

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

N° 8

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

Par

Yannick BRUN

Né le 06 septembre 1980 à Clamart

Présentée et soutenue publiquement le 28 février 2012

**La phobie sociale et son dépistage en médecine générale :
approche théorique et enquête auprès de praticiens**

Président : Monsieur le Professeur VANELLE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur BRANTHOMME

COMPOSITION DU JURY

Président du Jury : Monsieur le Professeur VANELLE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur BRANTHOMME

Membres du Jury : Monsieur le Professeur SENAND

Monsieur le Professeur BRULEY DES VARANNES

Monsieur le Docteur SCULO

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	p.7
I- APPROCHE THEORIQUE.....	p.8
1- Historique.....	p.8
2- Définitions de la phobie sociale.....	p.10
3- Données épidémiologiques.....	p.13
4- Aspects génétiques et socio-environnementaux.....	p.16
5- Les formes cliniques.....	p.17
6- Les principaux diagnostics différentiels.....	p.21
7- Prise en charge thérapeutique.....	p.23
II- DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC.....	p.30
1- Epidémiologie des phobies sociales chez l'enfant et l'adolescent.....	p.30
2- Particularités diagnostiques pour l'enfant et l'adolescent.....	p.31
3- Les circonstances du dépistage.....	p.32
4- Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).....	p.35
5- Principales échelles d'évaluation de la phobie sociale.....	p.36
6- Présentation de cas cliniques.....	p.37
III- ENQUETE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES.....	p.44
1- Objectifs.....	p.44
2- Matériel et méthode.....	p.44
3- Résultats.....	p.46
4- Discussion.....	p.72
CONCLUSION.....	p.81
BIBLIOGRAPHIE.....	p.82

« S'il y a un Autre, quel qu'il soit, où qu'il soit, quels que soient ses rapports avec moi, sans même qu'il agisse autrement sur moi que par le pur surgissement de son être, j'ai un dehors, j'ai une nature ; ma chute originelle c'est l'existence de l'autre ;... ».

Sartre, l'Être et le Néant.

Introduction

La peur des autres, véritable continuum entre le normal et le pathologique, a, au cours des deux derniers siècles, intéressé de nombreux psychiatres et psychologues qui ont participé à l'émergence du concept de phobie sociale tel qu'on le connaît actuellement.

La phobie sociale, pathologie fréquente, a une prévalence très variable en fonction des critères diagnostiques utilisés et des populations étudiées. Dans la quasi-totalité des cas, elle émerge avant l'âge de 24 ans avec un pic au moment de l'adolescence. Son âge de début précoce et son évolution chronique en font une affection très comorbide avec des complications qui occasionnent souvent un handicap social et professionnel important. La première partie consacrée à l'approche théorique n'abordera pas l'analyse conceