut niveau de preuve pour l'efficacité de la TCC, la thérapie d'exposition ou mixte. Niveau de preuve plus modéré pour cognitive processing therapy, EMDR et cognitive therapy et thérapie narrative. Pas de preuve suffisante pour conclure à la supériorité du traitement pharmacologique contre non pharmacologique.</p> <p><b>Suivi</b> : études d'une durée de 8 à 12 semaines qui n'incluaient pas une période de suivi, rendant difficile une conclusion sur le suivi et l'efficacité à long terme.</p>							AHRQ, 2018 (60) Etats-Unis
70%	Trouble obsessionnel compulsif	↓	Adultes (≥ 18 ans)	Revue systématique et méta-analyse puis mise à jour des recommandations de 2007 par deux auteurs ayant participé à l'élaboration des dites recommandations	Public	Oui	
<p><b>Diagnostic</b> : selon DSM-5, pas d'impact sur le traitement par rapport aux recommandations précédentes. Le syndrome de Diogène ne fait plus partie des TOC. Utilisation d'échelles à remplir par le patient lui-même ou par le clinicien. Echelles d'auto évaluation OCIR, Y-BOCS.</p> <p><b>Traitement</b> : doit avoir lieu dans l'environnement le moins contraignant possible où le patient se sent en sécurité (par exemple au domicile pour des patients qui ne peuvent pas venir au cabinet). Importance de favoriser l'adhérence au traitement. Première étape : évaluer l'adhérence au traitement, éducation et information. TCC (avec exposition, environ 12 sessions) ou ISRS (tous sont équivalents) ou ISRN ou clomipramine en première intention.</p> <p><b>Suivi</b> : Pour la pharmacothérapie : les bénéfices apparaissent entre 4 à 12 semaines de traitement. Faire attention au risque de suicide lors de l'introduction d'un ISRS en particulier les adultes jeunes. En cas de réponse insatisfaisante à la monothérapie faire un traitement combiné pharmaco + psychothérapie. Poursuite d'un traitement efficace au moins 1 ou 2 ans avant d'envisager une diminution progressive et un arrêt.</p>							APA Practice guidelines, 2013 (61) Etats-Unis

Evaluation AGREE-II	Pathologie	Principaux résultats	Population	Méthode	Financement	Conflits d'intérêt	Article Pays
63%	SSPT, TOC	↓	Adultes (≥ 18 ans)	Consensus d'experts	Public	Non	Canadian clinical practice guidelines, 2014 (62) Canada
<p><u>SSPT :</u>  <b>Repérage :</b> par des questions spécifiques.  <b>Diagnostic :</b> selon DSM-IV ou DSM-V. Rechercher les comorbidités.  <b>Traitement :</b> Psychothérapie : TCC centrée sur le traumatisme (efficace pour l'état de stress aigu et le SSPT), EMDR, thérapie cognitive, thérapie d'exposition prolongée. Pharmacothérapie : en première intention ISRS et ISRN (venlafaxine) ; en seconde intention : mirtazapine, fluvoxamine, phénelzine ; en troisième ligne anticonvulsivants, antipsychotiques atypiques. Non recommandés : alprazolam, citalopram, olanzapine, clonazepam. Pas d'amélioration notée si addition de la TCC au ISRS comparée à la TCC seule.</p> <p><u>TOC :</u>  <b>Repérage :</b> questions spécifiques sur obsessions et compulsions. MACSCREEN.  <b>Traitement :</b> en première ligne : fluoxétine, sertraline, paroxétine, escitalopram, fluvoxamine. En seconde intention : clomipramine, citalopram. L'association pharmacothérapie + TCC est supérieure en termes d'efficacité à la pharmacothérapie seule.</p>							

<b>Evaluation PRISMA / R-AMSTAR</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Principaux résultats</b>	<b>Population</b>	<b>Méthode</b>	<b>Financement</b>	<b>Conflits d'intérêt</b>	<b>Article Pays</b>
<b>Revue systématique de la littérature et méta-analyses</b>							
100% / 91%	SSPT Selon DSM ou ICD	<b>Evaluation de l'efficacité de l'acupuncture :</b> Pas de différence significative comparée au traitement usuel ou au placebo. Peu d'effets indésirables dont aucun grave.	> 18 ans	Revue systématique et méta-analyse	Public	Oui	Grant S. 2017 (63) Etats-Unis
96% / 98%	Trouble panique avec ou sans agoraphobie Selon DSM-III, -III-R, -IV, -V ou ICD-10	<b>Evaluation de l'efficacité des psychothérapies :</b> Amélioration significative à court terme, plus importante pour la TCC qui a aussi un meilleur taux de réponse à long terme. Etudes incluses à haut niveau de risque de biais.	> 18 ans	Méta-analyse en réseau	Public	Oui	Pompoli A. 2016 (64) Italie
96% / 98%	Trouble Panique Selon DSM-III, III-R, IV et ICD-10	<b>Comparaison entre pharmacothérapie et psychothérapie :</b> Aucune preuve de la supériorité ni de l'infériorité d'une thérapie sur l'autre en ce qui concerne l'efficacité à court terme et l'acceptabilité. Faible niveau de preuve.	> 18 ans	Revue systématique et méta-analyse	Public	Non	Imai H. 2016 (65) Japon
96% / 95%	Phobie sociale Selon DSM-III, -III-R, -IV, -IV-TR et -V	<b>Evaluation de l'efficacité des traitements pharmacologiques :</b> ISRS, IMAo et benzodiazépines : efficaces mais niveau de preuve faible. Les ISRS sont la seule pharmacothérapie qui réduit le risque de rechute. Les ISRS et la venlafaxine ont une bonne tolérance.	18 à 70 ans	Revue systématique	Privé	Oui	Williams T. 2017 (66) Pays-Bas
96% / 95%	Trouble Panique Selon DSM-III, III-R, IV et ICD-10	<b>Evaluation de l'azapirone :</b> Pas assez de puissance pour conclure sur l'objectif premier qui était l'efficacité sur le trouble panique. Un profil de sécurité inférieur au placebo.	> 18 ans	Revue systématique	Public	Non	Imai H. 2014 (67) Japon
96% / 86%	Troubles anxieux : TAG, TOC, SSPT, phobie sociale	<b>Evaluation de l'efficacité de la TCC chez la personne âgée :</b> Quasiment que le TAG étudié. Pas d'effet significatif comparé au groupe contrôle actif. Efficacité significative sur la réduction des symptômes comparée au placebo et à la liste d'attente.	> 55 ans	Méta-analyse et méta-régression	Public	Non	Gould R. 2012 (68) Royaume-Uni

<b>Evaluation PRISMA / R-AMSTAR</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Principaux résultats</b>	<b>Population</b>	<b>Méthode</b>	<b>Financement</b>	<b>Conflits d'intérêt</b>	<b>Article Pays</b>
96% / 84%	TAG Selon DSM-IV	<b>Evaluation de l'efficacité et de la tolérance de la duloxétine :</b> Amélioration des symptômes psychiques d'anxiété mais pas des symptômes somatiques par rapport au placebo. Bonne tolérance.	> 18 ans	Méta-analyse	Public	Non	Li X. 2018 (69) Chine
96% / 84%	SSPT Selon DSM-III, -III-R, -IV, -IV-TR et ICD-10	<b>Evaluation de l'efficacité et acceptabilité des traitements pharmacologiques :</b> Efficacité significative pour : phenelzine (plus efficace et meilleure tolérance mais pas d'AMM en France), desipramine, paroxétine, venlafaxine, fluoxétine, risperidone, sertraline et mirtazapine (mais tolérance moins bonne).	> 18 ans	Revue systématique et méta-analyse en réseau	Public	Oui	Cipriani A. 2017 (70) Grèce
96% / 82%	Troubles anxieux Selon DSM-III-R, -IV, V	<b>Evaluation de l'efficacité des TCC :</b> TCC significativement plus efficace que placebo ; effets perdurant après la phase aiguë du traitement ; Meilleurs effets : TOC > TAG > état de stress aigu. Pas le plus adapté pour SSPT, phobie sociale et trouble panique.	Entre 18 et 65 ans	Revue systématique et méta-analyse	Public	Non	Carpenter J. 2018 (71) Etats-Unis
92% / 95%	SSPT Selon DSM-III, -III-R, -IV, ICD-9 et -10	<b>Evaluation de l'efficacité des psychothérapies :</b> EMDR et TCC centrée sur le traumatisme sont significativement plus efficaces que la TCC non centrée sur le traumatisme, les thérapies de support et thérapies psychodynamiques notamment. La TCC non centrée sur le traumatisme est significativement meilleure que les autres thérapies (psychodynamique, de support). Très grande hétérogénéité au niveau des études.	> 18 ans	Revue systématique et méta-analyse	Public	Non	Bisson J. 2013 (72) Danemark
92% / 93%	Trouble panique Selon DSM-III à V, ICD 10	<b>Evaluation de l'efficacité et de la tolérance des benzodiazépines :</b> Efficacité significative pour le traitement à court terme : sur les crises de panique, symptômes paniques et anxieux, symptômes d'agoraphobie, rémission à la fin du traitement. Etudes incluses à haut niveau de biais.	> 18 ans	Revue systématique et méta-analyse	Public	Non	Breilmann J. 2019 (73) Allemagne

<b>Evaluation PRISMA / R-AMSTAR</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Principaux résultats</b>	<b>Population</b>	<b>Méthode</b>	<b>Financement</b>	<b>Conflits d'intérêt</b>	<b>Article Pays</b>
92% / 93%	Trouble panique Selon DSM-III à V, ICD 10	<b>Evaluation et comparaison de l'efficacité des antidépresseurs et benzodiazépines :</b> Pas de différence significative en termes d'efficacité et de tolérance entre les benzodiazépines et antidépresseurs (ISRS, ISRN et tricycliques). Etudes menées sur des courtes durées, pas d'évaluation des thérapeutiques au long cours. Peu d'essais inclus, avec un niveau de preuve faible et un risque de biais élevé.	> 18 ans	Revue systématique et méta-analyse	Public	Non	Bighelli I. 2016 (74) Italie
92% / 80%	SSPT Selon DSM-III-R, -IV et IVTR, ICD-10	<b>Evaluation de l'efficacité et comparaison de l'EMDR :</b> Bénéfice légèrement supérieur pour l'EMDR comparé à la TCC mais non significatif. Etudes de faible qualité et peu nombreuses.	> 18 ans	Revue systématique et Méta-analyse	Public	Non	Chen L. 2015 (75) Chine
92% / 75%	Troubles anxieux : TAG, phobie sociale, trouble panique Selon DSM-III-R et DSM-IV	<b>Evaluation de l'efficacité des techniques de relaxation :</b> Efficacité significative sur les symptômes anxieux. Hétérogénéité ne permet pas de conclure sur une technique ou durée optimale.	> 18 ans	Revue systématique et Méta-analyse	Aucun	NC	Kim H. 2017 (76) Corée
89% / 84%	TAG Selon DSM-IV	<b>Evaluation de l'efficacité à court terme et de la tolérance de la venlafaxine :</b> Efficacité significative et bonne tolérance comparée au placebo.	> 18 ans	Méta-analyse	Public	Non	Li X. 2017 (77) Chine
89% / 77%	TAG Selon DSM-III ou DSM-IV-TR	<b>Evaluation de l'efficacité de la duloxétine :</b> Taux de réponse statistiquement et significativement plus élevé que le placebo. Bonne tolérance à court terme.	> 18 ans	Méta-analyse	Aucun	Non	Zhang Y. 2015 (78) Chine
89% / 77%	Troubles anxieux	<b>Evaluation de l'efficacité d'interventions psychologiques brèves en soins premiers :</b> Les TCC brèves sont efficaces en soins premiers avec une efficacité comparable aux TCC plus longues.	> 18 ans	Méta-analyse et méta-régression	Public	Non	Cape J. 2010 (79) Royaume-Uni

<b>Evaluation PRISMA / R-AMSTAR</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Principaux résultats</b>	<b>Population</b>	<b>Méthode</b>	<b>Financement</b>	<b>Conflits d'intérêt</b>	<b>Article Pays</b>
89% / 75%	TAG Selon DSM-III-R	<b>Evaluation de l'efficacité de la TCC chez la personne âgée :</b> Efficacité significative lorsque comparée à la liste d'attente pour la réduction des symptômes avec un maintien de l'effet à 6 mois. Efficacité non significative si TCC comparée au traitement usuel.	> 55 ans	Revue systématique et méta-analyse	NC	Non	Hall J. 2016 (80) Royaume Uni
89% / 68%	Troubles anxieux	<b>Evaluation de l'efficacité de la TCC basée sur la pleine conscience (ACT ou MBCT) chez les personnes âgées :</b> Efficacité significative sur les symptômes anxieux et les symptômes dépressifs. Pas de différence significative entre ACT et MBCT. Hétérogénéité forte et biais de publication pour l'anxiété.	> 60 ans	Revue systématique et méta-analyse	Aucun	NC	Kishita N. 2016 (81) Royaume-Uni
86% / 78%	Troubles anxieux : TAG, Trouble panique, Phobie sociale Selon ICD 10	<b>Evaluation de l'exercice physique :</b> Amélioration significative des symptômes dans le trouble panique (avec ou sans agoraphobie) comparé au placebo. Pas de différence entre exercice aérobie et anaérobie.	> 18 ans	Revue systématique	Public	Non	Jayakody H. 2013 (82) Royaume Uni
85% / 91%	TAG Selon DSM ou ICD	<b>Prise en charge chez la personne âgée :</b> Supériorité de la pharmacothérapie et de la psychothérapie comparées au placebo. Forte hétérogénéité du fait de la différence d'échelles d'évaluation et des protocoles de traitement. Pas d'étude sur la combinaison psychothérapie + pharmacothérapie.	> 55 ans	Revue systématique et méta-analyse	Public et privé	Non	Goncalves D. 2012 (83) Australie
85% / 88%	Troubles anxieux (DSM IV) ou haut niveau d'anxiété	<b>Evaluation de l'efficacité de l'exercice physique :</b> Efficacité significative pour la réduction du niveau d'anxiété (vs WLC). Pas de protocole précis concernant le type d'activité physique et son intensité. Qualité des essais modérée du fait du faible nombre de participants.	> 18 ans	Méta-revue	Public	Non	Aylett E. 2018 (84) Royaume-Uni
85% / 84%	TAG, anxiété sociale et trouble panique Selon DSM, ICD ou MINI	<b>Evaluation de l'efficacité des TCC (mise à jour de 2010) :</b> TCC probablement efficace dans le traitement du TAG, de l'anxiété sociale et du trouble panique. Effet important comparé à la liste d'attente, plus modéré comparé à la norme de traitement dans les Etats-Unis d'Amérique ou aux comprimés placebo. Mais haut risque de biais dans les études et peu d'études incluses.	> 18 ans	Revue systématique et méta-analyse	Public	NC	Cuijpers P. 2016 (1) (85) Pays-Bas

<b>Evaluation PRISMA / R-AMSTAR</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Principaux résultats</b>	<b>Population</b>	<b>Méthode</b>	<b>Financement</b>	<b>Conflits d'intérêt</b>	<b>Article Pays</b>
85% / 84%	TAG, anxiété sociale et trouble panique Selon DSM, ICD ou MINI	<b>Effet relatif des TCC :</b> Les trois troubles anxieux étudiés peuvent être traités efficacement par la TCC. Efficacité plus importante sur le trouble panique que sur les autres troubles.	> 18 ans	Revue systématique et méta-analyse	Public	NC	Cuijpers P. 2016 (2) (86) Pays Bas
85% / 84%	TAG, phobie sociale, TOC, SSPT Selon DSM-IV ou ICD-10	<b>Evaluation de l'efficacité des traitements combinés (psychothérapie + antidépresseur) :</b> Dans le trouble panique, anxiété sociale et le TOC : association psychothérapie + antidépresseur plus efficace que l'antidépresseur seul. Différence significative et maintenue à 2 ans de suivi. Pas d'efficacité significative pour le TAG et le SSPT.	> 18 ans	Revue systématique et méta-analyse	Public	Non	Cuijpers P. 2014 (87) Pays-Bas
85% / 80%	TAG	<b>Evaluation de l'efficacité des psychothérapies :</b> Les psychothérapies, en particulier la TCC, sont efficaces pour le traitement du TAG. Néanmoins, il n'y a pas suffisamment d'études examinant les effets à long terme et pas suffisamment d'études comparant la TCC aux soins habituels ou à un placebo.	> 18 ans	Revue systématique et méta-analyse	Public	Non	Cuijpers P. 2014 (1) (88) Pays-Bas
85% / 80%	Trouble panique	<b>Evaluation de l'efficacité des antidépresseurs :</b> Tous les antidépresseurs à l'exception de la mirtazapine, reboxetine et fluvoxamine étaient significativement plus efficaces que le placebo et sans danger dans la PEC à court terme du trouble panique. Dans l'ordre croissant d'efficacité : citalopram, sertraline, paroxétine, fluoxétine et venlafaxine. Chez les patients âgés, on note une meilleure amélioration sous sertraline. Etude sur la phase aiguë du traitement du trouble panique et ne peut être généralisée aux périodes très courtes (moins de 6 semaines) ou plus longues (plus de 12 semaines). Echelle d'évaluation : Panic Disorder Score Scale (PDSS)+ HAMA	> 18 ans	Revue systématique et méta-analyse	Public	Non	Andrisano C. 2013 (89) Italie

<b>Evaluation PRISMA / R-AMSTAR</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Principaux résultats</b>	<b>Population</b>	<b>Méthode</b>	<b>Financement</b>	<b>Conflits d'intérêt</b>	<b>Article Pays</b>
85% / 80%	Troubles anxieux : TOC, SSPT, phobie sociale, trouble panique	<b>Evaluation de l'efficacité de la TCC chez les patients qui présentent un premier épisode de troubles anxieux :</b> Efficacité sur la sévérité des symptômes avec un effet maintenu à 12 mois pour les TOC, l'anxiété sociale et le trouble panique. Faible niveau de preuve, étude à haut risque de biais avec inclusion d'essais non randomisés.	> 18 ans	Méta-analyse	NC	NC	Hans E. 2013 (90) Allemagne
85% / 77%	Troubles anxieux : TAG, SSPT, stress aigu, trouble panique, phobie spécifique, phobie sociale, TOC Selon ICD-10 ou DSM -IV	<b>Evaluation de l'efficacité de la méditation en pleine conscience :</b> Pas d'effet significatif sur la sévérité des symptômes anxieux. Peu de données.	> 18 ans	Méta-analyse	Aucun	Non	Strauss C. 2014 (91) Royaume-Uni
85% / 75%	SSPT Selon DSM-IV	<b>Evaluation des différentes interventions psychologiques spécifiques ou non :</b> Bénéfice des différentes interventions psychologiques (TCC, EMDR, TC, exposition, ...), qu'elles soient spécifiques ou non. Pas de supériorité de l'une sur l'autre retrouvée.	> 18 ans	Méta-analyse en réseau	Public	Non	Gerger H. 2014 (92) Suisse
85% / 70%	TOC	<b>Evaluation de l'efficacité des interventions pharmacologiques et psychothérapeutiques :</b> La TCC, les ISRS, la clomipramine, la fluvoxamine, la thérapie cognitive, la thérapie d'exposition ont une efficacité significative sur la réduction de la sévérité des symptômes par rapport au placebo. Résultats en accord avec les recommandations des NICE guidelines.	> 18 ans	Revue systématique et méta-analyse en réseau	Public	Oui	Skapinaski M. 2016 (93) Royaume-Uni

<b>Evaluation PRISMA / R-AMSTAR</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Principaux résultats</b>	<b>Population</b>	<b>Méthode</b>	<b>Financement</b>	<b>Conflits d'intérêt</b>	<b>Article Pays</b>
82% / 78%	SSPT et Stress aigu Selon DSM-IV ou DSM-V	<b>Evaluation de l'efficacité des différents traitements psychologiques :</b> Les patients souffrant de stress aigu ont un plus haut risque de développer un SSPT. Pour les patients souffrant de SSPT, la TCC est efficace, c'est l'intervention la plus étudiée. Autre alternative efficace : l'EMDR.	> 18 ans	Revue systématique	Public	Non	Visser E. 2017 (94) Pays-Bas
81% / 89%	TAG Selon DSM-III, DSM-IV ou DSM-V	<b>Comparaison de l'efficacité des benzodiazépines et des antidépresseurs sérotoninergiques :</b> Résultat en désaccord avec les recommandations récentes. Les benzodiazépines seraient plus efficaces que les antidépresseurs sérotoninergiques pour soulager les symptômes. Important biais de publication car la majorité des études incluses ont été publiées entre 1980 et 1990.	> 18 ans	Méta-analyse	NC	Oui	Gomez A. 2018 (95) Etats-Unis
81% / 80%	Troubles anxieux Selon DSM-III, DSM-IV-TR ou DSM-V	<b>Evaluation de l'efficacité d'interventions psychosociales brèves en soins premiers :</b> Efficacité significative pour la TCC et la thérapie orientée vers les solutions. La thérapie individuelle est plus efficace que la thérapie de groupe.	> 18 ans	Revue systématique et méta-analyse	Aucun	Non	Zhang A. 2019 (96) Etats-Unis
81% / 80%	TAG	<b>Evaluation de l'efficacité de la prégabaline :</b> Efficacité clinique sur symptômes anxieux > placebo et équivalent aux BZD ; moins d'abandon qu'avec les BZD suggérant moins d'effets indésirables.	Adultes	Revue systématique et méta-analyse	NC	Oui	Generoso M. 2016 (97) Brésil
81% / 80%	Troubles anxieux : TAG, phobie sociale, trouble panique Selon DSM	<b>Evaluation de l'efficacité de la psychothérapie en soins premiers :</b> Effet modéré mais significatif. Pour la TCC, l'effet est plus important quand elle est délivrée par un psychologue formé et quand le patient est adressé par le médecin généraliste.	> 18 ans	Méta-analyse	NC	Non	Seekles W. 2012 (98) Pays-Bas
81% / 77%	Troubles anxieux : SSPT, TAG, TOC	<b>Evaluation de l'efficacité de l'ajout d'un entretien motivationnel à la TCC :</b> Amélioration significative des symptômes anxieux vs TCC seule mais pas de différence significative concernant le taux d'abandon.	Adultes	Revue systématique et méta-analyse	NC	NC	Marker I. 2018 (99) Australie

<b>Evaluation PRISMA / R-AMSTAR</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Principaux résultats</b>	<b>Population</b>	<b>Méthode</b>	<b>Financement</b>	<b>Conflits d'intérêt</b>	<b>Article Pays</b>
81% / 77%	TAG Selon ICD-10 ou DSM	<b>Evaluation de l'efficacité de la TCC pour la prise en charge du TAG chez les personnes âgées :</b> Pas de différence significative population générale vs personnes âgées.	Entre 18 et 60 ans vs > 55 ans	Revue systématique et méta-analyse	NC	NC	Kishita N. 2017 (100) Royaume-Uni
81% / 70%	TAG, SSPT, TOC, trouble panique, phobie sociale Selon DSM - IV, -V	<b>Evaluation de l'efficacité de l'activité physique :</b> Résultats suggèrent que l'activité physique est efficace pour réduire les symptômes anxieux. Mais études incluses avec faible niveau de preuve et à haut risque de biais. Pas de conclusion possible sur type, intensité ou fréquence de l'activité physique.	>18 ans	Méta-analyse	Aucun	Non	Stubbs B. 2017 (101) Royaume-Uni
81% / 70%	TAG, trouble panique, Anxiété sociale Selon DSM III et IV	<b>Evaluation de l'efficacité des thérapeutiques pharmacologiques et non pharmacologiques :</b> Psychothérapies : - Efficacité significative de la TCC individuelle ; pas d'efficacité significative pour la TCC en groupe ; - Thérapie de relaxation : efficacité significative  Thérapies médicamenteuses : effet supérieur aux principales psychothérapies, obtenues en un temps plus réduit : - Prégabaline : risque de trouble lié à l'usage de substance et effets indésirables - Quétiapine : risque d'anomalie métabolique - ISRS (hormis le citalopram) + prégabaline + Buspirone > placebo - Echelles d'évaluation : HAMA et LSAS	Entre 18 et 65 ans	Revue systématique et méta-analyse	Public	Oui	Bandelow B. 2015 (102) Allemagne
81% / 70%	SSPT Selon DSM ou ICD	<b>Evaluation de l'efficacité de l'activité physique :</b> Efficacité significative pour la réduction des symptômes. Le faible nombre d'articles inclus ne permet pas de conclure quant à une fréquence et une intensité optimale.	> 18 ans	Revue systématique et méta-analyse	Public	NC	Rosenbaum S. 2015 (103) Australie
81% / 70%	Trouble panique Selon DSM-III ou DSM-IV	<b>Evaluation de l'efficacité et de la tolérance de l'alprazolam comparé aux autres benzodiazépines :</b> Pas de différence significative. Pas un traitement de première intention.	> 18 ans	Revue systématique	Public	Non	Moylan S. 2011 (104) Australie

<b>Evaluation PRISMA / R-AMSTAR</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Principaux résultats</b>	<b>Population</b>	<b>Méthode</b>	<b>Financement</b>	<b>Conflits d'intérêt</b>	<b>Article Pays</b>
81% / 63%	Phobie sociale	<b>Evaluation de l'efficacité de la pharmacothérapie :</b> La pharmacothérapie (ISRS, ISRN, IMAO) induit une meilleure réduction des symptômes de l'anxiété sociale vs placebo ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie. L'âge, la sévérité initiale et la durée du traitement ne sont pas des modérateurs.	> 18 ans	Revue systématique et méta-analyse	Public	Oui	Curtis J. 2017 (105) Etats-Unis
78% / 64%	Troubles anxieux	<b>Evaluation de l'efficacité et de la tolérance des benzodiazépines à long terme :</b> Si efficacité notable lors d'un traitement initial de 8 semaines, efficacité comparable aux antidépresseurs ou au placebo sur l'amélioration des symptômes anxieux. Peu d'études sur une durée d'utilisation plus longue des benzodiazépines.	> 18 ans	Revue systématique et méta-analyse	Privé	Oui	Shinfuku M. 2018 (106) Canada
77% / 70%	SSPT Selon ICD ou DSM	<b>Evaluation de la pharmacothérapie :</b> La méta-analyse par classe montre que les ISRS ont une efficacité statistiquement significative contre placebo et semblent bien tolérés. Dans le détail : efficacité significative contre placebo pour fluoxétine, paroxétine, venlafaxine. Pas de preuve pour bromafomépramine, olanzapine, sertraline ou topiramate.	18 à 82 ans	Revue systématique et méta-analyse	Public	NC	Hoskins M. 2015 (107) Royaume Uni
77% / 66%	SSPT	<b>Evaluation de l'efficacité de la psychothérapie :</b> EMDR, TCC, Thérapie narrative, thérapie de traitement cognitif et thérapie d'exposition sont significativement efficaces. Les comparaisons entre les psychothérapies étaient limitées et insuffisantes pour conclure à une supériorité des unes sur les autres.	> 18 ans	Revue systématique et méta-analyse	Public	NC	Cusack K. 2016 (108) Etats-Uni
77% / 64%	TAG, anxiété sociale, trouble panique Selon DSM-IV	<b>Evaluation de l'efficacité de l'activité physique en aérobic :</b> Les preuves actuelles ne soutiennent pas l'utilisation de l'exercice en aérobic comme traitement primaire efficace des troubles anxieux.	Adultes	Revue systématique et méta-analyse	Public	Non	Bartley C. 2013 (109) Etats-Unis

<b>Evaluation PRISMA / R-AMSTAR</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Principaux résultats</b>	<b>Population</b>	<b>Méthode</b>	<b>Financement</b>	<b>Conflits d'intérêt</b>	<b>Article Pays</b>
74% / 80%	SSPT Selon DSM-III-R et DSM-IV	<b>Comparaison entre psychothérapies et traitements médicamenteux :</b> Les thérapies centrées sur le traumatisme sont supérieures aux traitements médicamenteux. Les antiépileptiques ne sont pas efficaces. Tous les ISRS ne se valent pas, de même pour les ISRN. En seconde intention : sertraline, venlafaxine et trazodone font mieux que les autres traitements mais des EI importants pour la trazodone, pas de recul à long terme pour la venlafaxine.	> 18 ans	Revue systématique et méta-analyse	Public	Oui	Lee D. 2016 (110) Etats-Unis
74% / 77%	SSPT Selon DSM-V	<b>Evaluation des interventions basées sur la méditation :</b> Principales interventions : yoga, méditation, thérapie de pleine conscience. Beaucoup d'études réalisées sur les traumatismes de guerre. En adjonction avec le traitement usuel, elles ont une efficacité significativement plus élevée que le traitement usuel seul sur les symptômes du SSPT et les symptômes dépressifs mais non significatifs sur les symptômes anxieux ou la qualité de vie. Pas d'effets indésirables.	41 à 59 ans	Revue systématique et méta-analyse	Public	NC	Hilton L. 2016 (111) Etats-Unis
74% / 73%	Phobie sociale	<b>Evaluation de l'efficacité de la pharmacothérapie :</b> Pas de différence significative entre les ISRS, les ISRN et les IMAO. Comparaison possible entre 4 molécules : phénelzine > paroxétine/venlafaxine > moclobémide. Les IMAO auraient un profil d'effets indésirables moins intéressant que les ISRS.	Adultes	Revue systématique et méta-analyse	Public	NC	Davis M. 2014 (112) Etats-Unis
74% / 65%	Troubles anxieux : phobie sociale, TAG, trouble panique DSM-IV et ICD-10	<b>Evaluation de l'efficacité des thérapies de pleine conscience et d'acceptation :</b> Réduction des symptômes anxieux et dépressifs lorsque que des comorbidités sont présentes. Pas de différence entre sessions individuelles et en groupe. Sur la qualité de vie, les résultats ne sont pas supérieurs à la TCC.	22 à 51 ans	Revue systématique et méta-analyse	Public	NC	Vollestad J. 2011 (113) Norvège

<b>Evaluation PRISMA / R-AMSTAR</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Principaux résultats</b>	<b>Population</b>	<b>Méthode</b>	<b>Financement</b>	<b>Conflits d'intérêt</b>	<b>Article Pays</b>
74% / 57%	SSPT	<b>Efficacité des différents traitements :</b> Plusieurs traitements efficaces, pas d'identification d'un traitement meilleur que les autres. Choix du traitement à faire plutôt selon caractéristiques individuelles des patients au vu des faibles différences d'efficacité.	> 18 ans	Méta-analyse	Public	Oui	Watts B. 2012 (114) Etats Unis
73% / 72%	Phobie sociale Selon DSM-IV-TR	<b>Evaluation des thérapies de pleine conscience et d'acceptation :</b> Efficacité significative pour la thérapie de pleine conscience comparée au placebo ou la liste d'attente. Mais la TCC reste supérieure en termes d'efficacité en première intention. Haut risque de biais dans les études incluses.	18 à 65 ans	Revue systématique	Public	Oui	Norton A. 2014 (115) Australie
70% / 66%	Phobie sociale	<b>Evaluation des interventions psychologiques et pharmacologiques :</b> TCC efficacité significative et à recommander en première intention pour le traitement initial. Les ISRS (citalopram, escitalopram, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine et sertraline) et les ISRN (venlafaxine) ont aussi une efficacité significative contre placebo ou liste d'attente. Privilégier des médicaments à demi vie courte car moins d'effets indésirables.	> 18 ans	Revue systématique et méta-analyse en réseau	Public	Oui	Mayo-Wilson E. 2014 (116) Royaume-Uni
70% / 66%	Troubles anxieux : TAG, Phobie sociale Selon DSM-III	<b>Evaluation de l'efficacité et de la tolérance des benzodiazépines comparées aux anti-dépresseurs :</b> Pas de différence significative entre benzodiazépines et antidépresseurs concernant l'efficacité. Meilleure tolérance des benzodiazépines et moins de rechutes.	> 18 ans	Revue systématique et méta-analyse	Privé	Non	Offidani E. 2013 (117) Italie
70% / 52%	TAG Selon DSM-IV, DSM-IV-TR, DSM-V, ICD-10 et CCMD-3	<b>Evaluation de l'efficacité des interventions pharmacologiques :</b> Efficacité significative et bonne tolérance pour la duloxétine, l'escitalopram, la prégabaline, la venlafaxine comparée au placebo. De même pour mirtazapine, sertraline, fluoxétine, buspirone et agomelatine mais avec niveau de preuve plus faible.	> 18 ans	Revue systématique et méta-analyse en réseau	Aucun	Non	Slee A. 2019 (118) Royaume-Uni

<b>Evaluation PRISMA / R-AMSTAR</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Principaux résultats</b>	<b>Population</b>	<b>Méthode</b>	<b>Financement</b>	<b>Conflits d'intérêt</b>	<b>Article Pays</b>
68% / 61%	Trouble anxieux : TAG, Phobie sociale, trouble panique, TOC, SSPT	<b>Evaluation de l'efficacité de la duloxétine :</b> Pour la prise en charge du TAG : efficacité significative à court et long terme. Mais que sur les symptômes psychiques pour les > 65 ans. Pas de conclusion ou d'évaluation possible pour les autres troubles.	> 18 ans	Revue systématique	NC	Oui	Mancini M. 2010 (119) Italie
68% / 58%	Trouble panique	<b>Evaluation de l'efficacité des ISRS comparés au placebo :</b> Sertraline, paroxétine, escitalopram : réduction des attaques de panique statistiquement significative. Citalopram : réduction du nombre et de la sévérité des attaques de panique non significative. Fluoxétine : significatif à la dose de 10 mg mais pas à 20 mg. Fluvoxamine : 2 études contradictoires. Pas de possibilité de comparer les divers traitements entre eux.	> 18 ans	Revue systématique	NC	Non	Mochcovitch M. 2010 (120) Brésil
67% / 68%	Phobie sociale	<b>Evaluation de l'efficacité des antidépresseurs de 2nd génération :</b> Traitement efficace mais les résultats ne suggèrent pas de différence significative entre les différentes molécules étudiées : paroxétine, sertraline, fluvoxamine, escitalopram et venlafaxine.	> 18 ans	Revue systématique et méta-analyse	Public	NC	De Menezes G. 2010 (121) Brésil
67% / 50%	TAG	<b>Evaluation de l'efficacité des thérapies médicamenteuses :</b> Les résultats suggèrent que les ISRS sont l'option médicamenteuse la plus efficace pour traiter le TAG : fluoxétine classée 1ère en termes de réduction des symptômes anxieux et de rémission. La sertraline arrive 1ère pour la tolérance.	> 18 ans	Revue systématique et méta-analyse	Privé et public	Oui	Baldwin D. 2011 (122) Royaume-Uni
64% / 69%	SSPT	<b>Evaluation de l'efficacité des interventions basées sur la méditation en pleine conscience :</b> Les résultats suggèrent que la thérapie en pleine conscience pourrait être utile pour diminuer les symptômes du PTSD en particulier l'évitement. Néanmoins, effectifs trop faibles pour conclure à une significativité dans la plupart des essais et hétérogénéité trop forte pour une synthèse globale.	> 18 ans	Revue systématique	Public	Non	Banks K. 2015 (123) Ecosse

<b>Evaluation PRISMA / R-AMSTAR</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Principaux résultats</b>	<b>Population</b>	<b>Méthode</b>	<b>Financement</b>	<b>Conflits d'intérêt</b>	<b>Article Pays</b>
63% / 57%	TAG Selon DSM-III-R, DSM-IV et DSM-V	<b>Evaluation de la thérapie cognitive :</b> Peu d'études incluses. Efficacité si comparée au groupe contrôle sans traitement avec une rémission de 50% des patients à 12 mois. Pas de distinction entre les différentes psychothérapies cognitives.	18 à 65 ans	Méta-analyse	NC	Non	Hanrahan F. 2012 (124) Royaume Uni
62% / 48%	Phobie sociale Selon DSM IV	<b>Evaluation de l'efficacité et de l'acceptabilité de l'escitalopram :</b> Efficacité significative, quel que soit la dose (entre 5 et 20 mg), avec un profil bénéfice/risque favorable. Etude financée par la compagnie pharmaceutique Lundbeck, commercialisant la molécule. Echelles d'évaluation : Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)	> 18 ans	Revue systématique et Méta-analyse	Privé	Oui	Baldwin D. 2016 (125) Royaume-Uni
59% / 61%	TAG Selon DSM-IV, RDC, ICD, CCMD-3	<b>Evaluation de l'efficacité de l'acupuncture :</b> Hétérogénéité ne permet pas de combiner les résultats. Peu d'effets indésirables.	18 à 75 ans	Revue systématique	NC	NC	Rui Ma. 2014 (126) Chine
59% / 58%	SSPT	<b>Evaluation de l'efficacité des psychothérapies chez les personnes âgées :</b> Résultats contradictoires et peu nombreux. Montre un manque d'études rigoureuses sur cette tranche d'âge. A priori, pas d'effet indésirable même chez des sujets avec des comorbidités.	> 55 ans	Revue systématique et méta-analyse	Public	NC	Dinnen S. 2014 (127) Etats-Unis
52% / 45%	Phobie sociale Selon DSM-III, DSM-III-R	<b>Prise en charge optimale :</b> Au niveau pharmacologique : en première intention les ISRS ou les ISRN. En seconde intention les IMAO. Les benzodiazépines doivent être limitées à une durée d'utilisation brève. La prégabaline est efficace mais à des doses importantes qui peuvent entraîner de nombreux effets indésirables. Pour les psychothérapies : la TCC permettrait une meilleure prévention des rechutes que la méditation en pleine conscience ou la psychothérapie interpersonnelle. Pas de différence significative entre association TCC + ISRS et ISRS seul mais supériorité significative pour l'association IMAO + TCC contre TCC seule.	> 18 ans	Revue systématique et méta-analyse	Public	Oui	Glue P. 2012 (128) Nouvelle Zélande

<b>Evaluation PRISMA / R-AMSTAR</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Principaux résultats</b>	<b>Population</b>	<b>Méthode</b>	<b>Financement</b>	<b>Conflits d'intérêt</b>	<b>Article Pays</b>
41% / 56%	TAG	<b>Evaluation des effets des traitements :</b> Bénéfice de la TCC et des antidépresseurs. Balance bénéfice risque défavorable pour benzodiazépines et les antipsychotiques.	Adultes	Revue systématique	NC	NC	Gale C. 2011 (129) Nouvelle Zélande

## B. TAG

### 1. Comment repérer et poser le diagnostic ?

Toutes les recommandations, notamment celle du NICE (55) qui est la mieux évaluée (AGREE = 86%), excluent un dépistage systématique mais considèrent qu'il faut envisager le diagnostic de TAG devant des symptômes d'anxiété ou des inquiétudes importantes, lorsque la personne consulte de multiples fois en soins primaires pour un problème de santé chronique, sans organicité retrouvée ou si elle recherche fréquemment à être rassurée sur des symptômes somatiques mineurs. Certaines proposent des questions de repérage dans des situations spécifiques (56,59). La RANZCP (56) propose des questions types : « *Pensez-vous que vous êtes inquiet par nature ?* » Si oui il faut poursuivre par la question : « *Lorsque vous vous inquiétez quelle est la pire chose qui puisse vous arriver ?* »

Les recommandations du NICE (55) et de la RANZCP (56) conseillent l'utilisation des auto-questionnaires : PSQW-3 et GADS-7 (annexe 20). Ce dernier a été traduit et validé en France. Dans un second temps, on pose le diagnostic selon les critères cliniques du DSM-V et de la CIM-10 (annexe 1 et 2). Selon le NICE (55), il faut que les symptômes soient présents depuis 6 mois.

### 2. Quelles sont les données à rechercher ?

Poser le diagnostic de TAG doit conduire à rechercher de nombreux éléments qui vont influencer la prise en charge. D'après la majorité des recommandations (55,56), il faut donc s'attarder sur les comorbidités psychiatriques (recherche d'une dépression associée avec le questionnaire PHQ-9 par exemple) et veiller à traiter le trouble au premier plan. Le NICE (55) ajoute à cela que le mésusage et l'addiction ne contre-indiquent pas la mise en place d'un traitement du TAG et insiste sur l'importance de repérer ces comorbidités addictologiques notamment les consommations de cocaïne du fait de la dangerosité du risque d'interaction avec les ISRS.

Lors de l'examen clinique, on relèvera les antécédents familiaux, les divers traitements déjà pris, les comorbidités somatiques. Cet examen permettra d'éliminer les diagnostics différentiels et sera complété par des examens complémentaires avec un dosage de la TSH.

Le NICE (55) recommande d'écarter les situations qui nécessiteraient une prise en charge en soins secondaires : risque suicidaire, auto-négligence sévère, contexte socioéconomique défavorable, comorbidités psychiatriques sévères, risque d'interactions médicamenteuses important, échec de deux interventions en soins premiers.

En dehors de ces situations, la prise en charge en soins premiers est possible et souhaitable.

Le médecin généraliste va devoir évaluer la sévérité du trouble et son retentissement, pour déterminer à quel point la vie du patient et de son entourage est affectée et proposer une prise en charge adaptée.

### 3. Quelle prise en charge thérapeutique proposer ?

Pour les deux RPC les mieux évaluées (55,56), la prise en charge du TAG doit être globale et promouvoir une bonne hygiène de vie : alimentation équilibrée, sommeil suffisant et activité physique régulière, cette prise en charge doit aussi être personnalisée : le médecin et le patient participent à l'élaboration de stratégies d'auto-assistance.

Le NICE (55) insiste en premier lieu sur l'importance de l'information du patient sur le diagnostic et son éducation, mais aussi celle de son entourage avec la prescription verbale et écrite d'une conduite à tenir en cas de crise et une liste de contacts à joindre.

Les recommandations s'accordent aussi sur la place limitée des benzodiazépines : seulement en cure courte pour la prise en charge d'une crise sévère et de symptômes invalidants pour la majorité des RPC, et pour la BAP (59) une utilisation à long terme possible mais uniquement si tous les autres traitements, médicamenteux ou non, ont échoué. En ce qui concerne le recours aux antipsychotiques, ils ne sont pas indiqués en soins premiers (55).

La RPC la mieux évaluée (55) recommande, en soins premiers, une prise en charge adaptée à l'intensité des symptômes. Il distingue ainsi deux cas de figure selon la sévérité du trouble.

En cas de faible retentissement, le NICE recommande les interventions psychologiques de faible intensité telles qu'une auto-assistance individuelle non facilitée, une auto-assistance individuelle guidée ou des groupes psychoéducatifs.

En cas de retentissement modéré à sévère, le NICE (55) recommande les interventions psychologiques plus intenses comme la TCC ou la pharmacothérapie. La décision se fait en concertation avec le patient selon ses caractéristiques individuelles. L'ensemble des études ne permettent pas de montrer la supériorité de l'une sur l'autre.

#### 4. Comment organiser le suivi ?

Les recommandations du NICE insistent sur l'attention particulière qui doit être portée aux moins de 30 ans lors de l'introduction d'un ISRS ou IRSNa. En effet, la majoration du risque de suicide dans cette tranche d'âge avec les traitements, nécessite un suivi plus rapproché, hebdomadaire pendant le premier mois.

Une évaluation toutes les 2 à 4 semaines pendant les 3 premiers mois est conseillée (55). A noter que les deux recommandations (55, 56) les mieux évaluées estiment que l'efficacité survient entre 4 et 6 semaines de traitement. Puis au bout de 3 mois, la réévaluation peut être espacée à une consultation trimestrielle pendant toute la durée du traitement.

Pour les antidépresseurs, la durée minimale de traitement sera de 12 mois. Concernant la psychothérapie, la durée de traitement est de 3 mois et la surveillance se fait conjointement avec le psychothérapeute.

Le suivi des symptômes peut se faire grâce à des échelles validées tels que la GAD 7 (55).

### C. Syndrome de Stress post traumatique

#### 1. Comment repérer et poser le diagnostic ?

La recommandation la mieux notée, le NICE (53), propose un repérage du SSPT sur un ensemble de symptômes : reviviscence, évitement, hyperexcitation, hypervigilance, colère, irritabilité, altérations négatives de l'humeur, dissociation, difficultés interpersonnelles ou problèmes relationnels, perception de soi négative. Certaines questions sont préconisées (62) :

« Avez-vous vécu ou vu un événement mettant la vie en danger ou traumatique tel qu'un viol, un accident, une personne gravement blessée ou tuée, une agression, catastrophe naturelle ou provoquée par l'homme, guerre ou torture ? » Si la réponse est positive, il peut être alors demandé : « Revivez-vous l'événement de manière dérangement (bouleversante) comme des rêves, des souvenirs intrusifs, des flashbacks ou des réactions physiques à des situations qui vous rappellent l'événement ? »

Enfin il est important de rechercher l'exposition à un traumatisme et la durée qui s'est écoulée depuis.

L'ensemble des recommandations (53,57-59) s'accorde pour différencier le SSPT et l'état de stress aigu selon le temps passé depuis l'exposition au trauma. Le diagnostic se fait selon le DSM 5 ou la CIM-10 (annexe 3, 4, 5 et 6). A plus d'un mois du traumatisme, on parlera de SSPT, sinon d'un stress aigu.

## 2. Quelles sont les données à rechercher ?

L'ensemble des recommandations s'accorde sur la nécessité de rechercher les comorbidités somatiques et psychiatriques : syndrome dépressif, autres troubles anxieux, psychose, trouble bipolaire et notamment les addictions et la consommation de substances psychoactives.

D'autres pathologies peuvent mimer les symptômes du SSPT. Un examen clinique complet doit être réalisé afin d'écarter d'autres diagnostics différentiels (53,60). Il sera complété d'un bilan biologique avec NFS, ionogramme, bilan hépatique, recherche de facteurs de risque cardiovasculaires (glycémie, bilan des anomalies lipidiques), TSH. Une recherche des toxiques urinaires pourra être demandée selon le contexte (53).

La RPC la mieux évaluée (53) recommande un avis spécialisé en soins secondaires dans les situations suivantes : risque suicidaire élevé, comorbidités psychiatriques sévères, risques d'interactions médicamenteuses importantes, échec d'un premier traitement.

Le médecin généraliste pourra proposer une prise en charge adaptée à l'intensité des symptômes après avoir déterminé la sévérité du trouble et le retentissement fonctionnel.

### 3. Quelle prise en charge thérapeutique proposer ?

La prise en charge doit être globale. Elle va reposer sur une alliance thérapeutique. L'ensemble des recommandations insiste sur l'importance d'informer et éduquer le patient sur son trouble ; on parle de psychoéducation. De concert avec le patient va être mis en place un plan de gestion des risques. Il faut maintenir un environnement sûr, éviter les risques d'exposition et impliquer l'entourage afin de gérer au mieux les crises ; les groupes de support sont utiles (53). Enfin, l'hygiène de vie est importante, ce point est retrouvé dans plusieurs recommandations et corroboré par différentes revues systématiques, il faut donc favoriser une alimentation équilibrée, un sommeil suffisant et une activité physique régulière.

L'ensemble des recommandations affirme l'absence d'indication des benzodiazépines dans le traitement du SSPT. Le recours à certains antipsychotiques est possible mais leur initiation se fera par le médecin spécialiste (53).

#### a) Pour le stress aigu :

Les interventions efficaces, selon le NICE, sont les sessions brèves de psychothérapie. Les débriefings psychologiques après un traumatisme ne sont pas recommandés (53).

Après un traumatisme, qu'il y ait ou non des symptômes, une surveillance rapprochée et une réévaluation au moins à un mois est nécessaire afin de ne pas méconnaître un SSPT. Seule la psychothérapie individuelle centrée sur le traumatisme est indiquée. Aucun traitement pharmacologique n'est recommandé en prévention du stress aigu.

#### b) Pour le SSPT :

Il n'y a pas de différence d'efficacité entre les psychothérapies et la pharmacothérapie dans le traitement du SSPT (53,57,58). Les recommandations les mieux évaluées conseillent une décision partagée selon les préférences du patient, les caractéristiques individuelles, l'accessibilité ou les freins potentiels lors du choix du traitement.

Concernant la psychothérapie, les RPC recommandent les psychothérapies ciblées sur le traumatisme : par exemple, la TCC individuelle qui se déroule sur 8 à 12 séances.

L'EMDR est l'autre méthode recommandée, pour les traumatismes non en lien avec le combat, si on se situe à moins de 3 mois du traumatisme.

Concernant la pharmacothérapie, l'ensemble des RPC recommande la sertraline en 1<sup>ère</sup> intention ou sinon la venlafaxine.

L'évaluation de l'efficacité se fera au bout de 8 à 12 semaines de traitement. En cas d'échec un avis en soins secondaires est nécessaire.

#### 4. Comment organiser le suivi ?

Les recommandations s'accordent sur la durée de traitement : 3 mois pour la psychothérapie et 12 mois pour un traitement antidépresseur. Un rythme de suivi plus rapproché au début, avec une consultation toutes les 2 à 4 semaines pendant les 3 premiers mois puis tous les 3 mois pour monitoring des symptômes (53). L'augmentation du risque suicidaire chez les moins de 30 ans à l'introduction d'un ISRS justifie un suivi hebdomadaire le premier mois.

A chaque consultation, il faut réévaluer le risque suicidaire, l'adhésion au traitement et vérifier la présence d'éventuels effets indésirables. Enfin, il faudra accompagner le patient lors de l'arrêt des traitements. A noter qu'il existe un risque de sevrage plus important avec la venlafaxine qu'avec les ISRS.

### D. Phobie sociale

#### 1. Comment repérer et poser le diagnostic ?

La majorité des recommandations, dont celle du NICE (54) qui est la mieux évaluée (AGREE-II 87%), préconise un repérage chez des patients avec un antécédent de troubles anxieux, des troubles somatiques pouvant faire évoquer un trouble anxieux, ou ayant vécu un événement traumatique récent. Si une phobie sociale est suspectée, les RPC (54,56) proposent deux méthodes pour le repérage : le Mini-Social Phobia Inventory (Mini-SPIN) ou 2 questions à poser : « *Evitez-vous des activités ou des situations sociales ?* » et « *Êtes-vous effrayé ou embarrassé dans des situations sociales ?* ». En cas de score du mini-SPIN  $\geq 6$  ou si le patient répond oui à une des deux questions, il est nécessaire de proposer une évaluation complète de la phobie sociale.

Le diagnostic est posé selon les critères cliniques du DSM-V ou de la CIM-10 (annexe 7 et 8).

## 2. Quelles sont les données à rechercher ?

Toutes les RPC s'accordent sur la nécessité de rechercher les antécédents, les traitements antérieurs et les comorbidités somatiques et psychiatriques. Il convient de traiter le trouble psychiatrique au 1er plan ; notamment en cas de syndrome dépressif avec un retentissement sévère. En cas de conduites addictives, il faut proposer une intervention sur l'addiction.

Les symptômes de la phobie sociale peuvent résulter de nombreuses autres pathologies (dysthyroïdies, autres troubles anxieux, etc.). L'examen clinique complété d'un examen biologique permettront d'éliminer les diagnostics différentiels (54,56,59).

Les RPC, parmi les mieux notées, préconisent un système de soins coordonné par les soins primaires. Les situations suivantes nécessitent un recours à un avis spécialisé : risque suicidaire élevé, autonégligence sévère, contexte socio-économique défavorable, comorbidités psychiatriques sévères, notamment la consommation de substances psychoactives, risque d'interactions médicamenteuses important ou échec de deux interventions en soins premiers.

La sévérité du trouble et le retentissement fonctionnel doivent être évalués afin de proposer la prise en charge la mieux adaptée (54,56,62).

## 3. Quelle prise en charge thérapeutique proposer ?

Le traitement de la phobie sociale doit suivre une approche collaborative qui inclut plusieurs professionnels de santé, dont le médecin généraliste et le patient.

En premier lieu, une psychoéducation et la prescription de règles hygiéno-diététiques sont indispensables : une alimentation saine, une bonne qualité de sommeil, une activité physique régulière et adaptée, une réduction de la consommation en tabac, alcool et caféine.

Plusieurs RPC (54,56) préconisent de délivrer une information et une éducation au patient et à son entourage concernant la phobie sociale à accompagner d'une prescription écrite de la

conduite à tenir en cas de crise et la délivrance de la liste de contacts à joindre en cas de crise. Les patients et leurs familles doivent être informés de l'existence des groupes d'entraide et de soutien et être encouragés à y participer (54).

Afin d'améliorer l'accès aux services de soins et de lever les freins possibles à la consultation, il peut être proposé : des entretiens téléphoniques ou au domicile, des horaires de consultations adaptés (salle d'attente vide), de recontacter le patient en cas d'absence non excusée ou un soutien pour les préoccupations liées à l'anxiété sociale (ex. l'utilisation en transport en commun)(54).

Les bétabloquants, la buspirone et les antipsychotiques ne sont pas recommandés (54, 56, 59). Les benzodiazépines sont à réserver à un usage en cure courte, en traitement aigu.

Une TCC individuelle sera proposée en première intention (54). En cas de refus des interventions non pharmacologiques (54,56,59), il faut s'orienter vers un traitement par ISRS, deux médicaments sont indiquées en 1<sup>ère</sup> intention : escitalopram ou sertraline.

La réponse au traitement initial doit être examinée après 4 à 6 semaines d'intervention psychothérapeutique ou pharmacologique. En cas de réponse au moins partielle dans les 4 à 6 semaines, le traitement initial peut être poursuivi et le monitoring des symptômes doit être prolongé jusqu'à 10-12 semaines de traitement (56). Si la réponse thérapeutique est toujours partielle, il faut combiner l'intervention pharmacologique et la TCC individuelle.

#### 4. Comment organiser le suivi ?

Une consultation de suivi toutes les 2 à 4 semaines pendant les 3 premiers mois de traitement puis une consultation trimestrielle sont préconisées. Un suivi plus rapproché est nécessaire pour les moins de 30 ans sous antidépresseurs ISRS, du fait d'un risque suicidaire accru. Les consultations de suivi comprennent l'évaluation des symptômes par des échelles validées : SPIN et LSAS.

La durée optimale d'un traitement pharmacologique a été évaluée à au moins 6 mois pour prévenir le risque de rechute. Un accompagnement spécifique est nécessaire pour l'évaluation des symptômes au cours de la réduction des doses (54).

## E. Trouble panique

### 1. Comment repérer et poser le diagnostic ?

Il n'y a pas suffisamment de preuves pour recommander un outil de dépistage validé (55). Certaines questions systématiques ont été proposées par la RPC du RANZCP (56) : « *Avez-vous des épisodes d'attaques soudaines de peur, inattendues ou survenant à l'improviste ?* ». En cas de réponse positive, continuer avec : « *Avez-vous eu plus d'une de ces attaques ? La pire partie est-elle atteinte en quelques minutes ? Passez-vous le mois suivant à vivre dans la peur d'avoir une autre attaque ou à vous inquiéter des conséquences de l'attaque ?* ». Le diagnostic est posé, dans un second temps, selon les critères cliniques du DSM-V et CIM-10 (Annexe 9 et 10).

### 2. Quelles sont les données à rechercher ?

Le trouble panique est souvent associé avec d'autres troubles mentaux. En cas de comorbidités psychiatriques, il convient de traiter le trouble apparaissant au 1<sup>er</sup> plan (56).

De nombreuses affections somatiques peuvent être associées à des crises de panique ou à des symptômes de type panique (56) : dysthyroïdies, arythmies cardiaques, troubles ioniques, phéochromocytome, épilepsie, hypo/hyperparathyroïdie, hypoglycémie. Un examen complet ainsi qu'un bilan biologique sont nécessaires afin de les éliminer. Des symptômes de type panique peuvent être induits par une intoxication par des stimulants, un sevrage alcoolique ou aux benzodiazépines, des effets indésirables de médicaments (ex. décongestionnants, inhalateurs bêta-adrénergiques, stimulantes) ou des effets liés à la caféine (cafés, boissons énergisantes).

Un recours à un avis spécialisé pourra être demandé en cas de contexte socio-économique défavorable, comorbidités psychiatriques sévères, notamment la consommation des substances psychoactives, risque d'interactions médicamenteuses importantes ou échec des interventions en soins premiers (55,56,59).

### 3. Quelle prise en charge thérapeutique proposer ?

Le plan de soins personnalisé doit inclure, en premier lieu, une psychoéducation et la prescription de règles hygiéno-diététiques concernant le sommeil, l'activité physique et la consommation de substances stimulantes.

En recueillant les objectifs et les attentes du patient concernant sa future prise en charge, le médecin généraliste instaure une alliance thérapeutique permettant ainsi une amélioration de l'observance et des résultats cliniques.

Les patients et leurs familles peuvent être orientés vers des groupes de support et associations de patients, participant ainsi à une approche collaborative avec le système de soins (55).

Les benzodiazépines sont à réserver en cas d'agitation sévère, en cure courte (4-6 semaines maximum) en association avec un antidépresseur. Les antihistaminiques, antipsychotiques sédatifs, bêta-bloquants et buspirone ne doivent pas être prescrits pour le traitement du trouble panique (55).

Le choix du traitement est une décision partagée avec le patient. Le NICE (55) recommande l'utilisation de la TCC plutôt que la pharmacothérapie en 1<sup>ère</sup> ligne. Ainsi pour les personnes souffrant d'un trouble panique avec un retentissement léger à modéré, une intervention de faible intensité est indiquée : auto-assistance individuelle non facilitée ou auto-assistance individuelle guidée ou groupes psycho-éducatifs.

Pour les personnes souffrant d'un trouble panique avec un retentissement modéré à sévère, une intervention psychologique de haute intensité est indiquée en 1<sup>ère</sup> intention : TCC, TCC brève accompagnée d'auto-assistance, TCC intensive sur une période brève, bibliothérapie.

En cas d'échec des interventions psychologiques de haute intensité, de refus par le patient ou en cas de trouble panique ancien, le NICE (55) recommande un ISRS avec en 1<sup>ère</sup> intention : escitalopram, sertraline, citalopram, paroxétine. En seconde intention, d'autres ISRS, la mirtazapine ou la venlafaxine (ISRN<sub>a</sub>) en cas de contre-indication, pourront être utilisés.

Devant l'absence d'efficacité après 12 semaines de thérapie médicamenteuse par ISRS ou ISRN bien menée, en cas de contre-indications ou d'effets indésirables, les antidépresseurs tricycliques peuvent être proposés (l'imipramine ou la clomipramine) (55,56,59).

#### 4. Comment organiser le suivi ?

Pour les patients bénéficiant d'interventions d'auto-assistance, un suivi dont la fréquence est comprise entre 4 et 8 semaines peut être proposé (55). Pour les patients de plus de 30 ans, un suivi est nécessaire toutes les 2 à 4 semaines les 3 premiers mois puis toutes les 8 à 12 semaines jusqu'à l'arrêt du traitement. Le suivi chez les moins de 30 ans sous ISRS doit être intensifié du fait d'un risque suicidaire accru. Le traitement médicamenteux doit être poursuivi pendant au moins 6 mois.

L'évaluation des symptômes peut se faire au moyen d'auto-questionnaires tels que le Panic Disorder Severity Scale (Houck et al., 2002) et le Panic and Agoraphobia Scale (Bandelow, 1995) (55,56).

## F. Trouble obsessionnel compulsif

### 1. Comment repérer et poser le diagnostic ?

La présence d'un TOC doit être envisagé chez les patients présentant des symptômes de dépression, d'anxiété, de consommation de substances psychoactives, de trouble du comportement alimentaire, ou chez les patients consultant régulièrement pour des motifs multiples ou dermatologiques (59,62).

Des questions directes sur les symptômes possibles du TOC peuvent être utilisées (62).

Des questions spécifiques pour l'obsession peuvent être posées : « Êtes-vous gêné par des pensées répétées et indésirables (préoccupation excessive, pensées sexuelles, rituels mentaux...) ? » ; en cas de positivité, poursuivre par : « Avez-vous du mal à résister à ces pensées, images ou impulsions lorsqu'elles viennent à l'esprit ? ».

D'autres questions plus spécifiques pour les compulsions peuvent être posées : « Vous sentez-vous poussé à effectuer certaines actions ou habitudes de manière répétitive (lavage, nettoyage,

*vérification...)* jusqu'à ce que vous vous sentiez bien ? » ; en cas de réponse affirmative, poursuivre par : « *Avez-vous du mal à résister à l'envie de faire ces choses ?* ».

Un diagnostic de TOC nécessite la présence d'obsessions et/ou compulsions. Il est établi selon les critères cliniques du DSM-V ou CIM-10 (Annexe 11 et 12).

## 2. Quelles sont les données à rechercher ?

Les symptômes d'anxiété doivent être explorés plus spécifiquement en incluant des questions sur l'apparition des symptômes, la recherche d'événements de vie reliés, la nature de l'anxiété et l'impact sur le fonctionnement actuel du patient. Les RPC les mieux évaluées (59,61) s'accordent sur la nécessité de rechercher des comorbidités psychiatriques et somatiques avec une attention particulière sur la consommation de substances psychoactives.

Les professionnels de santé doivent évaluer le risque d'automutilation et de suicide, surtout en cas de diagnostic associé de dépression. Il faut déterminer l'impact des comportements compulsifs sur les patients ou sur les autres. (59).

Un avis spécialisé doit être demandé pour des patients atteints de TOC et présentant un des critères suivants (59,62) : risque suicidaire élevé, grave auto-négligence, déficience fonctionnelle et/ou une détresse extrême, comorbidités psychiatriques sévères, risque d'interaction médicamenteuse importante, contexte socio-économique défavorable, inversion des habitudes nocturnes/journalières normales rendant impossible la participation à une thérapie de jour, compulsions et comportements d'évitement qui empêchent d'entreprendre les activités de la vie quotidienne, risques associés à des pensées sexuelles intrusives, agressives ou liées à la mort, ou absence de réponse clinique après un traitement combiné pharmacothérapie/ psychothérapie.

## 3. Quelle prise en charge thérapeutique proposer ?

En premier lieu, la prescription de règles hygiéno-diététiques est indispensable : une alimentation saine, une bonne qualité de sommeil, une activité physique régulière et adaptée, une réduction de la consommation en tabac, alcool et caféine (62). Les patients ainsi que leur

entourage et famille doivent bénéficier d'une psychoéducation concernant leur état et les options de traitements disponibles (59,61,62). Une alliance thérapeutique entre le patient et le professionnel de santé est nécessaire, de l'étape du diagnostic au choix et suivi des traitements, permettant ainsi une amélioration de l'observance et des résultats cliniques.

Afin de favoriser l'accès aux soins, un début de traitement au domicile doit être proposé si le patient est incapable ou réticent à se rendre au cabinet. Un recours à une assistante sociale est utile en cas de problèmes financiers importants avec thésaurisation (59).

En cas de retentissement léger, des interventions psychologiques de faible intensité sont indiquées (TCC brève individuelle ou en groupe avec exposition et prévention de la réponse). En cas de retentissement modéré, la TCC individuelle spécifique au TOC ou les ISRS (fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline, escitalopram, citalopram) sont indiqués en 1<sup>ère</sup> intention (59, 61).

En cas de retentissement sévère avec une déficience fonctionnelle profonde, il est recommandé de proposer une association TCC individuelle spécifique au TOC avec la prescription d'un ISRS (59).

En cas d'échec des interventions psychologiques de faible intensité, une TCC individuelle spécifique au TOC ou l'initiation d'un traitement par ISRS doit être proposée. En cas de réponse partielle après 4 à 6 semaines de monothérapie par ISRS ou TCC individuelle, il peut être proposé une stratégie d'augmentation (59,61) des doses des ISRS ou une intensification de la TCC.

#### 4. Comment organiser le suivi ?

Il est recommandé de proposer, pour les patients de moins de 30 ans sous ISRS, un suivi hebdomadaire le 1<sup>er</sup> mois devant un risque suicidaire accru. L'efficacité doit être réévaluée toutes les 4-6 semaines jusqu'à rémission puis la fréquence du suivi doit être adaptée au cas par cas (61). L'évaluation des symptômes peut se faire au moyen d'échelles de suivi telles que le Florida Obsessive-Compulsive Inventory, Echelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown (Y-BOCS), Obsessive-Compulsive Inventory–Revised (OCIR).

En cas de rémission des symptômes, le traitement par pharmacothérapie doit être poursuivi pendant au moins 12 mois (59).

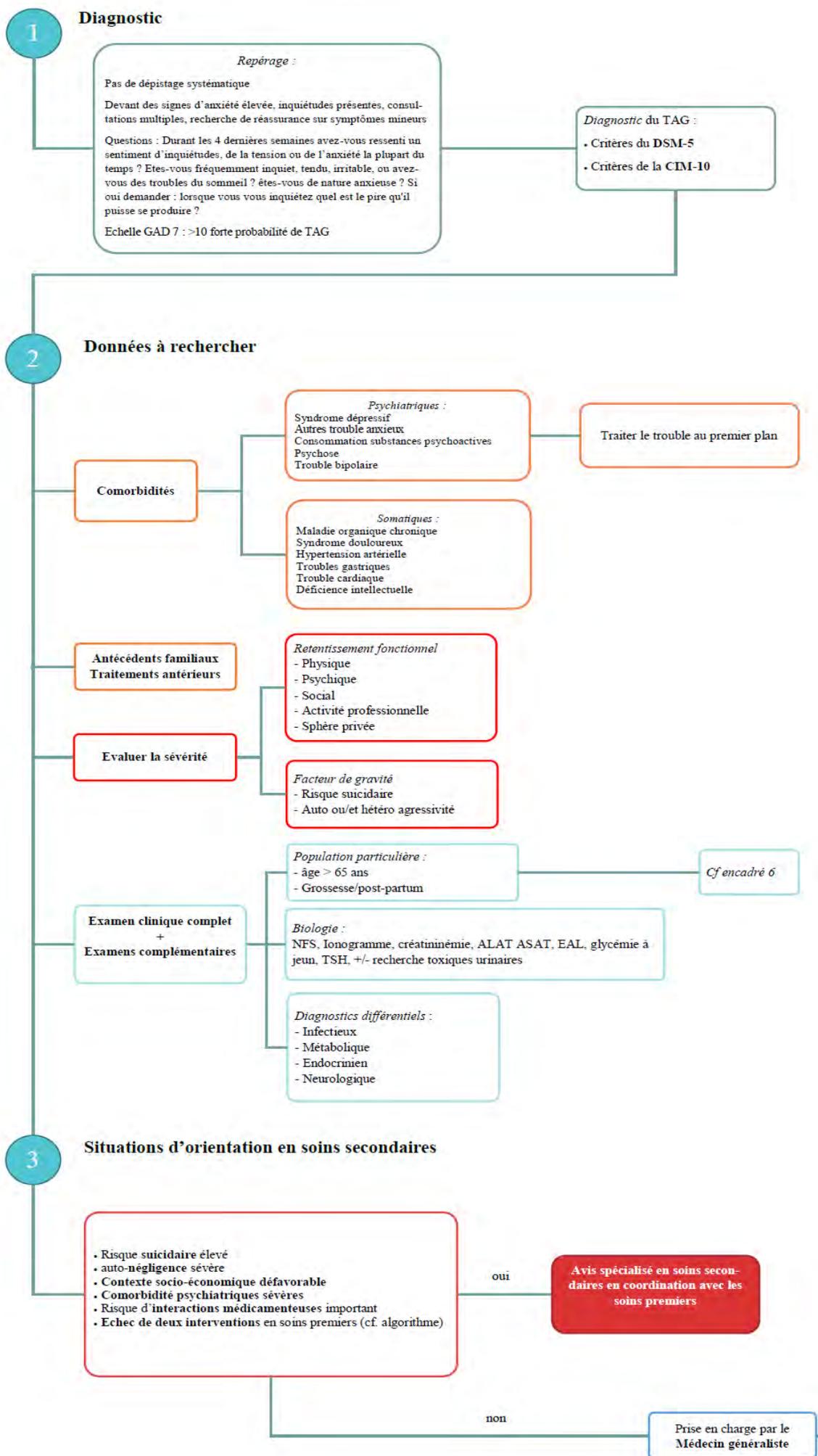
## G. Phobie spécifique

Une seule recommandation a été incluse. La thérapie d'exposition doit être proposée en 1<sup>ère</sup> intention. En cas d'échec, l'escitalopram et la paroxétine seront proposés (59). Il n'y a pas assez de données pour mettre en forme un algorithme de prise en charge en soins premiers.

## H. Guides de prise en charge

L'ensemble des données issues de cette méta-revue a été résumé, après synthèse narrative, sous la forme de cinq algorithmes de prise en charge en soins premiers présentés ci-dessous.

Figure 2 : Guide de prise en charge du TAG chez l'adulte en soins premiers.



### Éléments pratiques de la prise en charge

- **Alliance thérapeutique.** Information et éducation du patient et de son entourage sur TAG, prescription verbale et écrite de la conduite à tenir en cas de crise, liste de contact à joindre.
- **Surveillance active** et monitoring des symptômes
- **Plan de soins personnalisé** et développement de stratégies d'auto-assistance
- **Hygiène de vie** : alimentation équilibrée, sommeil suffisant et activité physique régulière.
- Informations sur suivi, durée du traitement et principaux EI des traitements



- BZD seulement en cure courte pour prise en charge des crises
- Pas d'antipsychotique en soins premiers

Faible retentissement

Retentissement modéré à important

#### Interventions psychologiques de faible intensité :

- auto-assistance individuelle non facilitée
- auto-assistance individuelle guidée
- groupes psychoéducatifs

Echec

Décision partagée selon préférence du patient, caractéristiques individuelles, accessibilité

#### Interventions psychologiques de haute intensité :

- TCC
- Techniques de relaxation
- 2 à 15 sessions hebdomadaires d'1 heure par thérapeute formé

OU

#### Pharmacothérapie

ISRS : **SERTRALINE**  
(50-150 mg)

Evaluation de l'efficacité au bout de 4 à 6 semaines

Réponse partielle

Echec

Surveillance 4 semaines de plus ou ajout TCC

Echec

Rémission

Si échec ou intolérance de la sertraline : proposer psychothérapie ou changer pour un autre ISRS : escitalopram (10-20 mg), Paroxétine (20-50 mg) ou un ISRN<sub>a</sub> : venlafaxine (75-225 mg), duloxétine

Si échec de la psychothérapie proposer un ISRS (Sertaline ++)

Si intolérance aux ISRS et aux ISRN<sub>a</sub> : pregabaline (150-600mg)

Echec

Psychothérapie : 3 mois  
Antidépresseur : poursuivre au moins 12 mois

Si échec de deux traitements : avis spécialisé en soins secondaires en coordination avec les soins premiers

### Suivi

#### • Rythme des consultations :

3 premiers mois : toutes les 2 à 4 semaines (Attention suivi hebdomadaire le premier mois pour les moins de 30 ans si ISRS)

Puis consultation tous les trois mois

#### • Monitoring des symptômes et suivi par échelles validées :

• Durée du traitement : au moins 12 mois si médicament

• **Thérapeutique**: surveillance de l'efficacité, des **effets indésirables (EI)**, adhésion au traitement, risque **suicidaire**. Accompagnement de l'arrêt des traitements.

#### Effets indésirables :

- Risque suicidaire avec ISRS (surtout chez adulte jeune)
- EI fréquents des ISRS : nausées, céphalées, dysfonction sexuelle, insomnie.
- EI fréquents des ISRN<sub>a</sub> : idem, souvent moins bien tolérés.
- Majoration du risque de saignement
- Citalopram et escitalopram à hautes doses augmentent le QT
- Venlafaxine -> risque HTA

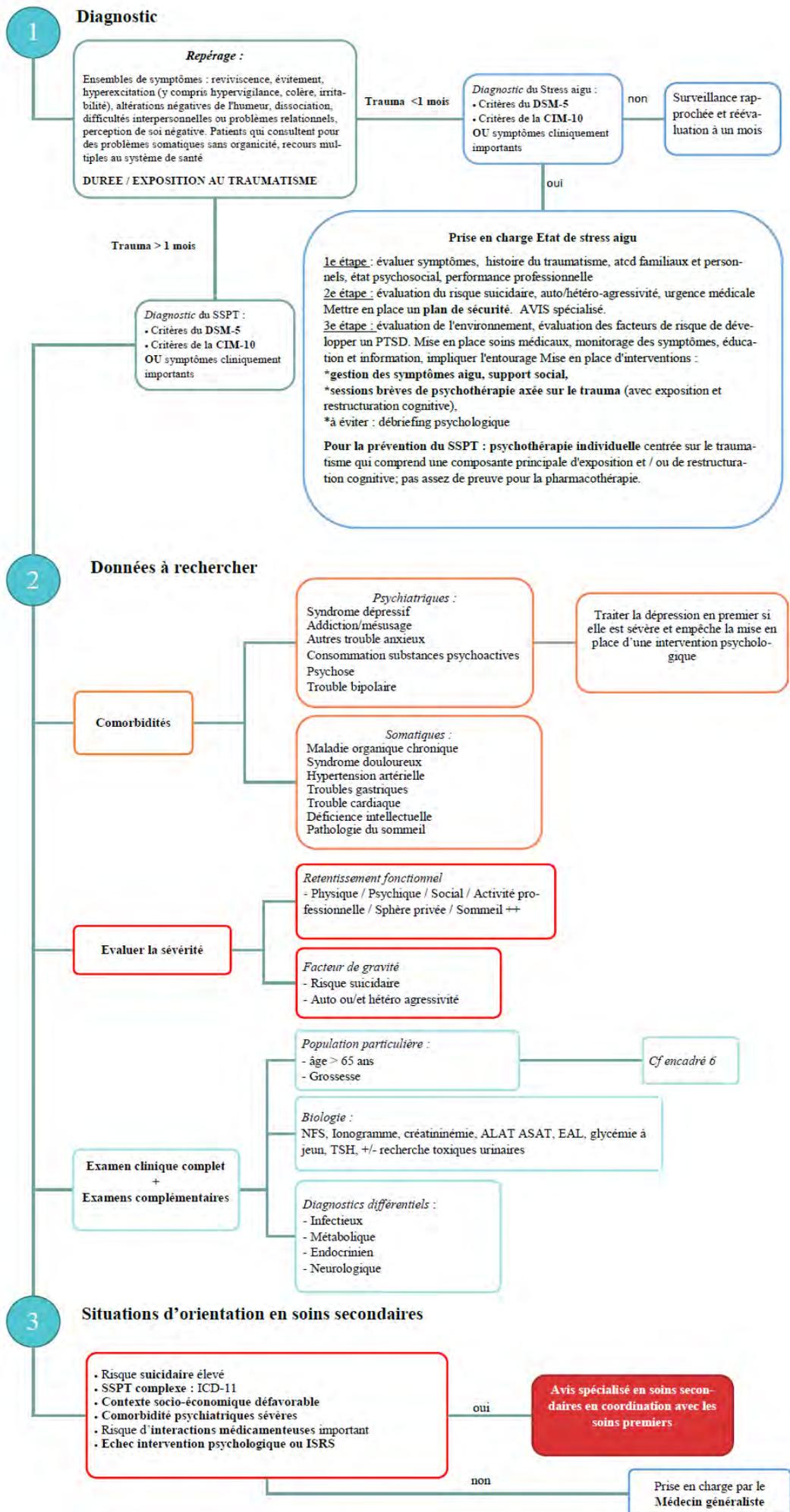
### Populations particulières

**Grossesse** : TCC en première ligne. ISRS ou ISRN<sub>a</sub> possibles si symptômes sévères. Eviter paroxétine

**Post-partum** : risque de difficultés d'accessibilité à la TCC, à évaluer avec la mère. Attentions aux médicaments CI si allaitement

> **65 ans** : TCC en première ligne même si troubles cognitifs légers. ATTENTION à la polymédication, risque élevé d'interactions médicamenteuses. Eviter benzodiazépines.

Figure 3 : Guide prise en charge du SSPT chez l'adulte en soins premiers.



### Éléments pratiques de la prise en charge

- **Alliance thérapeutique, information et éducation** du patient sur SSPT, maintenir un **environnement sûr**, éviter les risques d'expositions, **implication de l'entourage** pour gérer les crises, donner contact de **groupes de supports**
- **Surveillance active** et monitoring des symptômes
- **Psychoéducation et plan de gestion des risques**
- **Hygiène de vie** : alimentation équilibrée, sommeil suffisant et activité physique régulière.
- Informations sur suivi, durée du traitement et principaux EI des traitements



- Pas de BZD
- Pas d'antipsychotique en soins premiers, risperdal initié par le spécialiste.

Décision partagée selon préférence du patient, caractéristiques individuelles, accessibilité, freins potentiels (langue)

### Psychothérapies ciblées sur le traumatisme

#### => TCC individuelle

*Thérapie d'exposition narrative / TCC spécifique du SSPT / Thérapie d'exposition prolongée / Cognitive processing therapy*

- 8 à 12 séances par des professionnels formés,
- en association avec psychoéducation sur les réactions au trauma. Education sur élaboration et traitement des souvenirs traumatiques

#### => EMDR Sauf traumatisme de guerre

- 8 à 12 séances (plus si multi traumatismes)
- en association avec psychoéducation sur les réactions au trauma (identifier et traiter souvenirs cibles, promouvoir des croyances positives alternatives sur soi); apprentissage de techniques de relaxation et de management des flashback.

OU

### Pharmacothérapie

ISRS : **SERTRALINE**

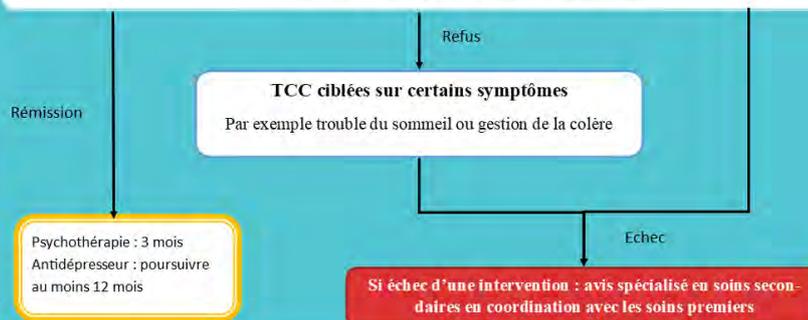
(50-150 mg)

Ou sinon :

ISRN<sub>a</sub> : **VENLAFAXINE**

(75-225 mg)

Evaluation de l'efficacité au bout de 8 à 12 semaines



- Rythme des consultations :  
3 premiers mois : toutes les 2 à 4 semaines (Attention suivi hebdomadaire le premier mois pour les moins de 30 ans si ISRS)  
Puis consultation tous les trois mois
- Monitoring des symptômes et suivi par échelles validées :
- Durée du traitement : au moins 12 mois si médicament
- **Thérapeutique**: surveillance de l'efficacité, des **effets indésirables (EI)**, adhésion au traitement, risque **suicidaire**. Accompagnement de l'arrêt des traitements.

### Effets indésirables :

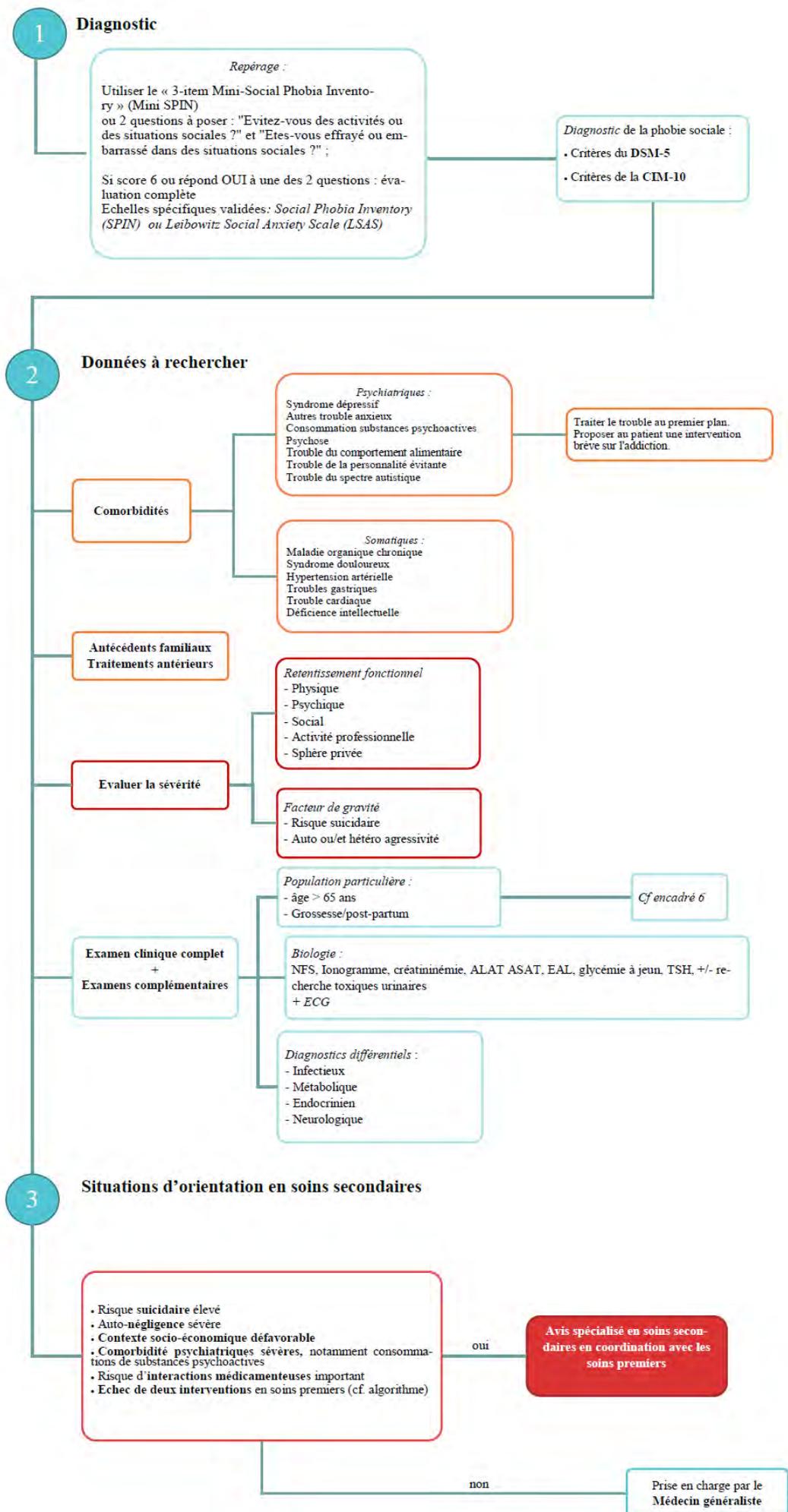
- **Risque suicidaire avec ISRS (surtout chez adulte jeune)**
- **EI fréquents des ISRS** : nausées, céphalées, dysfonction sexuelle, insomnie.
- **EI fréquents des ISRN<sub>a</sub>** : Idem, souvent moins bien tolérés.
- **Majoration du risque de saignement**
- Venlafaxine => risque HTA

**Grossesse** : TCC en première ligne. ISRS ou ISRN<sub>a</sub> possibles si symptômes sévères. Paroxétine à éviter.

**Post-partum** : risque de difficultés d'accessibilité à la TCC, à évaluer avec la mère. Attentions aux médicaments CI si allaitement

**> 65 ans** : Traitement identique à l'adulte jeune. ATTENTION à la polymédication, risque élevé d'interactions médicamenteuses.

Figure 4 : Guide de prise en charge de la phobie sociale chez l'adulte en soins premiers.



## Éléments pratiques de la prise en charge

- **Alliance thérapeutique. Information et éducation** du patient et de son entourage sur la **phobie sociale**, prescription verbale et écrite de la **conduite à tenir** en cas de crise, **liste de contact** à joindre. Et orientation vers des **associations de patients**.
- **Surveillance active** et monitoring des symptômes.
- **Plan de soins personnalisé** et développement de stratégies d'**auto-assistance**.
- **Hygiène de vie** : alimentation équilibrée, éviter les excitants (type caféine), sommeil suffisant et activité physique régulière.
- Informations sur suivi, durée du traitement et principaux EI des traitements; délai obtention de l'efficacité 4-6 semaines (voire 12 semaines)



- BZD seulement en cure courte pour prise en charge des crises
- Pas d'antipsychotique en soins premiers
- Pas de bêta-bloquant pour les manifestations somatiques

## Retentissement léger à modéré

## Retentissement sévère

Décision partagée selon préférence du patient, caractéristiques individuelles, accessibilité

## TCC individuelle spécifique à la phobie sociale :

14 à 15 sessions, de 90 min environ, réparties sur 4 mois. Comportant une psycho-éducation, une thérapie d'exposition graduelle à des situations sociales et exercices et prévention de la rechute

## ISRS :

Escitalopram (10-20 mg)  
Sertraline (50-150 mg)

Ou

**TCC basée sur l'auto-assistance** :  
9 séances sur 3-4 mois avec suivi par professionnel 3h au total

*En cas de refus du patient :*  
**Thérapie psychodynamique de courte durée**

## TCC + ISRS

Réponse partielle

Rémission

Echec

Echec

- Si échec ou intolérance de l'Escitalopram ou Sertraline : Proposer un **autre ISRS** (Fluvoxamine ou Paroxétine) ou ISRN (Venlafaxine)
- Si absence de réponse après changement ISRS ou ISRN : **IMAO** (moclobemide ou phénelzine) ou **TCC individuelle**

Psychothérapie : 4 mois  
Antidépresseur : poursuivre au moins 6 mois

**Si échec de deux traitements : avis spécialisé en soins secondaires en coordination avec les soins premiers**

## Suivi

- Si difficulté ressentie pour les consultations en présentiel :
  - ◊ Entretien téléphonique si possible; horaires aménagés de consultation (salle d'attente vide)
  - ◊ Recontacter le patient si ne vient pas en consultation (évaluation des obstacles possibles)
- Rythme des consultations :
  - 3 premiers mois : toutes les 2 à 4 semaines (Attention suivi hebdomadaire le premier mois pour les moins de 30 ans si ISRS)
  - Puis consultation tous les trois mois
- Monitoring des symptômes et suivi par échelles validées : SPIN et I.S.A.S
- Durée du traitement : au moins 6 mois si médicament
- **Thérapeutique**: surveillance de l'efficacité, des **effets indésirables (EI)**, adhésion au traitement, risque **suicidaire**. Accompagnement de l'arrêt des traitements.

## Effets indésirables :

- **Risque suicidaire** avec ISRS (surtout chez adulte jeune)
- **EI fréquents des ISRS** : nausées, céphalées, dysfonction sexuelle, insomnie.
- **EI fréquents des ISRN** : léthargie, somnolence, moins bien tolérés.
- **Citalopram et escitalopram** à hautes doses augmentent le QT
- **Venlafaxine** → risque HTA
- **Moclobemide** ⇒ restrictions alimentaires (éviter les aliments riches en tyramine)
- **Phénelzine** ⇒ toxicité avec interactions alimentaires et médicamenteuses

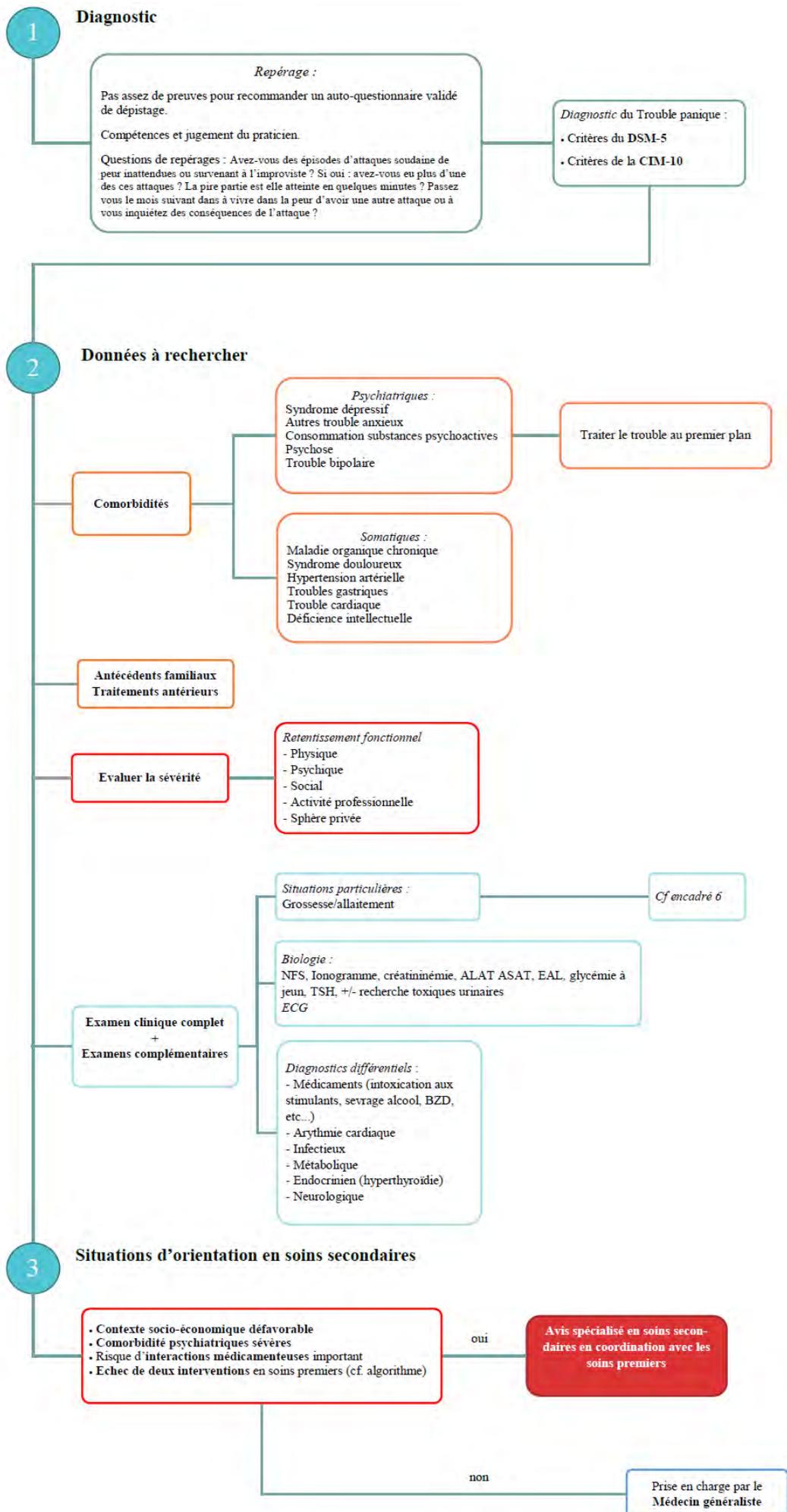
## Populations particulières

**Grossesse** : TCC en première ligne. ISRS ou ISRN possibles si symptômes sévères. Éviter Paroxétine.

**Post-partum** : risque de difficultés d'accessibilité à la TCC, à évaluer avec la mère. Attentions aux médicaments CI si allaitement

**> 65 ans** : TCC en première ligne même si troubles cognitifs légers. ATTENTION à la polymédication, risque élevé d'interactions médicamenteuses. Éviter benzodiazépines.

Figure 5 : Guide de prise en charge du Trouble panique chez l'adulte en soins premiers.

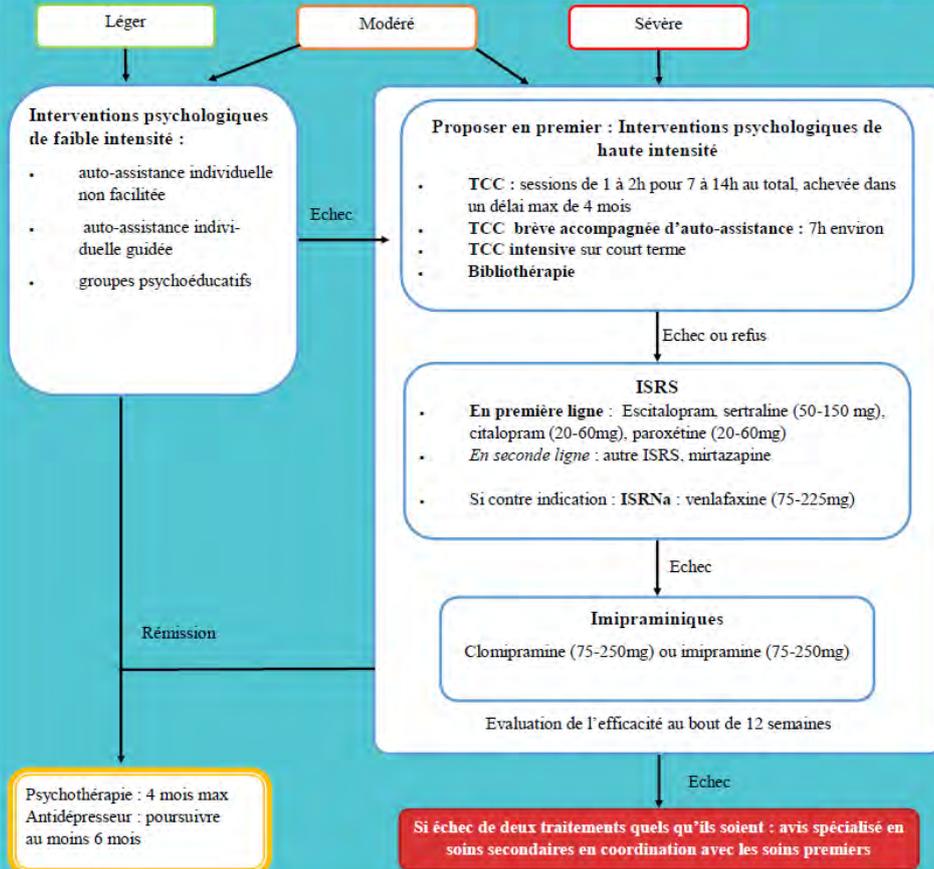


### Éléments pratique de la prise en charge

- **Alliance thérapeutique.** Information et psychoéducation du patient et de son entourage sur le trouble panique, utiliser un langage clair et adapté, groupe de support/associations de patients..
  - **Surveillance active** et monitoring des symptômes
  - **Plan de soins personnalisé** et développement de stratégies d'auto-assistance
  - **Hygiène de vie** : alimentation équilibrée, éviter tabac et alcool, sommeil suffisant et activité physique régulière.
- Informations sur suivi, durée du traitement et principaux EI des traitements



- BZD seulement en cure courte, si agitation sévère, en addition d'un antidépresseur sur 4 à 6 semaines max (effet plus rapide avec alprazolam)
- Pas d'antipsychotique, pas de bêtabloquant, pas de buspirone.



- Rythme des consultations :
  - 3 premiers mois : toutes les 2 à 4 semaines (Attention suivi hebdomadaire le premier mois pour les moins de 30 ans si ISRS)
  - Puis consultation tous les trois mois
- Monitoring des symptômes et suivi par échelles validées :
- Durée du traitement : au moins 6 mois si médicament
- **Thérapeutique:** surveillance de l'efficacité, des effets indésirables (EI), adhésion au traitement, risque suicidaire. Accompagnement de l'arrêt des traitements.

#### Effets indésirables :

- Risque suicidaire avec ISRS (surtout chez adulte jeune)
- Attention danger si association ISRS et cocaïne
- EI fréquents des ISRS : nausées, céphalées, dysfonction sexuelle, insomnie.
- EI fréquents des ISRN : idem, souvent moins bien tolérés.
- Majoration du risque de saignement
- Citalopram et escitalopram à hautes doses augmentent le QT
- Venlafaxine => risque HTA

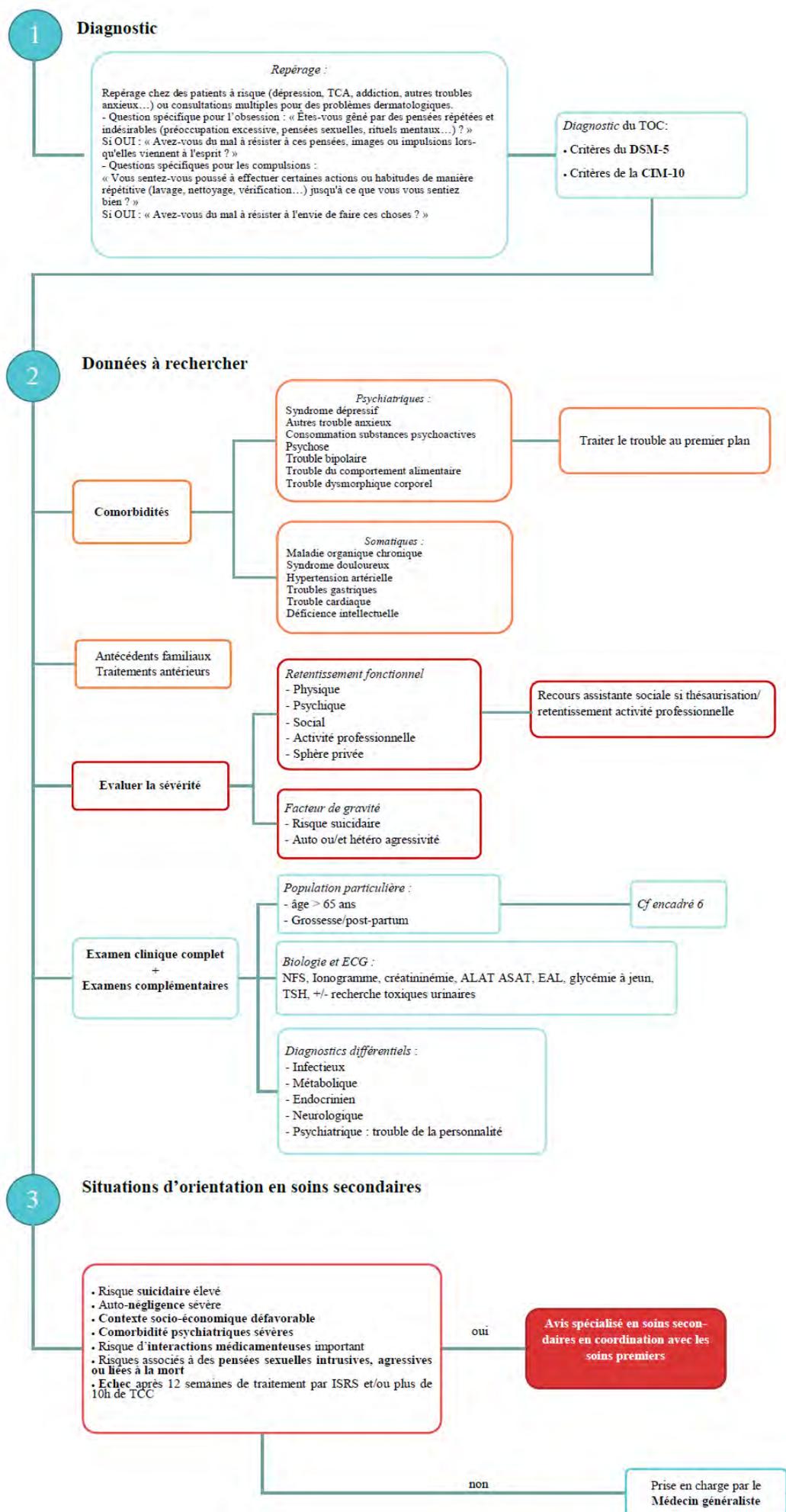
### Populations particulières

**Grossesse :** Privilégier psychothérapie. ISRS ou ISRN possibles si symptômes sévères. Eviter Paroxétine.

**Post-partum :** risque de difficultés d'accessibilité à la TCC, à évaluer avec la mère. Attentions aux médicaments CI si allaitement

**> 65 ans :** TCC en première ligne même si troubles cognitifs légers. ATTENTION à la polymédication, risque élevé d'interactions médicamenteuses. Eviter benzodiazépines.

Figure 6 : Guide de prise en charge du TOC chez l'adulte en soins premiers.

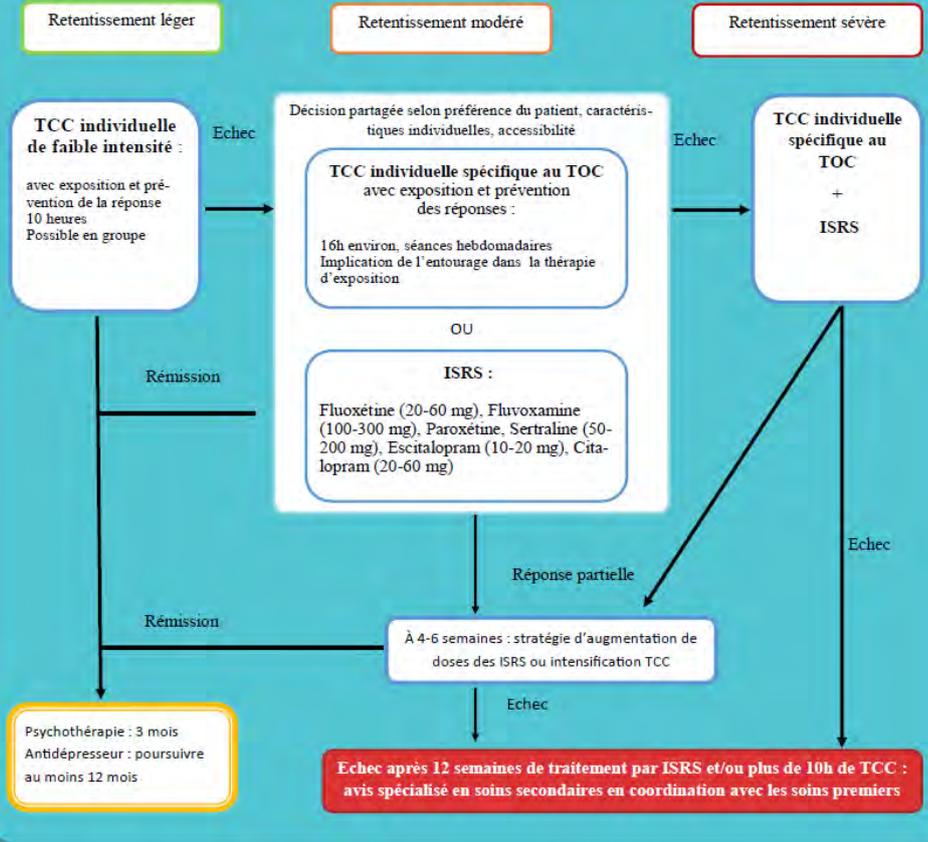


### Éléments pratique de la prise en charge

- Alliance thérapeutique. Information et éducation du patient et de son entourage sur TOC, prescription verbale et écrite de la conduite à tenir en cas de crise, liste de contact à joindre.
- Surveillance active et monitoring des symptômes
- Plan de soins personnalisé et développement de stratégies d'auto-assistance
- Hygiène de vie : alimentation équilibrée, sommeil suffisant et activité physique régulière.
- Informations sur suivi, durée du traitement et principaux EI des traitements; délai d'obtention de l'efficacité 4-6 semaines (voire 12 semaines)



- Pas de BZD
- Pas d'antipsychotique en soins premiers



- Envisager début de traitement au domicile si confiné à la maison, incapable ou réticent à se rendre au cabinet ou en cas des problèmes financiers importants avec thésaurisation
- Rythme des consultations :  
Attention suivi hebdomadaire le premier mois pour les moins de 30 ans si ISRS.  
Les 3 premiers mois : toutes les 4 à 6 semaines, à adapter selon le patient  
Puis consultation tous les trois mois
- Monitoring des symptômes et suivi par échelles validées : *Y-BOCS, Florida obsessive-compulsive inventory, OCIR*
- Durée du traitement : au moins 12 mois si médicament
- Thérapeutique: surveillance de l'efficacité, des effets indésirables (EI), adhésion au traitement, risque suicidaire. Accompagnement de l'arrêt des traitements.

#### Effets indésirables :

- Risque suicidaire avec ISRS (surtout chez adulte jeune)
- EI fréquents des ISRS : nausées, céphalées, dysfonction sexuelle, insomnie.
- Citalopram et Escitalopram à hautes doses augmentent le QT

### Populations particulières

**Grossesse :** TCC en première ligne. ISRS possibles si symptômes sévères. Eviter Paroxétine.

**Post-partum :** risque de difficultés d'accessibilité à la TCC, à évaluer avec la mère. Attentions aux médicaments CI si allaitement

**> 65 ans :** TCC en première ligne même si troubles cognitifs légers. ATTENTION à la polymédication, risque élevé d'interactions médicamenteuses. Eviter benzodiazépines. Citalopram : dose < 20mg/jour

## IV. Discussion

### A. Synthèse des résultats

Cette méta-revue a permis l'élaboration de guides pratiques de prise en charge du SSPT, du TA, de la phobie sociale, du trouble panique et du TOC en soins premiers.

La prise en charge de ces différents troubles anxieux, de la démarche diagnostique à la mise en place des traitements, présente des points communs. Pour chaque pathologie, il n'existe pas de dépistage systématique, mais des populations ou des situations à risque sont définies et doivent permettre au médecin de repérer les troubles anxieux en se basant sur son expérience ou par des questions précises. Lorsque la situation clinique correspond aux critères du DSM-V, en recueillant les objectifs et les attentes du patient concernant sa future prise en charge, on favorise une alliance thérapeutique qui permettra d'améliorer l'adhésion au traitement, son observance et les résultats cliniques (59).

La prise en charge des troubles anxieux doit suivre une approche collaborative avec un plan de soins personnalisé qui se construit avec le patient et son entourage. La psychoéducation et des règles hygiéno-diététiques sont indispensables. Un examen clinique et biologique ainsi que la recherche de comorbidités psychiatriques ou organiques seront effectués à la fois pour la démarche diagnostique et pour le bilan pré-thérapeutique. Le médecin généraliste évaluera le retentissement fonctionnel dans les différentes sphères de vie ainsi que la sévérité du trouble. Cela permettra d'orienter le choix du traitement voire un recours à un avis spécialisé en soins secondaires.

Le choix de la thérapeutique se fait en accord avec les préférences du patient, ses caractéristiques individuelles et l'offre de soins. Après l'instauration du traitement, un suivi clinique régulier avec évaluation de l'efficacité, surveillance des symptômes et des effets indésirables potentiels est mis en place. Le rythme sera adapté en fonction des caractéristiques individuelles du patient (comorbidités, sévérité du trouble) et de l'intervention choisie. Le médecin généraliste est un acteur central dans la prise en charge globale des troubles anxieux, du repérage précoce jusqu'à la coordination avec les soins secondaires.

## B. Forces et limites de la méta-revue

La méthode PRISMA (44) a été suivie lors de l'élaboration de cette méta revue. Conformément aux recommandations PRISMA, chaque étape de ce travail a été réalisée de manière indépendante par deux chercheurs, afin de limiter les biais de sélection, et de classement. Trois bases de données ont été interrogées, couplées avec une recherche manuelle, permettant de limiter le biais de publication. Les articles inclus ont été classés selon leur qualité méthodologique au moyen de leur évaluation réalisée selon des échelles et grilles validées (PRISMA, R-AMSTAR et AGREE-II). Les cinq algorithmes de prise en charge des troubles anxieux ont été élaborés à partir de données issues des recommandations internationales et des méta-analyses les mieux évaluées. Concernant les revues systématiques et méta-analyses, la moyenne des scores totaux était élevée pour PRISMA (81%) et pour R-AMSTAR (75%). C'est le cas aussi pour les recommandations pour la pratique clinique dont la moyenne des scores totaux était de 77% pour AGREE-II.

Un grand nombre d'articles a été inclus (n=77) permettant de faire une synthèse des différentes interventions possibles en France. Les cinq guides pratiques permettent de valoriser les études les mieux évaluées et de les départager en cas de données discordantes, en hiérarchisant les données recueillies.

Pour des raisons pratiques, la recherche d'articles a été limitée aux articles rédigés en français ou en anglais. Cela peut constituer un biais de publication et une perte de données potentiellement intéressantes même si la littérature publiée est majoritairement en anglais.

La question de recherche était vaste, englobant cinq troubles différents pour lesquels un grand nombre d'articles a été publié, cependant, une trop faible quantité était centrée sur l'approche ambulatoire pure ce qui ne permettait pas de prendre en compte la notion de soins premiers dans les équations de recherche.

C'est lors de l'extraction des données que les éléments en rapport avec les soins premiers ont été retenus, permettant une synthèse plus adaptée à la médecine générale. Les recommandations du NICE pour le SSPT, le TAG, le trouble panique et la phobie sociale ont le meilleur niveau de preuve dans cette méta revue et une grande partie des quatre algorithmes

correspondants est basée sur leurs données de soins primaires. Pour le TOC, la RCP du NICE datant de 2005, n'a pas pu être inclus conformément à nos critères, mais les conclusions de cette méta revue et l'algorithme qui en découle sont concordantes avec les recommandations du NICE (131).

Il a pu être noté une certaine hétérogénéité entre les études sur les critères diagnostiques : DSM III à V, ICD, etc. La plupart des articles définissait un trouble anxieux selon des critères DSM IV et IV-TR, étant donné que leur publication était antérieure à celle du DSM-5 (132). Dans le DSM-IV, le SSPT était classé dans les troubles anxieux, alors que dans le DSM-V, les « troubles liés aux traumatismes et au stress » constituent une catégorie distincte. Selon le DSM-V, le TOC est désormais classé dans les troubles anxieux. Il n'y a pas eu de changement majeur sur les critères diagnostiques de chaque trouble (133).

Les résultats pour le SSPT sont principalement issus d'études menées aux Etats-Unis (134). Il existe davantage de données concernant certaines populations spécifiques, comme les vétérans ou les traumatisés de guerre, plus souvent touchés par les SSPT (et donc plus étudiés) dont les résultats ne sont pas forcément extrapolables en population générale.

Les différentes recommandations étudiées ne sont pas toutes applicables au système de soins français. Aucune recommandation française n'a pu être incluse, celle des troubles anxieux de la HAS datait en effet de juin 2007 (135). Ainsi avec les différences d'organisation des systèmes de santé et des législations en vigueur, toutes les interventions ou thérapeutiques mentionnées ne seront pas applicables en France. Certaines études sur des types d'interventions très spécifiques ont été exclues pendant l'étape de la sélection, concernant par exemple certaines phytothérapies.

Cette approche a pu constituer une perte de données potentielle. Néanmoins, l'inclusion des 77 articles au total permet d'avoir un point de vue général sur la prise en charge thérapeutique des troubles anxieux et de produire une synthèse globale à partir d'une littérature qui reste très conséquente.

## C. Applicabilité

Les études concernant les applications mobiles, sites internet de TCC ou TCC délivrée via internet (qui semblent prometteurs (136–139)) ou thérapie en réalité virtuelle ont été exclues à la première lecture, car il ne s'agissait pas d'interventions disponibles en France. Des études avec un bon niveau de preuve suggèrent que certaines interventions non disponibles en France pourraient être des alternatives intéressantes et efficaces. Cela semblerait être le cas aussi pour certains médicaments, comme la fluvoxamine dans la phobie sociale, mais qui n'ont pas l'AMM en France dans ces indications. Des études supplémentaires seraient nécessaires sur ces sujets.

Il n'est pas donné de définition précise de l'intensité "faible", "modérée" ou "sévère" du retentissement. Son évaluation est subjective, d'où l'importance d'être à l'écoute du patient et d'instaurer une alliance thérapeutique.

La méta-revue souligne l'importance des interventions non pharmacologiques, en particulier la place de la TCC dans les différents troubles. Cette dernière a prouvé son efficacité au même titre que les ISRS. Dans le TAG par exemple pour un retentissement modéré à fort, la décision de traiter par TCC ou ISRS va se prendre avec le patient selon ses préférences et les contre-indications. Il est alors dommage que ce choix soit limité par l'accessibilité à la TCC du fait de contraintes socio-économiques ou d'un manque de disponibilité loco-régionale. Un dispositif expérimental récent s'est intéressé au remboursement de la psychothérapie (140), ce qui permettrait de lever une partie des freins à son accessibilité. Une meilleure offre de soins et l'inclusion des psychologues dans les réseaux de soins de proximité seraient nécessaires pour des prises en charge conformes aux recommandations.

## V. Conclusion

Cette méta-revue a permis la réalisation d'un guide pratique de prise en charge pour chacun de ces troubles anxieux : TAG, SSPT, trouble panique, phobie sociale, TOC chez l'adulte, à destination des médecins généralistes. Ce travail vient compléter une première méta-revue de 2015 sur la primo prescription des benzodiazépines dans les troubles anxieux, élargie à l'ensemble des différentes thérapeutiques accessibles en soins premiers. Cette méta-revue vient s'ajouter à d'autres revues réalisées selon la même méthodologie afin de compléter un site internet d'aide à la prise en charge des principales pathologies en santé mentale rencontrées en médecine générale, psychotrope.fr. Devant la recrudescence et la forte prévalence des troubles anxieux, le médecin généraliste est en première ligne, et il pourra bénéficier d'une information rapidement accessible et pratique afin de proposer des soins adaptés en accord avec les dernières données de la littérature et une prescription justifiée des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses.

L'ensemble des données conforte le rôle central du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles anxieux. Cette prise en charge repose sur une alliance thérapeutique, la psychoéducation, des conseils d'hygiène de vie, un accompagnement individuel et un plan de soin personnalisé. Le médecin généraliste est présent à chaque étape : le repérage, le diagnostic, la mise en place et la gestion d'un traitement et le suivi. Pour les situations complexes, le médecin généraliste pourra assurer un rôle de coordinateur avec les soins secondaires. Par ailleurs, étant donnée la place centrale des psychothérapies soulignée par cette revue et les données de la littérature, une amélioration de l'offre de soins et de l'accessibilité des approches non pharmacologiques semble nécessaire pour offrir au généraliste des possibilités de thérapeutiques complètes et conformes aux recommandations.

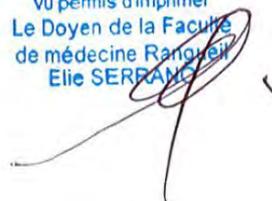
Au vu de l'utilisation de plus en plus importante des outils en ligne, le site psychotropes.fr, dans lequel les guides issus de cette méta-revue seront intégrés, pourrait permettre d'améliorer les pratiques. Par la suite, une évaluation de l'impact de ces guides implémentés sur le site psychotropes.fr semble être pertinente.

Lu et Approuvé  
Toulouse le 10 Mai 2021  
Professeur Rougé Bugat



Toulouse, le 17/05/2021

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de médecine Rangueil  
Elie SERRANO



## Bibliographie

1. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci.* sept 2015;17(3):327-35.
2. Cohidon C. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête "Santé mentale en population générale : images et réalités". InVS. août 2017;
3. Altemus M, Sarvaiya N, Neill Epperson C. Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Front Neuroendocrinol.* août 2014;35(3):320-30.
4. Fernandez S. Anxiety Disorders in Childhood and Adolescence: A Primary Care Approach. *Pediatr Ann.* 1 juin 2017;46(6):e213-6.
5. Alonso J, Lépine J-P, ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *J Clin Psychiatry.* 2007;68 Suppl 2:3-9.
6. American Psychiatric association. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [Internet]. [cité 31 août 2019]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-9782294743382.html>
7. World Health Organization. International Classification of Diseases 10th Revision. 2010.
8. Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger J-P, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. *L'Encéphale.* déc 2009;35(6):560-9.
9. Pratt LA, Druss BG, Manderscheid RW, Walker ER. Excess mortality due to depression and anxiety in the United States: results from a nationally representative survey. *Gen Hosp Psychiatry.* mars 2016;39:39-45.
10. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 1 juin 2005;62(6):617.

11. Chan Chee C, Khireddine I. Surveillance des troubles de santé mentale. In: *Epidémiologie de terrain* (2ème édition): Méthodes et applications. p. 152-152.
12. Konnopka A, Leichsenring F, Leibing E, König H-H. Cost-of-illness studies and cost-effectiveness analyses in anxiety disorders: A systematic review. *J Affect Disord.* avr 2009;114(1-3):14-31.
13. Bereza BG, Machado M, Papadimitropoulos M, Sproule B, Ravindran AV, Einarson TR. A Markov Model Approach Assessing the Cost of Illness of Generalized Anxiety Disorder in Canada. *Neurol Ther* [Internet]. déc 2012 [cité 31 août 2019];1(1). Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s40120-012-0001-y>
14. Lépine JP. Epidemiology, burden, and disability in depression and anxiety. *J Clin Psychiatry.* 2001;62 Suppl 13:4-10; discussion 11-12.
15. Tanguay Bernard M-M, Luc M, Carrier J-D, Fournier L, Duhoux A, Côté E, et al. Patterns of benzodiazepines use in primary care adults with anxiety disorders. *Héliyon.* juill 2018;4(7):e00688.
16. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry.* 2014;14(Suppl 1):S1.
17. Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, De Girolamo G, Gasquet I, Kovess V, et al. Clinical factors influencing the prescription of antidepressants and benzodiazepines: *J Affect Disord.* sept 2008;110(1-2):84-93.
18. Agence nationale de sécurité du médicament. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. 2017 avr [cité 31 août 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>
19. Lapeyre-Mestre M. Impact des benzodiazépines sur les fonctions cognitives et le risque de démence. *Revue des arguments de causalité issus des études observationnelles. Therapies.* juin 2019;74(3):407-19.
20. Haute autorité de santé. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? [Internet]. 2018 [cité 31 août 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2863043/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-anxiete](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2863043/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-anxiete)

21. Bénard-Larivière A, Pariente A. Usages et mésusages des benzodiazépines en population en France. *Presse Médicale*. oct 2018;47(10):878-81.
22. Dezetter A, Briffault X, Bruffaerts R, De Graaf R, Alonso J, König HH, et al. Use of general practitioners versus mental health professionals in six European countries: the decisive role of the organization of mental health-care systems. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. janv 2013;48(1):137-49.
23. Kovess-Masfety V, Barres M, Coldefy M, Melchior M, Piant J, Senecal N, et al. Organization of mental health care: the role of general practitioners. *Rev Prat*. 2017;67(5):563-8.
24. Grolleau A, Cougnard A, Bégau B, Verdoux H. Usage et congruence diagnostique des traitements à visée psychotrope : résultats de l'enquête santé mentale en population générale en France métropolitaine. *L'Encéphale*. sept 2008;34(4):352-9.
25. CHITEL C, AULANIER S. Connaissances et attitudes du médecin généraliste bas-normand face au trouble anxieux généralisé. *Médecine*. juin 2017;13(6):272-6.
26. 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* [Internet]. 28 avr 2011 [cité 31 août 2019]; Disponible sur: <http://www.psychiatrist.com/pcc/article/pages/2011/v13n02/10m01013.aspx>
27. Chapdelaine A, Carrier J-D, Fournier L, Duhoux A, Roberge P. Treatment adequacy for social anxiety disorder in primary care patients. Guloksuz S, éditeur. *PLOS ONE*. 5 nov 2018;13(11):e0206357.
28. Treating depression and anxiety in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2008;10(2):145-52.
29. Roberge P, Normand-Lauzière F, Raymond I, Luc M, Tanguay-Bernard M-M, Duhoux A, et al. Generalized anxiety disorder in primary care: mental health services use and treatment adequacy. *BMC Fam Pract* [Internet]. déc 2015 [cité 19 mai 2019];16(1). Disponible sur: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/16/146>
30. Bastian H, Glasziou P, Chalmers I. Seventy-Five Trials and Eleven Systematic Reviews a Day: How Will We Ever Keep Up? *PLoS Med*. 21 sept 2010;7(9):e1000326.
31. Zwolsman S, te Pas E, Hooft L, Waard MW, van Dijk N. Barriers to GPs' use of evidence-based medicine: a systematic review. *Br J Gen Pract*. juill 2012;62(600):e511-21.

32. Ebell MH, Sokol R, Lee A, Simons C, Early J. How good is the evidence to support primary care practice? *Evid Based Med.* juin 2017;22(3):88-92.
33. Tracy CS, Dantas GC, Upshur RE. Evidence-based medicine in primary care: qualitative study of family physicians. *BMC Fam Pract* [Internet]. déc 2003 [cité 3 sept 2019];4(1). Disponible sur: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-4-6>
34. Palmato C. Conception d'un site internet d'aide à la prise en charge des pathologies mentales et à la prescription des psychotropes en soins premiers : psychotropes.fr. Université Paul Sabatier (Toulouse III) - Faculté de médecine de Rangueil; 2018.
35. Berhtes A. Guide de la première prescription des benzodiazépines dans les troubles anxieux et l'insomnie : une revue systématique de la littérature [Revue systématique]. [France]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2013.
36. Driot D. Revue systématique de la primo prescription des benzodiazépines en soins premierer pour les troubles anxieux et l'insomnie. *exercer.* 2017;(131 : 1):20-30.
37. Driot D, Bismuth M, Maurel A, Soulie-Albouy J, Birebent J, Oustric S, et al. Management of first depression or generalized anxiety disorder episode in adults in primary care: A systematic metareview. *Presse Médicale.* déc 2017;46(12):1124-38.
38. Foubert Q. Recherche d'informations médicales sur internet par les internes et médecins généralistes en France : des intentions à la pratique. *Médecine humaine et pathologie.* ffdumas01109845f. 2014.
39. Sim MG, Khong E, Jiwa M. Does general practice Google? *Aust Fam Physician.* juin 2008;37(6):471-4.
40. Bennett NL, Casebeer LL, Kristofco R, Collins BC. Family physicians' information seeking behaviors: A survey comparison with other specialties. *BMC Med Inform Decis Mak* [Internet]. déc 2005 [cité 3 sept 2019];5(1). Disponible sur: <http://bmcmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-5-9>
41. Conn MK, Shafer S, Cline T. Anxiety Management in Primary Care: Implementing the National Institute of Clinical Excellence Guidelines. *Arch Psychiatr Nurs.* avr 2017;31(2):205-10.
42. Kendrick T, Stuart B, Newell C, Geraghty AWA, Moore M. Did NICE guidelines and the Quality Outcomes Framework change GP antidepressant prescribing in England? Observational study with time trend analyses 2003–2013. *J Affect Disord.* nov 2015;186:171-7.

43. Jeanmougin P, Aubert J-P, Le Bel J, Nougairède M. Antibiocliv : outil pour une antibiothérapie rationnelle en soins primaires. *Rev Prat.* sept 2012;62(7):978. *Rev Prat.* sept 2012;62:978.
44. Overviews of review. In: *Cochrane handbook for systematic reviews of intervention Version 6.* Higgins JPT, Green S. The Cochrane collaboration; 2019.
45. Damien Driot, Marie-Eve Rougé-Bugat, Emile Escourrou, Michel Bismuth, Thirry Brillac, Stéphane Oustric, et al. Méta-revues de revues systématiques pour la pratique et la recherche en soins premiers. Proposition d'une grille de lecture méthodologique. *exercer.* 2018;(143):232-8.
46. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ.* 4 déc 2009;339(jul21 1):b2700-b2700.
47. Hutton B, Salanti G, Caldwell DM, Chaimani A, Schmid CH, Cameron C, et al. The PRISMA Extension Statement for Reporting of Systematic Reviews Incorporating Network Meta-analyses of Health Care Interventions: Checklist and Explanations. *Ann Intern Med.* 2 juin 2015;162(11):777.
48. PROSPERO International prospective register of systematic reviews [Internet]. [cité 31 août 2019]. Disponible sur: <https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>
49. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Grey Matters: a practical tool for searching health-related grey literature, Ottawa: CADTH.ca, 2019 [Internet]. 2019 [cité 29 août 2019]. Disponible sur: <https://www.cadth.ca/resources/finding-evidence/grey-matters>
50. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Can Med Assoc J.* 14 déc 2010;182(18):E839-42.
51. Kung J. From Systematic Reviews to Clinical Recommendations for Evidence- Based Health Care: Validation of Revised Assessment of Multiple Systematic Reviews (R-AMSTAR) for Grading of Clinical Relevance~!2009-10-24~!2009-10-03~!2010-07-16~! *Open Dent J.* 16 juill 2010;4(2):84-91.
52. Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, et al. Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: A product from the ESRC Methods Programme [Internet]. Lancaster University; 2006 [cité 31 août 2019]. Disponible sur: <http://rgdoi.net/10.13140/2.1.1018.4643>

53. Overview | Post-traumatic stress disorder | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
54. Overview | Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159>
55. Overview | Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>
56. Andrews G, Bell C, Boyce P, Gale C, Lampe L, Marwat O, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. déc 2018;52(12):1109-72.
57. Australian PTSD Guidelines | July 2020 [Internet]. Phoenix Australia. [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.phoenixaustralia.org/australian-guidelines-for-ptsd/>
58. Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Reaction 2017 - VA/DoD Clinical Practice Guidelines [Internet]. [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/>
59. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Allgulander C, Bandelow B, den Boer JA, et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol (Oxf)*. mai 2014;28(5):403-39.
60. Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatments of Post-Traumatic Stress Disorder. 2018;13.
61. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. In: *APA Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Comprehensive Guidelines and Guideline Watches* [Internet]. 1<sup>re</sup> éd. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2006 [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aID=149114>
62. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14(Suppl 1):S1.

63. Grant S, Colaiaco B, Motala A, Shanman R, Sorbero M, Hempel S. Acupuncture for the Treatment of Adults with Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Trauma Dissociation*. janv 2018;19(1):39-58.
64. 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 Common Mental Disorders Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]*. 13 avr 2016 [cité 7 mars 2021]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011004.pub2>
65. 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 Common Mental Disorders Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]*. 12 oct 2016 [cité 7 mars 2021]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011170.pub2>
66. Williams T, Hattingh CJ, Kariuki CM, Tromp SA, van Balkom AJ, Ipser JC, et al. Pharmacotherapy for social anxiety disorder (SAnD). *Cochrane Common Mental Disorders Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]*. 19 oct 2017 [cité 7 mars 2021]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001206.pub3>
67. Imai H, Tajika A, Chen P, Pompoli A, Guaiana G, Castellazzi M, et al. Azapirones versus placebo for panic disorder in adults. *Cochrane Common Mental Disorders Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]*. 30 sept 2014 [cité 7 mars 2021]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010828.pub2>
68. Gould RL, Coulson MC, Howard RJ. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders in Older People: A Meta-Analysis and Meta-Regression of Randomized Controlled Trials. *J Am Geriatr Soc*. févr 2012;60(2):218-29.
69. Li X, Zhu L, Zhou C, Liu J, Du H, Wang C, et al. Efficacy and tolerability of short-term duloxetine treatment in adults with generalized anxiety disorder: A meta-analysis. Russo E, éditeur. *PLOS ONE*. 20 mars 2018;13(3):e0194501.
70. Cipriani A, Williams T, Nikolakopoulou A, Salanti G, Chaimani A, Ipser J, et al. Comparative efficacy and acceptability of pharmacological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis. *Psychol Med*. sept 2018;48(12):1975-84.
71. 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.

72. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Common Mental Disorders Group, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 13 déc 2013 [cité 7 mars 2021]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003388.pub4>
73. Breilmann J, Girlanda F, Guaiana G, Barbui C, Cipriani A, Castellazzi M, et al. Benzodiazepines versus placebo for panic disorder in adults. Cochrane Common Mental Disorders Group, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 28 mars 2019 [cité 7 mars 2021]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010677.pub2>
74. Bighelli I, Trespidi C, Castellazzi M, Cipriani A, Furukawa TA, Girlanda F, et al. Antidepressants and benzodiazepines for panic disorder in adults. Cochrane Common Mental Disorders Group, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 12 sept 2016 [cité 7 mars 2021]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011567.pub2>
75. Chen L, Zhang G, Hu M, Liang X. Eye Movement Desensitization and Reprocessing Versus Cognitive-Behavioral Therapy for Adult Posttraumatic Stress Disorder: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Nerv Ment Dis*. juin 2015;203(6):443-51.
76. Kim H, Kim EJ. Effects of Relaxation Therapy on Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs*. avr 2018;32(2):278-84.
77. Li X, Zhu L, Su Y, Fang S. Short-term efficacy and tolerability of venlafaxine extended release in adults with generalized anxiety disorder without depression: A meta-analysis. Russo E, éditeur. *PLOS ONE*. 5 oct 2017;12(10):e0185865.
78. Zhang Y, Huang G, Yang S, Liang W, Zhang L, Wang C. Duloxetine in treating generalized anxiety disorder in adults: A meta-analysis of published randomized, double-blind, placebo-controlled trials: Duloxetine for GAD. *Asia-Pac Psychiatry*. sept 2016;8(3):215-25.
79. Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Med*. déc 2010;8(1):38.
80. Hall J, Kellett S, Berrios R, Bains MK, Scott S. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder in Older Adults: Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression. *Am J Geriatr Psychiatry*. nov 2016;24(11):1063-73.

81. Kishita N, Takei Y, Stewart I. A meta-analysis of third wave mindfulness-based cognitive behavioral therapies for older people: Third wave mindfulness-based CBT for older people. *Int J Geriatr Psychiatry*. déc 2017;32(12):1352-61.
82. Jayakody K, Gunadasa S, Hosker C. Exercise for anxiety disorders: systematic review. *Br J Sports Med*. févr 2014;48(3):187-96.
83. Gonçalves DC, Byrne GJ. Interventions for generalized anxiety disorder in older adults: Systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord*. janv 2012;26(1):1-11.
84. Aylett E, Small N, Bower P. Exercise in the treatment of clinical anxiety in general practice – a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. déc 2018;18(1):559.
85. Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E, Reijnders M, Huibers MJH. How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*. oct 2016;15(3):245-58.
86. 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*. oct 2016;43:79-89.
87. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry*. févr 2014;13(1):56-67.
88. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole S, Huibers M, Berking M, Andersson G. Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. mars 2014;34(2):130-40.
89. Andrisano C, Chiesa A, Serretti A. Newer antidepressants and panic disorder: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol*. janv 2013;28(1):33-45.
90. Hans E, Hiller W. A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders. *Clin Psychol Rev*. déc 2013;33(8):954-64.
91. Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, Pettman D. Mindfulness-Based Interventions for People Diagnosed with a Current Episode of an Anxiety or Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. Laks J, éditeur. *PLoS ONE*. 24 avr 2014;9(4):e96110.

92. Gerger H, Munder T, Gemperli A, Nüesch E, Trelle S, Jüni P, et al. Integrating fragmented evidence by network meta-analysis: relative effectiveness of psychological interventions for adults with post-traumatic stress disorder. *Psychol Med.* nov 2014;44(15):3151-64.
93. Skapinakis P, Caldwell DM, Hollingworth W, Bryden P, Fineberg NA, Salkovskis P, et al. Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* août 2016;3(8):730-9.
94. Visser E, Gosens T, Den Ouden BL, De Vries J. The course, prediction, and treatment of acute and posttraumatic stress in trauma patients: A systematic review. *J Trauma Acute Care Surg.* juin 2017;82(6):1158-83.
95. Gomez AF, Barthel AL, Hofmann SG. Comparing the efficacy of benzodiazepines and serotonergic anti-depressants for adults with generalized anxiety disorder: a meta-analytic review. *Expert Opin Pharmacother.* 24 mai 2018;19(8):883-94.
96. Zhang A, Park S, Sullivan JE, Jing S. The Effectiveness of Problem-Solving Therapy for Primary Care Patients' Depressive and/or Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Board Fam Med.* janv 2018;31(1):139-50.
97. Generoso MB, Trevizol AP, Kasper S, Cho HJ, Cordeiro Q, Shiozawa P. Pregabalin for generalized anxiety disorder: an updated systematic review and meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol.* janv 2017;32(1):49-55.
98. Seekles W, Cuijpers P, Kok R, Beekman A, van Marwijk H, van Straten A. Psychological treatment of anxiety in primary care: a meta-analysis. *Psychol Med.* févr 2013;43(2):351-61.
99. Marker I, Norton PJ. The efficacy of incorporating motivational interviewing to cognitive behavior therapy for anxiety disorders: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* juin 2018;62:1-10.
100. Kishita N, Laidlaw K. Cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults? *Clin Psychol Rev.* mars 2017;52:124-36.
101. Stubbs B, Vancampfort D, Rosenbaum S, Firth J, Cosco T, Veronese N, et al. An examination of the anxiolytic effects of exercise for people with anxiety and stress-related disorders: A meta-analysis. *Psychiatry Res.* mars 2017;249:102-8.

102. Bandelow B, Reitt M, Röver C, Michaelis S, Görlich Y, Wedekind D. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol.* juill 2015;30(4):183-92.
103. Rosenbaum S, Vancampfort D, Steel Z, Newby J, Ward PB, Stubbs B. Physical activity in the treatment of Post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* déc 2015;230(2):130-6.
104. Moylan S, Staples J, Ward SA, Rogerson J, Stein DJ, Berk M. The Efficacy and Safety of Alprazolam Versus Other Benzodiazepines in the Treatment of Panic Disorder. *J Clin Psychopharmacol.* oct 2011;31(5):647-52.
105. Curtiss J, Andrews L, Davis M, Smits J, Hofmann SG. A meta-analysis of pharmacotherapy for social anxiety disorder: an examination of efficacy, moderators, and mediators. *Expert Opin Pharmacother.* 11 févr 2017;18(3):243-51.
106. Shinfuku M, Kishimoto T, Uchida H, Suzuki T, Mimura M, Kikuchi T. Effectiveness and safety of long-term benzodiazepine use in anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol.* sept 2019;34(5):211-21.
107. Hoskins M, Pearce J, Bethell A, Dankova L, Barbui C, Tol WA, et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* févr 2015;206(2):93-100.
108. Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, Wines C, Sonis J, Middleton JC, et al. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* févr 2016;43:128-41.
109. Bartley CA, Hay M, Bloch MH. Meta-analysis: Aerobic exercise for the treatment of anxiety disorders. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* août 2013;45:34-9.
110. Lee DJ, Schnitzlein CW, Wolf JP, Vythilingam M, Rasmusson AM, Hoge CW. PSYCHOTHERAPY VERSUS PHARMACOTHERAPY FOR POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER: SYSTEMIC REVIEW AND META-ANALYSES TO DETERMINE FIRST-LINE TREATMENTS: Research Article: Comparison of PTSD Guidelines. *Depress Anxiety.* sept 2016;33(9):792-806.
111. Hilton L, Maher AR, Colaiaco B, Apaydin E, Sorbero ME, Booth M, et al. Meditation for posttraumatic stress: Systematic review and meta-analysis. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy.* juill 2017;9(4):453-60.

112. Davis ML, Smits JA, Hofmann SG. Update on the efficacy of pharmacotherapy for social anxiety disorder: a meta-analysis. *Expert Opin Pharmacother.* nov 2014;15(16):2281-91.
113. Vøllestad J, Nielsen MB, Nielsen GH. Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis: Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders. *Br J Clin Psychol.* sept 2012;51(3):239-60.
114. Watts BV, Schnurr PP, Mayo L, Young-Xu Y, Weeks WB, Friedman MJ. Meta-Analysis of the Efficacy of Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry.* 15 juin 2013;74(06):e541-50.
115. Norton AR, Abbott MJ, Norberg MM, Hunt C. A Systematic Review of Mindfulness and Acceptance-Based Treatments for Social Anxiety Disorder: Mindfulness Interventions for SAD. *J Clin Psychol.* avr 2015;71(4):283-301.
116. Mayo-Wilson E, Dias S, Mavranzouli 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.
117. Offidani E, Guidi J, Tomba E, Fava GA. Efficacy and Tolerability of Benzodiazepines versus Antidepressants in Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychother Psychosom.* 2013;82(6):355-62.
118. Slee A, Nazareth I, Bondaronek P, Liu Y, Cheng Z, Freemantle N. Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet.* févr 2019;393(10173):768-77.
119. Mancini M, Perna G, Rossi A, Petralia A. Use of duloxetine in patients with an anxiety disorder, or with comorbid anxiety and major depressive disorder: a review of the literature. *Expert Opin Pharmacother.* mai 2010;11(7):1167-81.
120. Mochcovitch MD, Nardi AE. Selective serotonin-reuptake inhibitors in the treatment of panic disorder: a systematic review of placebo-controlled studies. *Expert Rev Neurother.* août 2010;10(8):1285-93.
121. de Menezes GB, Coutinho ESF, Fontenelle LF, Vigne P, Figueira I, Versiani M. Second-generation antidepressants in social anxiety disorder: meta-analysis of controlled clinical trials. *Psychopharmacology (Berl).* mai 2011;215(1):1-11.

122. Baldwin D, Woods R, Lawson R, Taylor D. Efficacy of drug treatments for generalised anxiety disorder: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 11 mars 2011;342(mar 11 1):d1199-d1199.
123. Banks K, Newman E, Saleem J. An Overview of the Research on Mindfulness-Based Interventions for Treating Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review: Mindfulness and PTSD. *J Clin Psychol*. oct 2015;71(10):935-63.
124. Hanrahan F, Field AP, Jones FW, Davey GCL. A meta-analysis of cognitive therapy for worry in generalized anxiety disorder. *Clin Psychol Rev*. févr 2013;33(1):120-32.
125. Baldwin DS, Asakura S, Koyama T, Hayano T, Hagino A, Reines E, et al. Efficacy of escitalopram in the treatment of social anxiety disorder: A meta-analysis versus placebo. *Eur Neuropsychopharmacol*. juin 2016;26(6):1062-9.
126. Shujun Xu RM. Acupuncture for Generalized Anxiety Disorder: A Systematic Review. *J Psychol Psychother [Internet]*. 2014 [cité 21 mars 2021];04(05). Disponible sur: <https://www.omicsonline.org/open-access/acupuncture-for-generalized-anxiety-disorder-a-systematic-review-2161-0487.1000155.php?aid=31524>
127. Dinnen S, Simiola V, Cook JM. Post-traumatic stress disorder in older adults: a systematic review of the psychotherapy treatment literature. *Aging Ment Health*. févr 2015;19(2):144-50.
128. Glue P. Optimal treatment of social phobia: systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat*. mai 2012;203.
129. Gale CK, Millichamp J. Generalised anxiety disorder. *BMJ Clin Evid*. 27 oct 2011;2011.
130. Damien Driot, Julie SOULIE-ALBOUY. Guide de la première prescription des antidépresseurs en soins primaires : revue systématique de la littérature. [Internet]. [Toulouse]: Toulouse III - Paul Sabatier; 2014. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/719/1/2014TOU31136-1137.pdf>
131. Overview | Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31>
132. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013. 1414 p.
133. Kronish IM, Shah RN, Moise N. What Should Primary Care Providers Know About the Changes in DSM-5? *Curr Psychiatry Rep*. mars 2016;18(3):30.

134. Troubles du stress post-traumatique [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/troubles-stress-post-traumatique>
135. Haute Autorité de santé. Affections psychiatriques de longue durée : Troubles anxieux graves [Internet]. France; 2007 juin p. 36. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide\\_medecin\\_troubles\\_anxieux.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf)
136. Olthuis JV, Watt MC, Bailey K, Hayden JA, Stewart SH. Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [cité 24 mars 2021]. p. CD011565. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011565>
137. Lenferink LIM, Meyerbröker K, Boelen PA. PTSD treatment in times of COVID-19: A systematic review of the effects of online EMDR. *Psychiatry Res.* nov 2020;293:113438.
138. Simon N, McGillivray L, Roberts NP, Barawi K, Lewis CE, Bisson JI. Acceptability of internet-based cognitive behavioural therapy (i-CBT) for post-traumatic stress disorder (PTSD): a systematic review. *Eur J Psychotraumatology.* 31 déc 2019;10(1):1646092.
139. Oser M, Wallace ML, Solano F, Szigethy EM. Guided Digital Cognitive Behavioral Program for Anxiety in Primary Care: Propensity-Matched Controlled Trial. *JMIR Ment Health.* 4 avr 2019;6(4):e11981.
140. Psychologues : Toulouse teste le remboursement [Internet]. *ladepeche.fr.* [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ladepeche.fr/article/2018/04/16/2780998-psychologues-toulouse-teste-le-remboursement.html>

## Annexes

### A. Critères diagnostiques des troubles anxieux

#### *Annexe 1 : Critères DSM-V du TAG.*

<b>A. Anxiété et soucis excessifs « attente avec appréhension » survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant au moins deux thèmes différents « famille, travail, santé ou autres domaines ».</b>
<b>B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.</b>
<b>C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois « ou plus » des six symptômes suivants :</b>
1) Agitation ou sensation d'être survolé ou à bout. 2) Fatigabilité. 3) Difficultés de concentration ou trous de la mémoire. 4) Irritabilité. 5) Tension musculaire. 6) Perturbation du sommeil
<b>D. L'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité aux manifestations d'une autre pathologie mentale.</b>

#### *Annexe 2 : Critères CIM-10 du TAG.*

<b>Anxiété généralisée et persistante qui ne survient pas exclusivement, ni même de façon préférentielle, dans une situation déterminée.</b>
<b>Les symptômes essentiels sont variables, mais le patient se plaint de nervosité permanente, de tremblements, de tension musculaire, de transpiration, d'un sentiment de "tête vide", de palpitations, d'étourdissements et d'une gêne épigastrique.</b>
<b>Par ailleurs, le sujet a souvent peur que lui-même ou l'un de ses proches tombe malade ou ait un accident.</b>

#### *Annexe 3 : Critères DSM-V du SSPT.*

<b>A. avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :</b>
1) en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ; 2) en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ; 3) en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche (l'événement doit avoir été violent ou accidentel) ;

4) en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant.

**B. Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :**

- 1) Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants ;
- 2) Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse ;
- 3) Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait ;
- 4) Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;
- 5) Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

**C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :**

- 1) Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs/pensées/sentiments relatifs à l'événement traumatisant, et qui provoquent un sentiment de détresse ;
- 2) Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs/pensées/sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant, et qui provoquent un sentiment de détresse.

**D. Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :**

- 1) Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques ;
- 2) Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde ;
- 3) Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;
- 4) État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ;
- 5) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
- 6) Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;
- 7) Incapacité persistante de ressentir des émotions positives.

**E. Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :**

- 1) Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;
- 2) Comportement irréfléchi ou autodestructeur ;
- 3) Hypervigilance ;
- 4) Réaction de sursaut exagéré ;
- 5) Problèmes de concentration ;

6) Troubles du sommeil.
<b>F. La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.</b>
<b>G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.</b>
<b>H. La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.</b>

***Annexe 4 : Critères CIM-10 du SSPT.***

Réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus.
Des facteurs prédisposants, tels que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome.
Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants ("flashbacks"), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable d'anesthésie psychique" et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperéveil neuro-végétatif, avec hypervigilance, état de qui-vive" et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire.
La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité.

***Annexe 5 : Critères DSM-V du stress aigu.***

<b>A. Exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :</b>
1) Vivre directement l'événement traumatique ; 2) Être témoin, en personne, de l'événement vécu par d'autres ; 3) Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche ; 4) Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique.
<b>B. Présence de 9 (ou plus) des symptômes suivants, de n'importe laquelle des 5 catégories d'intrusion, d'humeur négative, de dissociation, d'évitement et de niveau d'activation élevé, qui ont débuté ou se sont aggravés après la survenue d'un événement traumatique :</b>

<b>Symptômes d'intrusion :</b>	1) Souvenirs pénibles récurrents, involontaires, et envahissants de l'événement traumatique ; 2) Rêves répétitifs pénibles dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique ; 3) Réactions dissociatives (ex. flash-backs) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait ; 4) Détresse psychologique intense ou prolongée ou réactions physiologiques marquées en réponse à des indices internes ou externes symbolisant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.
<b>Humeur négative :</b>	5) Incapacité persistante de ressentir des émotions positives
<b>Symptômes dissociatifs :</b>	6) Altération du sens la réalité de son environnement ou de soi-même ; 7) Incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique.
<b>Symptômes d'évitement :</b>	8) Efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à l'événement traumatique ; 9) Efforts pour éviter les rappels externes qui éveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à l'événement traumatique.
<b>Symptômes d'activation :</b>	10) Perturbation du sommeil ; 11) Comportement irritable et crises de colère ; 12) Hypervigilance ; 13) Problèmes de concentration ; 14) Réaction de sursaut exagérée.
<b>C. La durée de la perturbation (symptômes du critère B) est de 3 jours à 1 mois après l'exposition au traumatisme.</b>	
<b>D. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.</b>	
<b>E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (ex. médicaments ou alcool) ou à une autre condition médicale (ex. une légère lésion cérébrale traumatique) et n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref.</b>	

### ***Annexe 6 : Critères CIM-10 du stress aigu.***

<b>Trouble transitoire, survenant chez un individu ne présentant aucun autre trouble mental manifeste, à la suite d'un facteur de stress physique et psychique exceptionnel et disparaissant habituellement en quelques heures ou en quelques jours.</b>
<b>La survenue et la gravité d'une réaction aiguë à un facteur de stress sont influencées par des facteurs de vulnérabilité individuels et par la capacité du sujet à faire face à un traumatisme.</b>
<b>La symptomatologie est typiquement mixte et variable et comporte initialement un état "d'hébétude" caractérisé par un certain rétrécissement du champ de la conscience et de l'attention, une impossibilité à intégrer des stimuli et une désorientation. Cet état peut être suivi d'un retrait croissant vis-à-vis de</b>

l'environnement, ou d'une agitation avec hyperactivité (réaction de fuite ou fugue). Le trouble s'accompagne fréquemment des symptômes neuro-végétatifs d'une anxiété panique (tachycardie, transpiration, bouffées de chaleur). Les symptômes se manifestent habituellement dans les minutes suivant la survenue du stimulus ou de l'événement stressant et disparaissent en l'espace de deux à trois jours (souvent en quelques heures). Il peut y avoir une amnésie partielle ou complète de l'épisode.

Quand les symptômes persistent, il convient d'envisager un changement de diagnostic.

### *Annexe 7 : Critères DSM-V de la phobie sociale.*

A. Une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui.

B. L'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi-systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une attaque de panique.

C. Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de la peur.

D. Les situations sociales ou de performance sont évitées ou vécues avec une anxiété et une détresse intense.

E. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la situation redoutée sociale ou de performance perturbent, de façon importante, les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles, ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.

F. Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins 6 mois.

G. La peur ou le comportement d'évitement n'est pas lié aux effets physiologiques directs d'une substance, ni à une affection médicale générale et n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental.

### *Annexe 8 : Critères CIM-10 de la phobie sociale.*

Les phobies sociales envahissantes s'accompagnent habituellement d'une perte de l'estime de soi et d'une peur d'être critiqué.

Crainte d'être dévisagé par d'autres personnes, entraînant un évitement des situations d'interaction sociale.

Les phobies sociales peuvent se manifester par un rougissement, un tremblement des mains, des nausées ou un besoin urgent d'uriner, le patient étant parfois convaincu que l'une ou l'autre de ces manifestations secondaires constitue le problème primaire. Les symptômes peuvent évoluer vers des attaques de panique.

**Annexe 9 : Critères DSM-V du trouble panique.**

<b>A. Attaques de panique récurrentes et inattendues (au moins 2 crises).</b>
Etat d'anxiété extrêmement intense et de durée brève ; quelques minutes à plusieurs heures. 4 signes de la triade symptomatique (sémiologie psychique, physique ou comportementale) : 1) palpitations, sensation de battements cardiaques ou d'accélération du rythme cardiaque 2) sueurs 3) tremblements 4) sensation d'étouffement 5) sensation d'étranglement 6) douleur ou gêne thoracique 7) nausée ou douleur abdominale 8) sensation de vertige, d'instabilité, d'étourdissement ou d'évanouissement 9) frissons ou bouffées de chaleur 10) paresthésies 11) déréalisation ou dépersonnalisation 12) peur de perdre le contrôle ou sentiment de devenir fou 13) peur de mourir
<b>B. Au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois « ou plus » de l'un « ou plus » des symptômes suivants :</b>
1) Crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique « peur d'avoir peur ». 2) Préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences. 3) Changement de comportement important en relation avec les attaques.
<b>C. Les attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.</b>
<b>D. Les attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental.</b>

**Annexe 10 : Critères CIM-10 du trouble panique.**

<b>Attaques récurrentes d'anxiété sévère, ne survenant pas exclusivement dans une situation particulière ou dans des circonstances déterminées, et dont la survenue est, de ce fait, imprévisible.</b>
<b>Attaque de panique : les symptômes essentiels concernent la survenue brutale de palpitations, de douleurs thoraciques, de sensations d'étouffement, d'étourdissements et de sentiments d'irréalité (dépersonnalisation ou déréalisation).</b> <b>Il existe par ailleurs souvent aussi une peur secondaire de mourir, de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou.</b>
<b>Le diagnostic principal de trouble panique ne peut être fait quand le sujet présente un trouble dépressif concomitant.</b>

**Annexe 11 : Critères DSM-V du TOC.**

<b>A. la présence d'obsession ou/et de compulsion</b>	
<b>Obsessions :</b>	Irruption de pensées/de représentations en désaccord avec la pensée consciente du sujet ; récurrentes et persistantes ; ressenties comme intrusives et inappropriées par le sujet ; source d'anxiété ou d'inconfort.
<b>Compulsions :</b>	Comportements répétitifs ou actes mentaux ; que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexibles.
<b>Rituels :</b>	Actes rigides et stéréotypés obéissant à des règles idiosyncrasiques ayant un caractère conjuratoire.
<b>B. les symptômes font perdre au moins une heure par jour au patient ou entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération au niveau social, occupationnel ou dans un autre domaine important du fonctionnement.</b>	
<b>C. Les symptômes obsessionnels et compulsifs ne sont pas dus aux effets physiologiques d'une substance ou d'une affection médicale générale.</b>	
<b>D. Les symptômes ne peuvent pas être mieux expliqués par les symptômes d'une autre pathologie psychiatrique.</b>	

*Annexe 12 : Critères CIM-10 du TOC.*

<b>Trouble caractérisé essentiellement par des idées obsédantes ou des comportements compulsifs récurrents.</b>	
<b>Avec idées ou ruminations obsédantes</b>	Pensées obsédantes : idées, des représentations, ou des impulsions, faisant intrusion dans la conscience du sujet de façon répétitive et stéréotypée.
<b>Avec comportements compulsifs ou rituels obsessionnels</b>	Les comportements et les rituels compulsifs sont des activités stéréotypées répétitives. La plupart des comportements compulsifs concernent la propreté (en particulier le lavage des mains), des vérifications répétées pour éviter la survenue d'une situation qui pourrait devenir dangereuse, ou un souci excessif de l'ordre et du rangement. Le comportement du sujet est sous-tendu par une crainte consistant habituellement dans l'appréhension d'un danger, encouru ou provoqué par le sujet et l'activité rituelle constitue un moyen inefficace ou symbolique pour écarter ce danger.
<b>Forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs</b>	
<b>On ne fera un diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif que si les ruminations surviennent ou persistent en l'absence d'un épisode dépressif.</b>	

## B. Evaluation de la qualité des articles inclus

### 1. Guides thérapeutiques et recommandation pour la pratique clinique

#### *Annexe 13 : Grille AGREE-II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II.*

<b>Champ et objectif</b>	
1	Description explicite des objectifs
2	Description explicite des questions de santé
3	Description de la population cible
<b>Participation des groupes concernés</b>	
4	Inclusion des professions concernées dans le groupe élaborateur
5	Identification des préférences/opinions de la population cible (patients...)
6	Identification claire des utilisateurs de la RPC
<b>Rigueur d'élaboration</b>	
7	Recherche/méthodologie systématique
8	Description claire des critères de sélection des preuves
9	Définition des forces et limites des preuves scientifiques
10	Description des méthodes de formulation des recommandations
11	Prise en compte, dans les recommandations, des bénéfices & risques (effets indésirables...) en termes de santé
12	Lien évident entre recommandations et preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent
13	Relecture par des experts externes avant publication
14	Description d'une procédure d'actualisation de la RPC
<b>Clarté et présentation</b>	
15	Recommandations précises et sans ambiguïté
16	Présentation claire des différentes options de prise en charge de la situation clinique
17	Identification rapide des recommandations clés
<b>Applicabilité</b>	
18	Conseils ou outils pour la mise en œuvre pratique de la RPC
19	Description des éléments favorisant ou non (obstacles) l'applicabilité de la RPC
20	Etude de la répercussion des RPC sur les ressources (médico-économiques)
21	Critères de suivi ou de vérification de la RPC
<b>Indépendance éditoriale</b>	
22	Non-influence des organismes de financement
23	Documentation des intérêts divergents des membres du groupe élaborateur
<b>EVALUATION GENERALE</b>	
	Evaluation de la qualité générale : 1 = très mauvaise qualité => 7 = excellente qualité
	Utilisation à recommander : oui / oui avec modification / non
Chacun des 23 items est côté sur une échelle de 1 à 7 points.      Score : maximal = 161 ; minimal = 23.	

**Annexe 14 : Résultats de l'évaluation AGREE-II.**

		NICE (SPPT), 2018 Royaume-Uni (53)		NICE (Phobie sociale), 2013 Royaume-Uni (54)		NICE (TAG et PD), 2020 Royaume-Uni (55)		RANZCP 2018 Australie (56)		Phoenix Australia, (SSPT) Australie 2019 (57)		VA/DOD, 2017 Etats-Unis (58)	
		E1	E2	E1	E2	E1	E2	E1	E2	E1	E2	E1	E2
Champ et objectifs	1	6	7	7	7	6	7	6	7	7	7	6	7
	2	6	7	6	7	5	7	5	5	7	7	6	6
	3	6	7	7	7	6	7	7	6	6	7	6	7
	Score Moyenne Ecart-type	83% 100% <b>92%</b> <b>12%</b>	94% 100% <b>97%</b> <b>4%</b>	78% 100% <b>89%</b> <b>15%</b>	83% 83% <b>83%</b> <b>0%</b>	94% 100% <b>97%</b> <b>4%</b>	83% 94% <b>89%</b> <b>8%</b>						
Participation des groupes concernés	4	6	4	6	4	5	4	6	3	6	7	5	5
	5	5	5	5	5	5	5	3	5	2	6	7	6
	6	7	7	7	7	7	7	6	7	6	7	6	6
	Score Moyenne Ecart-type	83% 72% <b>75%</b> <b>4%</b>	83% 72% <b>75%</b> <b>4%</b>	78% 72% <b>72%</b> <b>4%</b>	67% 67% <b>67%</b> <b>0%</b>	61% 94% <b>78%</b> <b>23%</b>	83% 78% <b>81%</b> <b>4%</b>						
Rigueur d'élaboration	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	5	6
	8	7	6	7	6	7	6	7	7	7	7	3	6
	9	7	6	7	6	7	6	6	7	6	6	5	6
	10	6	7	6	7	6	7	6	7	3	6	4	5
	11	7	7	7	7	7	7	6	6	5	6	5	6
	12	4	7	5	7	4	7	6	6	7	6	5	6
	13	5	5	5	5	5	5	7	7	2	5	7	5
	14	7	7	6	7	7	7	2	5	2	6	3	5
Score Moyenne Ecart-type	88% 92% <b>90%</b> <b>3%</b>	88% 92% <b>90%</b> <b>3%</b>	88% 92% <b>90%</b> <b>3%</b>	79% 92% <b>86%</b> <b>9%</b>	65% 85% <b>75%</b> <b>14%</b>	60% 77% <b>69%</b> <b>12%</b>							
Clarté et présentation	15	7	7	7	7	7	7	7	6	4	7	6	7
	16	7	7	7	7	7	7	7	6	5	7	7	6
	17	6	7	6	7	6	7	6	6	3	5	5	7
	Score Moyenne Ecart-type	94% 100% <b>97%</b> <b>4%</b>	94% 100% <b>97%</b> <b>4%</b>	94% 100% <b>97%</b> <b>4%</b>	94% 83% <b>89%</b> <b>8%</b>	50% 89% <b>70%</b> <b>27%</b>	83% 94% <b>89%</b> <b>8%</b>						
Applicabilité	18	6	6	6	6	6	6	6	6	3	7	4	5
	19	7	7	6	7	6	7	5	6	4	7	4	7
	20	7	5	5	5	5	5	6	6	7	5	3	5
	21	5	6	7	6	7	6	3	6	3	7	6	6
	Score Moyenne Ecart-type	88% 83% <b>86%</b> <b>3%</b>	83% 83% <b>83%</b> <b>0%</b>	83% 83% <b>83%</b> <b>0%</b>	67% 83% <b>75%</b> <b>11%</b>	55% 92% <b>74%</b> <b>26%</b>	54% 79% <b>67%</b> <b>17%</b>						
Indépendance éditoriale	22	5	7	5	7	5	7	6	7	5	7	5	7
	23	7	4	5	4	5	4	7	5	5	5	5	6
	Score Moyenne Ecart-type	83% 75% <b>79%</b> <b>6%</b>	67% 75% <b>71%</b> <b>6%</b>	67% 75% <b>71%</b> <b>6%</b>	92% 83% <b>88%</b> <b>6%</b>	67% 83% <b>75%</b> <b>11%</b>	67% 92% <b>80%</b> <b>17%</b>						
Score totale	Somme	143	145	140	145	138	145	132	139	112	147	117	138
	Score total Moyenne Ecart-type	87% 88% <b>88%</b> <b>1%</b>	85% 88% <b>87%</b> <b>2%</b>	83% 88% <b>86%</b> <b>4%</b>	79% 84% <b>82%</b> <b>4%</b>	64% 89% <b>77%</b> <b>17%</b>	68% 83% <b>76%</b> <b>10%</b>						
Evaluation générale	Qualité générale	7	7	7	7	7	7	6	7	4	7	4	6
	Utilisation à recommander	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

		British Association Of Pharmacology , 2014 Royaume-Uni (59)		APA (TOC), 2013 Etats-Unis (61)		AHRQ, 2018 Etats-Unis (60)		BMC Psychiatry 2014 Canada (62)	
Champ et objectifs		E1	E2	E1	E2	E1	E2	E1	E2
	1	6	7	6	6	6	6	6	7
	2	6	7	7	7	5	6	4	7
	3	5	7	7	5	5	7	5	5
Score	78%	100%	94%	83%	72%	89%	67%	88%	
<b>Moyenne</b>	<b>89%</b>		<b>89%</b>		<b>81%</b>		<b>78%</b>		
Ecart-type	<b>15%</b>		<b>8%</b>		<b>12%</b>		<b>14%</b>		
Participation des groupes concernés	4	5	4	5	1	5	4	5	5
	5	3	4	4	5	4	4	2	4
	6	5	5	5	5	5	6	5	5
	Score	56%	56%	61%	44%	61%	61%	50%	61%
<b>Moyenne</b>	<b>56%</b>		<b>53%</b>		<b>61%</b>		<b>56%</b>		
Ecart-type	<b>0%</b>		<b>12%</b>		<b>0%</b>		<b>8%</b>		
Rigueur d' élaboration	7	7	5	7	7	7	7	6	5
	8	4	6	5	5	6	6	5	5
	9	6	6	5	3	7	6	5	4
	10	5	6	5	7	6	7	3	4
	11	5	7	6	5	4	4	5	7
	12	7	7	7	5	6	5	4	5
	13	3	4	7	3	7	4	2	4
	14	2	4	5	6	6	5	2	4
Score	65%	77%	81%	69%	85%	75%	50%	63%	
<b>Moyenne</b>	<b>71%</b>		<b>75%</b>		<b>80%</b>		<b>57%</b>		
Ecart-type	<b>8%</b>		<b>8%</b>		<b>7%</b>		<b>9%</b>		
Clarté et présentation	15	7	7	6	5	6	3	6	6
	16	7	6	6	5	6	5	6	6
	17	6	6	5	4	4	4	5	5
	Score	94%	89%	77%	61%	72%	50%	78%	78%
<b>Moyenne</b>	<b>92%</b>		<b>69%</b>		<b>61%</b>		<b>78%</b>		
Ecart-type	<b>4%</b>		<b>11%</b>		<b>15%</b>		<b>0%</b>		
Applicabilité	18	3	4	4	6	4	4	3	5
	19	5	4	4	6	4	3	5	3
	20	7	5	3	5	3	4	3	5
	21	3	4	4	5	7	3	2	5
	Score	58%	54%	46%	75%	58%	42%	38%	58%
<b>Moyenne</b>	<b>56%</b>		<b>61%</b>		<b>50%</b>		<b>48%</b>		
Ecart-type	<b>3%</b>		<b>20%</b>		<b>11%</b>		<b>14%</b>		
Indépendance éditoriale	22	6	6	4	3	5	7	4	7
	23	7	6	5	3	6	5	6	6
	Score	92%	83%	58%	33%	75%	83%	67%	91%
<b>Moyenne</b>	<b>88%</b>		<b>46%</b>		<b>79%</b>		<b>79%</b>		
Ecart-type	<b>6%</b>		<b>17%</b>		<b>6%</b>		<b>16%</b>		
Score totale	Somme	120	127	126	112	124	115	98	119
	Score total	70%	75%	75%	64%	73%	67%	55%	70%
<b>Moyenne</b>	<b>73%</b>		<b>70%</b>		<b>70%</b>		<b>63%</b>		
Ecart-type	<b>4%</b>		<b>8%</b>		<b>4%</b>		<b>10%</b>		
Evaluation générale	Qualité générale	5	6	5	4	5	4	4	5
	Utilisation à recommander	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

## 2. Méta-analyses et revues systématiques de la littérature : PRISMA et R-AMSTAR

### *Annexe 15 : Check-list PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis).*

<b>TITRE</b>		
<b>1</b>	<b>Titre</b>	Le terme « overview of (systematic) review » ou « overview of meta-analysis » ou « umbrella review » ou « metareview/métarevue » apparaissent-ils dans le titre ?
<b>RÉSUMÉ</b>		
<b>2</b>	<b>Résumé structuré</b>	Un résumé structuré figure-t-il dans l'article ?
<b>3</b>	<b>Contexte et rationnel de l'étude</b>	Le rationnel et l'objectif/les objectifs de la méta-revue sont-ils décrits ?
<b>4</b>	<b>Objectifs</b>	Est-il fait mention explicite de la question de recherche, avec référence aux participants, interventions, comparaisons, résultats et à la conception de l'étude (PICOS) ?
<b>MÉTHODE</b>		
<b>5</b>	<b>Protocole et enregistrement</b>	Un protocole de la revue existe-t-il ? Si oui, est-il accessible et à quelle adresse (internet) ? Un numéro et des informations sur l'enregistrement du protocole sont-ils fournis ?
<b>6</b>	<b>Critères d'inclusion/exclusion</b>	Les critères d'inclusion et d'exclusion de la méta-revue étaient-ils rapportés (incluant les participants, les interventions, les comparateurs, et le schéma d'étude [PICOS]) ?
<b>7</b>	<b>Sources d'information</b>	Toutes les sources d'information (base de données) et la stratégie de recherche pour chacune, étaient-elles détaillées (nom des sources, date de la recherche, stratégie compréhensible, précise et adaptée pour les soins premiers) ? Quelle stratégie a été retenue pour explorer la littérature grise ?
<b>8</b>	<b>Recherche</b>	La stratégie complète de recherche automatisée d'au moins une base de données (y compris les limites décidées) est-elle présentée, de sorte qu'elle soit reproductible
<b>9</b>	<b>Sélection des études</b>	Le processus de sélection des études et ses détails pertinents (qui et comment) sont-ils décrits ?
<b>10</b>	<b>Extraction des données</b>	Le processus d'extraction des données issues des revues et ses détails pertinents (par qui, comment, quel type de données) sont-ils décrits ?
<b>11</b>	<b>Données recueillies</b>	Les variables pour lesquelles des données ont été recherchées sont-elles listées et définies ?
<b>12</b>	<b>Risque de biais de chacune des études</b>	Les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais de chaque étude (spécifiant si c'est au niveau de l'étude ou du résultat) et l'utilisation de cette information dans la synthèse des données sont-elles décrites ?
<b>13</b>	<b>Quantification des résultats</b>	Les principales métriques de quantification des résultats (ex : RR, OR...) sont-elles indiquées ?
<b>14</b>	<b>Synthèse des résultats</b>	Les méthodes de traitement des données et de combinaison des résultats des études (y compris les tests d'hétérogénéité, ex : I <sup>2</sup> ) sont-ils spécifiés (le cas échéant) ?

<b>15</b>	<b>Risque de biais transversal aux études</b>	La quantification du risque de biais pouvant altérer le niveau de preuve global (ex : biais de publication, rapport sélectif au sein des études...) est-elle décrite ?
<b>16</b>	<b>Analyses complémentaires</b>	Les méthodes des analyses complémentaires (ex. : sensibilité, en sous-groupe, méta-régression...) sont-elles détaillées (le cas échéant), en indiquant celles prévues à priori ?
<b>RÉSULTATS</b>		
<b>17</b>	<b>Sélection des études</b>	Le détail de la sélection des revues (nombre d'études triées, examinées en vue de l'éligibilité, et incluses) ou un diagramme des flux est-il donné ? La raison d'exclusion est-elle spécifiée ?
<b>18</b>	<b>Caractéristiques des études sélectionnées</b>	Les caractéristiques de chaque revue (notamment le titre, les PICOS, le nombre d'études et les participants inclus, la durée du suivi, la période de recherche, l'évaluation de la qualité des études incluses, etc.) sont-elles décrites ?
<b>19</b>	<b>Risque de biais relatif aux études</b>	Les éléments sur le risque de biais de chaque étude sont-ils présentés (avec, si possible, une évaluation des conséquences sur les résultats) ?
<b>20</b>	<b>Résultats de chaque étude</b>	Est-il présenté, pour tous les résultats considérés (positifs ou négatifs) et pour chaque étude : (a) une brève synthèse des données pour chaque groupe d'intervention (b) les ampleurs des effets estimés et leurs intervalles de confiance (idéalement avec un graphique en forêt) ?
<b>21</b>	<b>Synthèse des résultats</b>	Les principaux résultats de chaque méta-analyse réalisée (avec intervalles de confiance et tests d'hétérogénéité) sont-ils présentés ?
<b>22</b>	<b>Risque de biais transversal aux études</b>	Les résultats de l'évaluation du risque de biais transversal aux études sont-ils rapportés ?
<b>23</b>	<b>Analyses complémentaires</b>	Les résultats des analyses complémentaires sont-ils présentés (le cas échéant) ?
<b>DISCUSSION</b>		
<b>24</b>	<b>Synthèse des niveaux de preuve</b>	Les principaux résultats (et leur niveau de preuve) de chaque revue, les forces et défauts de ses preuves, et les limites sont-ils rapportés ?
<b>25</b>	<b>Limites</b>	Les limites de la méta-revue sont-elles discutées ?
<b>26</b>	<b>Conclusions</b>	Une brève interprétation des résultats de la méta-revue, son implication future dans la pratique et la recherche sont-elles présentées ?
<b>FINANCEMENT</b>		
<b>27</b>	<b>Financement</b>	Les conflits d'intérêts et les sources de financement, s'il y en a, sont-ils déclarés et détaillés ? Le rôle des sources de financement est-il décrit ?
Score total maximal : - Méta-analyse = 27 - Revue systématique = 22		

**Annexe 16 : Grille R-AMSTAR (Revised Assessment of Multiple Systematic Reviews).**

1.	Plan de recherche établi "a priori"	A - Publication et (ou) inscription du protocole d'étude à l'avance B - Description des <b>critères d'inclusion</b> C - <b>Question de recherche</b> bien ciblée (critères PICO) <i>3 critères = 4 pts, 2 critères = 3 pts, 1 critère = 2 pts, 0 critère = 1 pt</i>
2.	Sélection des études et extractions des données (≥ 2 chercheurs)	A - Données extraites indépendamment par <b>au moins deux personnes</b> B - Énoncé sur le <b>processus de consensus</b> pour le règlement des différends C - Résolution des désaccords <b>conformément à la méthode établie</b> <i>3 critères = 4 pts, 2 critères = 3 pts, 1 critère = 2 pts, 0 critère = 1 pt</i>
3.	Recherche documentaire exhaustive	A - <b>Au moins deux sources</b> électroniques utilisées B - Indications de la <b>plage temporelle</b> et citation des <b>différentes bases utilisées</b> C - Les mots clés et (ou) les <b>termes MeSH sont indiqués</b> et si possible la stratégie de recherche est exposée D - <b>Recherches complétées</b> par la consultation des tables des matières, de revues de la littérature, de manuels et de registres et par l'examen des références fournies dans les études E - Une <b>recherche manuelle a été effectuée dans les revues</b> <i>4 ou 5 critères = 4 pts, 3 critères = 3 pts, 2 critères = 2 pts, 1 ou 0 critère = 1 pt</i>
4.	La nature de la publication était-elle un critère d'inclusion	A - Les auteurs indiquent qu'ils ont cherché <b>tous les types de publication</b> B - Indication des <b>critères d'exclusion</b> sur la base du type de publication, de la langue, etc. C - Les articles rédigés dans une <b>langue autre que l'anglais ont été traduits</b> ou les auteurs maîtrisaient assez bien la langue du rapport D - <b>Aucune restriction fondée sur la langue</b> ou prise en compte des articles rédigés dans une autre langue que l'anglais <i>3 ou 4 critères = 4 pts, 2 critères = 3 pts, 1 critère = 2 pts, 0 critère = 1 pt</i>
5.	Liste des études exclues et incluses	A - Les études <b>incluses</b> sont regroupées dans un <b>tableau/figure/liste</b> . Une simple liste de référence ne suffit pas B - Les études <b>excluses</b> sont regroupées dans un <b>tableau/liste/figure</b> qui sera intégré à l'article ou à un supplément C - Les <b>motifs d'exclusion</b> des études sont exposés clairement et pris sérieusement en considération D - <b>Traçabilité des études incluses et exclues</b> dans la bibliographie, les références ou le supplément de l'article <i>4 critères = 4 pts, 3 critères = 3 pts, 2 critères = 2 pts, 1 ou 0 critère = 1 pt</i>
6.	Caractéristiques des études incluses	A - Les <b>données</b> portant sur les sujets qui ont participé aux études originales, les interventions et les résultats sont regroupés, sous forme de <b>tableau</b> par exemple B - Les auteurs précisent l'étendue des données sur les <b>caractéristiques pertinentes</b> des sujets des études analysées C - L'information fournie semble <b>complète et exacte</b> <i>3 critères = 4 pts, 2 critères = 3 pts, 1 critère = 2 pts, 0 critère = 1 pt</i>
7.	Evaluation et documentation de la qualité scientifique des études incluses	A - <b>Evaluation "a priori"</b> des études incluses B - <b>Qualité scientifique</b> significative des études incluses C - Discussion du <b>niveau de preuves</b> D - <b>Evaluation selon les échelles</b> des niveaux de preuves <i>4 critères = 4 pts, 3 critères = 3 pts, 2 critères = 2 pts, 1 ou 0 critère = 1 pt</i>
8.	Qualité scientifique des études incluses et conclusion	A - Les auteurs ont tenu compte de la <b>qualité scientifique dans l'analyse et les conclusions de la revue</b> B - La qualité scientifique est <b>formulée explicitement dans les recommandations</b> C - Les conclusions sont orientées vers la <b>production de guides de pratique</b> D - L'énoncé de consensus clinique laisse entrevoir la <b>révision ou la confirmation des recommandations de pratique</b> <i>4 critères = 4 pts, 3 critères = 3 pts, 2 critères = 2 pts, 1 ou 0 critère = 1 pt</i>

9.	<b>Méthodes utilisées pour combiner les résultats</b>	<p>A - Les auteurs exposent les <b>critères d'homogénéité</b> à partir desquels ils ont déterminé que les études analysées étaient assez semblables pour être combinées</p> <p>B - Dans le cas des résultats regroupés, les auteurs ont fait un <b>test d'homogénéité</b> pour s'assurer que les études étaient combinables</p> <p>C - Les auteurs ont <b>pris acte du caractère hétérogène (ou non) des études</b></p> <p>D - S'il y a hétérogénéité, les auteurs ont utilisé un <b>modèle d'effets aléatoires</b> et (ou) vérifié si la nature des données justifiait la combinaison</p> <p>E - S'il y a homogénéité, les auteurs exposent la <b>justification ou le test statistique</b></p> <p><i>4 ou 5 critères = 4 pts, 3 critères = 3 pts, 2 critères = 2 pts, 1 ou 0 critère = 1 pt</i></p>
10.	<b>Evaluation du biais de publication</b>	<p>A - Prise en compte du <b>biais de publication ou de l'effet tiroir</b></p> <p>B - <b>Outils graphiques</b> (diagramme de dispersion des études par exemple)</p> <p>C - <b>Tests statistiques</b> (Test de régression d' Egger par exemple)</p> <p><i>3 critères = 4 pts, 2 critères = 3 pts, 1 critère = 2 pts, 0 critère = 1 pt</i></p>
11.	<b>Conflits d'intérêt</b>	<p>A - Présentation des <b>sources de soutien</b></p> <p>B - <b>Absence de conflit d'intérêt</b> (subjectivité : peut-être faudra-t-il y aller par déduction ou fouiller quelque peu)</p> <p>C - Prise en compte ou énoncé des sources de soutien ou des conflits d'intérêt dans les principales <b>études incluses</b></p> <p><i>3 critères = 4 pts, 2 critères = 3 pts, 1 critère = 2 pts, 0 critère = 1 pt</i></p>
<p>Score total maximal :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Méta-analyse = 44</li> <li>- Revue systématique = 36</li> </ul>		

**Annexe 17 : Résultats de l'évaluation PRISMA.**

	Grant S. 2017 Etats- Unis (63)	Carpenter J. 2018 Etats- Unis (71)	Cipriani A. 2017 Grèce (70)	Gould R. 2012 Royaume- Uni (68)	Imai H. 2014 Japon (67)	Imai H. 2016 Japon (65)	Li X. 2018 Chine (69)	Pompoli A. 2016 Italie (64)	Williams T. 2017 Pays-Bas (66)	Bighelli I. 2016 Italie (74)	Bisson J. 2013 Royaume- Uni (72)	Chen L. 2015 Chine (75)	Kim H. 2018 Corée (76)	Breilmann J. 2019 Allemagne (73)
1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
5	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total :	27	26	26	26	26	26	26	26	26	25	25	25	25	25
%	100%	96%	96%	96%	96%	96%	96%	96%	96%	92%	92%	92%	92%	92%

	Hall J. 2016 Royaume- Uni (80)	Li X. 2017 Chine (77)	Cape J. 2010 Royaume- Uni (79)	Zhang Y. 2015 Chine (78)	Kishita N. 2016 Royaume- Uni (81)	Jayakody H. 2013 Royaume- Uni (82)	Andrisano C. 2013 Italie (89)	Aylett E. 2018 Royaume- Uni (84)	Cujipers P. 2014 (1) Pays- Bas (87)	Cujipers P. 2014 (2) Pays- Bas (88)	Cujipers P. 2016 (1) Pays- Bas (85)	Cujipers P. 2016 (2) Pays- Bas (86)
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
8	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0
9	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1		1	0	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1		1	0	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1
16	0	0	1	0	0		1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
23	1	0	1	1	1		1	1	0	0	1	1
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
27	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
Total : %	24 89%	24 89%	24 89%	24 89%	24 88%	19 86%	23 85%	23 85%	23 85%	23 85%	23 85%	23 85%

	Gerger H. 2014 Suisse (92)	Goncalves D. 2012 Australie (83)	Hans E. 2013 Allemagne (90)	Skapinaski M. 2016 Royaume- Uni (93)	Strauss C. 2014 Royaume- Uni (91)	Visser E. 2017 Pays- Bas (94)	Bandelow B. 2015 Allemagne (102)	Curtis J. 2017 Etats- Unis (105)	Generoso M. 2016 Brésil (97)	Gomez A. 2018 Etats- Unis	Moylan S. 2011 Australie (104)	Rosenbaum S. 2015 Australie (103)	Seekles W. 2012 Pays- Bas (98)
1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1
5	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
6	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
11	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1
12	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1
13	1	1	1	0	1		1	1	1	0	1	1	1
14	1	1	1	0	0		1	0	1	1	0	1	1
15	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1
16	1	0	1	1	1		1	1	1	1	1	0	0
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
19	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21	1	1	1	0	1		1	1	1	0	0	1	1
22	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1
23	1	0	1	1	1		0	1	1	0	1	1	0
24	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
27	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total :	23	23	23	23	23	18	22	22	22	22	22	22	22
%	85%	85%	85%	85%	85%	82%	81%	81%	81%	81%	81%	81%	81%

	Marker I. 2018 Australie (99)	Stubbs B. 2017 Royaume- Uni (101)	Zhang A. 2019 Etats- Unis (96)	Kishita N. 2017 Royaume- Uni (100)	Shinfuku M. 2018 Canada (106)	Bartley C. 2013 Etats- Unis (109)	Cusack K. 2016 Etats- Unis (108)	Hoskins M. 2015 Royaume- Uni (107)	Davis M. 2014 Etats- Unis (112)	Watts B. 2012 Etats Unis (114)	Hilton L. 2016 Etats- Unis (111)	Lee D. 2016 Etats- Unis (110)	Vollestad J. 2011 Norvège (113)	Norton A. 2014 Australie (115)
1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1
5	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
6	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1
8	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1
9	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
11	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1
12	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	
14	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0
16	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	
17	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
19	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
21	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
22	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0
23	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
27	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0
Total : %	22 81%	22 81%	22 81%	22 81%	21 78%	21 77%	21 77%	21 77%	20 74%	20 74%	20 74%	20 74%	20 74%	16 73%

	Mayo- Wilson E. 2014 Royaume- Uni (116)	Offidani E. 2013 Italie (117)	Slee A. 2019 Royaume- Uni (118)	Mochco- vitch M. 2010 Brésil (120)	Mancini M. 2010 Italie (119)	Baldwin D. 2011 Royaume- Uni (2) (122)	De Menezes G. 2010 Brésil (121)	Banks K. 2015 Ecosse (123)	Hanrahan F. 2012 Royaume- Uni (124)	Baldwin D. 2016 Royaume- Uni (125)	Dinnen S. 2014 Etats- Unis (127)	Ma R. 2016 Chine (126)	Glue P. 2012 Nouvelle Zélande (128)	Gale C. 2011 Nouvelle Zélande (129)
1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
5	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
8	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0
9	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0
10	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0
11	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1
12	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1
13	0	1	1			1	1		1	1			1	
14	0	1	0			0	1		0	0			1	
15	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
16	1	1	1			1	0		1	0			0	
17	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0
18	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1
19	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1
20	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
21	1	1	0			1	1		1	1			1	
22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	0	1	1			0	0		1	0			0	
24	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
25	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0
27	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0
Total :	19	19	19	15	15	18	18	14	17	17	13	13	14	9
%	70%	70%	70%	68%	68%	67%	67%	64%	63%	62%	59%	59%	52%	41%

**Annexe 18 : Résultats de l'évaluation R-AMSTAR.**

	Pompoli A. 2016 Italie (64)	Imai H. 2016 Japon (65)	Bisson J. 2013 Royaume- Uni (72)	Imai H. 2014 Japon (67)	Williams T. 2017 Pays-Bas (66)	Breilmann J. 2019 Allemagne (73)	Bighelli I. 2016 Italie (74)	Goncalves D. 2012 Australie (83)	Grant S. 2017 Etats- Unis (63)	Aylett E. 2018 Royaume- Uni (84)	Gomez A. 2018 Etats- Unis (95)	Gould R. 2012 Royaume- Uni (68)	Cipriani A. 2017 Grèce (70)	Cuijpers J. 2014 (2) Pays- Bas (87)
1	ABC	ABC	BC	ABC	ABC	BC	BC	BC	ABC	ABC	BC	BC	ABC	BC
	4	4	3	4	4	3	3	3	4	4	3	3	4	3
2	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	A	ABC	ABC	ABC	ABC
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4
3	ABCDE	ABCD	ABCDE	ABCD	ABCD	ABCDE	ABCDE	ABCD	ABCD	ABCD	ABCE	ABCE	ABCDE	ABD
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3
4	ABD	ABD	ABD	ABD	ABC	BD	ABCD	ABD	B	AB	ABD	ABD	ABD	ABD
	4	4	4	4	4	3	4	4	2	3	4	4	4	4
5	ABCDE	ABCD	ABCD	ABCD	ABCD	ABCD	ABCD	AC	ABCD	ABCD	AC	AC	AC	AD
	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	2	2	2	2
6	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
7	ACD	ACD	ACD	ACD	ACD	ACD	ACD	ABCD	ACD	ACD	ABCD	ABCD	ACD	ABCD
	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	4	3	4
8	ABCD	ABCD	ABCD	ABCD	ABCD	ABCD	ABCD	ABCD	ABCD	ABCD	ABD	ABD	ABCD	ABCD
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4
9	ABCD	ABCD	ABCD	ABCD	ABCD	ABCD	ABCD	ABCD	ABCD	ABCE	ACD	ABCD	ABCD	ABCD
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
10	ABC	ABC	ABC	AC	ABC	ABC	A	ABC	ABC	ABC	ABC	AC	AC	AC
	4	4	4	3	4	4	2	4	4	3	4	3	3	3
11	ABC	ABC	ABC	ABC	AB	ABC	ABC	AB	AB	AB	AB	AB	A	B
	4	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	3	2	2
Total :	43	43	42	42	42	41	40	40	40	40	39	38	37	37
%	98%	97%	95%	95%	95%	93%	91%	91%	91%	90%	89%	86%	84%	84%

	Cuijpers P. 2016 (1) Pays-Bas (85)	Cuijpers P. 2016 (2) Pays-Bas (86)	Li X. 2017 Chine (77)	Li X. 2018 Chine (69)	Hans E. 2013 Allemagne (90)	Lee D. 2016 Etats-Unis (110)	Seekles W. 2012 Pays-Bas (98)	Zhang A. 2019 Etats-Unis (96)	Andrisano C. 2013 Italie (89)	Carpenter J. 2018 Etats-Unis (71)	Chen L. 2015 Chine (75)	Cuijpers P. 2014 (1) Pays-Bas (88)	Generoso M. 2016 Brésil (97)	Jayakody H. 2013 Royaume Uni (82)
1	BC	BC	BC	BC	BC	B	BC	BC	BC	ABC	B	BC	B	BC
	3	3	3	3	3	2	3	3	3	4	2	3	2	3
2	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	BC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC
	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4
3	ABD	ABD	ABCD	ABC D	ABCE	ABCD	ABCD	ABC	ABC	ABCDE	ABCD	AD	ABCD	ABCD
	3	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	2	4	4
4	BCD	BCD	ABD	AB	ABD	ABD	BD	B	B	AB	BD	BCD	ABD	B
	4	4	4	3	4	4	3	2	2	3	3	4	4	2
5	AC	AC	AC	AC	ABC	AC	AC	AC	AC	AC	AC	AC	AC	ABCD
	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	4
6	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC		ABC	ABC	ABC	ABC
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4
7	ACD	ACD	ACD	ABC D	ACD	ACD	ACD	ABCD	ABC	ACD	ACD	ACD	A	ACD
	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	4	3	1	3
8	ABCD	ABCD	AB	AB	AB	ABD	ABCD	AB	AB	ABCD	AB	ABCD	D	A
	4	4	2	2	2	3	4	2	2	4	2	4	1	1
9	ABCD	ABCD	ABCD	ABC D	ABCD	ABCD	ABCD	ABCD	ABCD	ABCD	ABCD	ABCD	ABCD	
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
10	ABC	ABC	ABC	ABC	AC		AC	ABC	ABC	AC	ABC	AC	ABC	
	4	4	4	4	3	1	3	4	4	3	4	3	4	
11	B	B	AB	AB		ABC	B	AB	ABC	AB	AB	B	AB	AB
	2	2	3	3	1	4	2	3	4	3	3	2	3	3
Total %	37 84%	37 84%	37 84%	37 84%	35 80%	35 80%	35 80%	35 80%	35 80%	35 80%	35 80%	35 80%	35 80%	28 78%

	Visser E. 2017 Pays-Bas (94)	Hilton L. 2016 Etats-Unis (111)	Cape J. 2010 Royaume-Uni (79)	Strauss C. 2014 Royaume-Uni (91)	Zhang Y. 2015 Chine (78)	Kishita N. 2017 Royaume-Uni (100)	Marker I. 2018 Australie (99)	Gerger H. 2014 Suisse (92)	Hall J. 2016 Royaume-Uni (80)	Kim H. 2017 Corée (76)	Davis M. 2014 Etats-Unis (112)	Norton A. 2014 Australie (115)	Bandelow B. 2015 Allemagne (102)	Hoskins M. 2015 Royaume-Uni (107)	Moylan S. 2011 Australie (104)
1	A	ABC	BC	BC	BC	BC	BC	B	BC	BC	BC	BC	B	BC	BC
	2	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3
2	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC		ABC		A		ABC	ABC	ABC	ABC
	4	4	4	4	4	4	1	4	1	2	1	4	4	4	4
3	ABCD	ABCD	ABCD	ABCE	ABC	ABCE	ABCE	ABCD	ABCE	ABC	ABC D	ABD	ABCE	ABCD	ABC
	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	3	4	4	3
4	B	B	AB	B	AB	AB	ABD	ABD	AB	ABC	ABD	AB	BD	BCD	AB
	2	2	3	2	3	3	4	4	3	4	4	3	3	4	3
5	AC	AC	AC	AC	A	ABCD	AC	AC	A	AC	AC	AC	AC	AC	AC
	2	2	2	2	1	4	2	2	1	2	2	2	2	2	2
6	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
7	ACD	ACD	ACD	ACD	ACD	AC	ABCD	A	ABC D	ABC	A	ACD	A	A	ACD
	3	3	3	3	3	2	4	1	4	3	1	3	1	1	3
8	ABCD	AB	A	AB	ABD	AB	AB	D	ABD	AB	CD	ABD	BCD	CD	ABD
	4	2	1	2	3	2	2	1	3	2	2	3	3	2	3
9		ABCD	ACD	BCD	ABCE	ABCD	ABCD	ABCD	ABC D	ABC D	ABC D		CD	ABCD	CD
		4	3	3	4	4	4	4	4	4	4		2	4	2
10		AC	ABC	ABC	A	AC	AC	ABC	ABC	ABC	ABC		ABC		
		3	4	4	2	3	3	4	4	4	4		4	1	1
11	AB	A	AB	AB	ABC		AB	AB	B	B	AB		A	A	AB
	3	2	3	3	4	1	3	3	2	2	3	1	2	2	3
Total %	28 78%	34 77%	32 77%	34 77%	34 77%	34 77%	34 77%	33 75%	33 75%	33 75%	32 73%	26 72%	31 70%	31 70%	31 70%

	Rosenbaum S. 2015 Australie (103)	Skapinaski M. 2016 Royaume- Uni (93)	Stubbs B. 2017 Royaume- Uni (101)	Banks K. 2015 Ecosse (123)	De Menezes G. 2010 Brésil (121)	Kishita N. 2016 Royaume- Uni (81)	Cusack K. 2016 Etats- Unis (108)	Mayo- Wilson E. 2014 Royaume- Uni (116)	Offidani E. 2013 Italie (117)	Vollestad J. 2011 Norvège (113)	Bartley C. 2013 Etats- Unis (109)	Shinfuku M. 2018 Canada (106)	Curtiss J. 2017 Etats- Unis (105)	Ma R. 2016 Chine (126)
1	BC	ABC	B	BC	BC	B	B	ABC	B	BC	BC	B	BC	BC
	3	4	2	3	3	2	2	4	2	3	3	2	3	3
2	ABC	A	ABC		A	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC		ABC	ABC	ABC
	4	2	4	1	2	4	4	4	4	4	1	4	4	4
3	AB	ABC	ABD	ABCE	ABCD	ABCE	ABCD	ABD	ABDE	AB	ABCD	AB	ABCD	AC
	2	3	3	4	4	4	4	3	4	2	4	2	4	2
4	ABD	ABD	B	B	ABD	AB	B	AB	B	BC	BD	B	B	AB
	4	4	2	2	4	3	2	3	2	3	3	2	2	3
5	AC	AC	A	ABCD	AD	AC	AC	AC	AC	AC	AC	AC	AC	AC
	2	2	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC		ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	ABC	AB
	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	3
7	AC	ACD	ACD	ABCD	A	A	ACD			A		A		CD
	2	3	3	4	1	1	3	1	1	1	1	1	1	3
8	A	ABD	AB	AB	CD	A	ABCD	D	D	D	AB	D	A	A
	1	3	2	2	2	1	4	1	1	1	2	1	1	1
9	ACD		ABCD		ABCD	ABCD	BCD	ABCD	BCD	ABCD	ACD	CD	CD	
	3	1	4		4	4	3	4	3	4	3	2	2	
10	ABC		AC			AC			AC	ABC	AC		AB	
	4	1	3		1	3	1	1	3	4	3	1	3	
11	A	ABC	AB		AB	B	AB	A	AB		B	A	A	
	2	4	3	1	3	2	3	2	3	1	2	2	2	1
Total	31	31	31	25	30	30	29	29	29	29	28	23	28	22
%	70%	70%	70%	69%	68%	68%	66%	66%	66%	65%	64%	64%	63%	61%

	Mancini M. 2010 Italie (119)	Dinnen S. 2014 Etats-Unis (127)	Mochcovitch M. 2010 Brésil (120)	Watts B. 2012 Etats Unis (114)	Hanrahan F. 2012 Royaume Uni (124)	Gale C. 2011 Nouvelle Zélande (129)	Slee A. 2019 Royaume- Uni (118)	Baldwin D. 2011 Royaume- Uni (122)	Baldwin D. 2016 Royaume- Uni (125)	Glue P. 2012 Nouvelle Zélande (128)
1	BC	BC	BC	BC	BC	BC	ABC	BC	BC	B
	3	3	3	3	3	3	4	3	3	2
2				A			ABC	A		
	1	1	1	2	1	1	4	2	1	1
3	ABCD	ABCDE	ABC	ABCD	ABC	ABD	AB	ABCD	ABD	ABC
	4	4	3	4	3	3	2	4	3	3
4	AB	ABD	AB	B	B	B	BCD		B	B
	3	4	3	2	2	2	4	1	2	2
5	AC	AD	AC	C	A	A	C	C	A	C
	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
6	ABC	ABC	ABC		ABC	ABC		A	ABC	
	4	4	4	1	4	4	1	2	4	1
7	A	A	A		A	ABCD		A	A	
	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1
8				AB	A		D	A		CD
	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2
9				ABCD	ABCD			ACD	AC	ABCD
				4	4		1	3	2	4
10				AB	ABC			A		
				3	4		1	2	1	1
11	AB		AB	A			AB	A	A	A
	3	1	3	2	1	1	3	2	2	2
Total	22	21	21	25	25	20	23	22	21	20
%	61%	58%	58%	57%	57%	56%	52%	50%	48%	45%

## C. Articles exclus

**Annexe 19 : Tableau des articles exclus et motifs d'exclusion.**

	Référence de l'article	Motif d'exclusion	Détails
1	Abbing A, Ponstein A, van Hooren S, de Sonnevile L, Swaab H, Baars E. The effectiveness of art therapy for anxiety in adults: A systematic review of randomised and non-randomised controlled trials. Berger VW, éditeur. PLOS ONE. 17 déc 2018;13(12):e0208716.	Diagnostic	Ne répond pas aux critères d'inclusion
2	Amorim D, Amado J, Brito I, Fiuza SM, Amorim N, Costeira C, et al. Acupuncture and electroacupuncture for anxiety disorders: A systematic review of the clinical research. Complementary Therapies in Clinical Practice. mai 2018;31:31-7.	Diagnostic	Pas de trouble spécifique étudié
3	Amos T, Stein DJ, Ipser JC. Pharmacological interventions for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Common Mental Disorders Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 8 juill 2014 [cité 21 janv 2021];	Diagnostic	Exposition à un évènement traumatisant et pas un SPDT
4	Bisson JI, Cosgrove S, Lewis C, Roberts NP. Post-traumatic stress disorder. BMJ. 26 nov 2015;h6161.	Type d'étude	Pas une revue systématique
5	Boschen MJ. A Meta-Analysis of the Efficacy of Pregabalin in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. The Canadian Journal of Psychiatry. sept 2011;56(9):558-66.	Type d'étude	Pas une revue systématique
6	Chen Y-R, Hung K-W, Tsai J-C, Chu H, Chung M-H, Chen S-R, et al. Efficacy of Eye-Movement Desensitization and Reprocessing for Patients with Posttraumatic-Stress Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Chao L, éditeur. PLoS ONE. 7 août 2014;9(8):e103676.	Population	Enfants inclus
7	Cramer H, Anheyer D, Saha FJ, Dobos G. Yoga for posttraumatic stress disorder – a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry [Internet]. déc 2018 [cité 21 janv 2021];18(1).	Population	Pas en population générale : uniquement des vétérans ou des femmes.102
8	de Souza Moura AM, Lamego MK, Paes F, Ferreira Rocha NB, Simoes-Silva V, Rocha SA, et al. Effects of Aerobic Exercise on Anxiety Disorders: A Systematic Review. CNS Neurol Disord Drug Targets. 2015;14(9):1184-93.	Non trouvé	Non trouvé

	Référence de l'article	Motif d'exclusion	Détails
9	Driot D, Bismuth M, Maurel A, Soulie-Albouy J, Birebent J, Oustric S, et al. Management of first depression or generalized anxiety disorder episode in adults in primary care: A systematic metareview. <i>La Presse Médicale</i> . déc 2017;46(12):1124-38.	Même auteur	La méta-revue actuelle est une mise à jour de ce travail
10	Driot Damien, Bismuth Michel, Poutrain, Jean-Christophe et al. Systematic review of benzodiazepines first prescription for anxiety disorders and insomnia in primary care. <i>Exercer – La revue francophone de médecine générale</i> . 2017;131:120-130	Même auteur	La méta-revue actuelle est une mise à jour de ce travail.
11	Gallegos AM, Crean HF, Pigeon WR, Heffner KL. Meditation and yoga for posttraumatic stress disorder: A meta-analytic review of randomized controlled trials. <i>Clinical Psychology Review</i> . déc 2017;58:115-24.	Population	Pas en population générale : uniquement des vétérans ou des femmes
12	García-Campayo J, del Hoyo YL, Valero MS, Yus MCP, Esteban EA, Guedea MP, et al. Primary prevention of anxiety disorders in primary care: A systematic review. <i>Preventive Medicine</i> . juill 2015;76:S12-5.	Intervention étudiée	Interventions de prévention primaire
13	Gu W, Wang C, Li Z, Wang Z, Zhang X. Pharmacotherapies for Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. <i>The Journal of Nervous and Mental Disease</i> . mai 2016;204(5):331-8.	Population	Non précisée pour plusieurs articles inclus
14	Guina J, Rossetter SR, DeRHODES BJ, Nahhas RW, Welton RS. Benzodiazepines for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Journal of Psychiatric Practice</i> . juill 2015;21(4):281-303.	Population	Pas de renseignement sur l'âge des patients inclus
15	Hetrick SE, Purcell R, Garner B, Parslow R. Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). <i>Cochrane Common Mental Disorders Group</i> , éditeur. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> [Internet]. 7 juill 2010 [cité 21 janv 2021];	Population	Inclusion d'adolescents
16	Kapczinski F, dos Santos Souza JJ, Batista Miralha da Cunha AA, Schmitt RR. Antidepressants for generalised anxiety disorder (GAD). <i>Cochrane Common Mental Disorders Group</i> , éditeur. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> [Internet]. 10 mars 2016 [cité 21 janv 2021];	Non trouvé	Etude retirée de la publication par ses auteurs
17	Khan AM, Dar S, Ahmed R, Bachu R, Adnan M, Kotapati VP. Cognitive Behavioral Therapy versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Patients with Post-traumatic Stress Disorder: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. <i>Cureus</i> [Internet]. 4 sept 2018 [cité 21 janv 2021];	Population	Enfants inclus

	Référence de l'article	Motif d'exclusion	Détails
18	Michael T, Schanz CG, Mattheus HK, Issler T, Frommberger U, Köllner V, et al. Do adjuvant interventions improve treatment outcome in adult patients with posttraumatic stress disorder receiving trauma-focused psychotherapy? A systematic review. <i>European Journal of Psychotraumatology</i> . 31 déc 2019;10(1):1634938.	Intervention étudiée	Pas l'AMM en France dans cette indication
19	Mululo SCC, de Menezes GB, Vigne P, Fontenelle LF. A review on predictors of treatment outcome in social anxiety disorder. <i>Rev Bras Psiquiatr</i> . mars 2012;34(1):92-100.	Objectif	Pas d'intervention étudiée
20	Muntingh AD, van der Feltz-Cornelis CM, van Marwijk HW, Spinhoven P, van Balkom AJ. Collaborative care for anxiety disorders in primary care: a systematic review and meta-analysis. <i>BMC Family Practice [Internet]</i> . déc 2016 [cité 21 janv 2021];17(1).	Intervention étudiée	Ne s'appliquant pas au système de soins français
21	Novo Navarro P, Landin-Romero R, Guardiola-Wanden-Berghe R, Moreno-Alcázar A, Valiente-Gómez A, Lupo W, et al. 25 años de Eye Movement Desensitization and Reprocessing: protocolo de aplicación, hipótesis de funcionamiento y revisión sistemática de su eficacia en el trastorno por estrés postraumático. <i>Revista de Psiquiatría y Salud Mental</i> . avr 2018;11(2):101-14.	Langue	Article en espagnol
22	Olatunji BO, Davis ML, Powers MB, Smits JAJ. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. <i>Journal of Psychiatric Research</i> . janv 2013;47(1):33-41.	Population	Enfants inclus
23	Öst L-G, Havnen A, Hansen B, Kvale G. Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. <i>Clinical Psychology Review</i> . août 2015;40:156-69.	Population	Pas de précision sur la population incluse
24	Pelissolo A. L'hypnose dans les troubles anxieux et phobiques : revue des études cliniques. <i>La Presse Médicale</i> . mars 2016;45(3):284-90.	Type d'étude	Pas une revue systématique
25	Pizarro M, Fontenelle LF, Paravidino DC, Yücel M, Miguel EC, de Menezes GB. An updated review of antidepressants with marked serotonergic effects in obsessive-compulsive disorder. <i>Expert Opinion on Pharmacotherapy</i> . 3 juill 2014;15(10):1391-401.	Population	Population mal définie
26	Puli V. Efficacy of duloxetine for Generalized anxiety disorder: a meta-analysis and systematic review. <i>Journal of psychopharmacology</i> . 2010;24(3):A70	Type d'étude	Pas une revue systématique

	Référence de l'article	Motif d'exclusion	Détails
27	Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Robertson L, Lewis C, Bisson JI. Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. Cochrane Common Mental Disorders Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews	Diagnostic	Personnes exposées à évènement traumatique
28	Romanelli RJ, Wu FM, Gamba R, Mojtabai R, Segal JB. BEHAVIORAL THERAPY AND SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR PHARMACOTHERAPY IN THE TREATMENT OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF HEAD-TO-HEAD RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS: Review: Behavioral Therapy and SRIs in the Treatment of OCD. Depression and Anxiety. août 2014;31(8):641-52	Population	Enfants inclus
29	Rotaru T-Ştefan, Rusu A. A Meta-Analysis for the Efficacy of Hypnotherapy in Alleviating PTSD Symptoms. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 2 janv 2016;64(1):116-36	Population	Non précisée
30	Sánchez-Meca J, Rosa-Alcázar AI, Marín-Martínez F, Gómez-Conesa A. Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A meta-analysis☆. Clinical Psychology Review. févr 2010;30(1):37-50.	Population	Age de la population non défini
31	Sebastian B, Nelms J. The Effectiveness of Emotional Freedom Techniques in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. EXPLORE. janv 2017;13(1):16-25.	Population	Enfants inclus
32	Sijbrandij M, Kleiboer A, Bisson JI, Barbui C, Cuijpers P. Pharmacological prevention of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Psychiatry. mai 2015;2(5):413-21.	Intervention étudiée	Intervention globale de prévention primaire dans un contexte de traumatisme collectif Pas l'AMM en France dans cette indication
33	Steenen SA, van Wijk AJ, van der Heijden GJ, van Westrhenen R, de Lange J, de Jongh A. Propranolol for the treatment of anxiety disorders: Systematic review and meta-analysis. Journal of Psychopharmacology. févr 2016;30(2):128-39.	Intervention étudiée	Pas l'AMM en France dans cette indication
34	Stonerock GL, Hoffman BM, Smith PJ, Blumenthal JA. Exercise as Treatment for Anxiety: Systematic Review and Analysis. Annals of Behavioral Medicine. août 2015;49(4):542-56.	Diagnostic	Niveau d'anxiété et pas trouble anxieux
35	Sugarman MA, Loree AM, Baltus BB, Grekin ER, Kirsch I. The Efficacy of Paroxetine and Placebo in Treating Anxiety and Depression: A Meta-Analysis of Change on the Hamilton Rating Scales. Thombs B, éditeur. PLoS ONE. 27 août 2014;9(8):e106337.	Population	Inclusion d'adolescents

	<b>Référence de l'article</b>	<b>Motif d'exclusion</b>	<b>Détails</b>
<b>36</b>	Swain J, Hancock K, Hainsworth C, Bowman J. Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. <i>Clinical Psychology Review</i> . déc 2013;33(8):965-78.	Intervention étudiée	Pas développée en France
<b>37</b>	Wright L Astill, Sijbrandij M, Sinnerton R et al. Pharmacological prevention of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: a systematic review and meta-analysis. <i>European psychiatry</i> . 2019;56(S):S3	Intervention étudiée	Intervention globale de prévention primaire dans un contexte de traumatisme collectif Pas l'AMM en France dans cette indication
<b>38</b>	Xu Jia-Jun, Chan Meiyuk J, Yang Yan-Chun. Fluoxetine as a treatment for post-traumatic stress disorder. <i>Neurosciences</i> . 2011;16(3):257-262	Non trouvé	Non trouvé

## D. Echelles

### Annexe 20 : Echelle d'évaluation 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
<b>1. Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension</b>	0	1	2	3
<b>2. Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes</b>	0	1	2	3
<b>3. Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien</b>	0	1	2	3
<b>4. Difficulté à se détendre</b>	0	1	2	3
<b>5. Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille</b>	0	1	2	3
<b>6. Devenir facilement contrarié(e) ou irritable</b>	0	1	2	3
<b>7. Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver</b>	0	1	2	3

Score GAD	Niveau D'anxiété	Recommandations du NICE
<15	Aucune - minimale	Psycho éducation et surveillance
≥15	Significative	Psychothérapie/interventions pharmacologiques

### Annexe 21 : Echelle d'évaluation Mini-SPIN.

Echelle d'auto évaluation développée par le Dr Jonathan Davidson de l'Université médicale de Duke, à partir du *Social phobia inventory* en 17 items.

Contient 3 éléments sur l'évitement et la peur de l'embarras à évaluer selon les symptômes de la semaine précédente.

	Pas du tout	Un peu	Moyen	Beaucoup	Extrêmement
<b>La peur de l'embarras m'amène à éviter de faire des choses ou de parler aux gens.</b>	0	1	2	3	4
<b>J'évite les activités dans lesquelles je suis le centre d'attention.</b>	0	1	2	3	4
<b>Être embarrassé ou avoir l'air stupide font partie de mes pires craintes.</b>	0	1	2	3	4

**TITRE : Guide de prise en charge des troubles anxieux et du syndrome de stress post traumatique chez l'adulte en soins premiers : une méta-revue systématique de la littérature.**

DIRECTEUR DE THESE : Dr Damien Driot

LIEU ET DATE DE LA SOUTENANCE : Toulouse, le 15 juin 2021.

---

Objectifs : L'objectif de cette étude était de créer un guide pratique de prise en charge des troubles anxieux, chez l'adulte, à destination des médecins généralistes, implémenté sur le site psychotropes.fr, un site internet d'aide à la prise en charge des principales pathologies mentales rencontrées en soins premiers.

Matériels et Méthodes : Une méta-revue systématique a été réalisée en interrogeant les bases de données Pubmed, Cochrane et Web of Science. Les revues systématiques, méta-analyses et recommandations pour la pratique clinique, publiées en français ou en anglais entre janvier 2010 et octobre 2019, concernant des patients, de plus de 18 ans, atteints de troubles anxieux, ont été incluses. Deux auteurs ont indépendamment sélectionné les études, évalué leur qualité et extrait les données.

Résultats : L'analyse des 77 articles inclus a permis de cerner le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles anxieux, du repérage à leur diagnostic ainsi qu'à l'initiation et au suivi des différentes thérapeutiques. Les algorithmes sont aussi une aide à la prescription justifiée des thérapeutiques médicamenteuses ou non médicamenteuses, qui sont adaptés aux soins premiers.

Discussion et conclusion : Un guide pratique de prise en charge des troubles anxieux en soins premiers a pu être élaboré, en synthétisant et hiérarchisant les données de la littérature selon la qualité de chaque étude.

Il s'inscrit dans une démarche d'aide à la décision médicale, adaptée à l'exercice en médecine générale, en faisant acte de l'accessibilité des différentes interventions thérapeutiques.

---

**TITLE: Management guide of anxiety disorders and post-traumatic stress disorder in adults in primary care: a systematic meta review.**

Objective: The aim of this study was to create a practical guide for the management of anxiety disorders and post-traumatic stress disorders in adults, aimed to general practitioners (GPs), implemented on psychotropes.fr, a website designed to help GPs in main mental health diseases in primary care

Method: A systematic meta-review was realized, questioning PubMed, Cochrane and Web of science Databases. Only systematic reviews, meta-analysis and guidelines, published between January 2010 and October 2019, about patients older than 18 years with either anxiety disorder (GAD, OCD, or post-traumatic stress disorders). Two authors independently selected studies, assessed their quality and extracted data.

Results: The analysis of the 77 articles included allowed us to identify the role of the general practitioner in the management of anxiety disorders, from tracking to diagnosis, as well as the initiation and follow-up of various therapies. The algorithms are also an aid to the justified prescription of medicinal or non-medicinal therapies, adapted to primary care.

Discussion and conclusion: A practical guide of anxiety disorders management in primary care has been developed by synthesizing and prioritizing the data in the literature, according to the quality of each study.

It is part of a medical decision support process, adapted to general practice, by noting the accessibility of the various therapeutic interventions.

---

Mots-clés : adulte, troubles anxieux, syndrome de stress post-traumatique, soins premiers, médecine générale, revue systématique.

Keywords: adults, anxiety disorders, post-traumatic stress disorder, primary care, general practitioner, systematic review.

---

**Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE**

---

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France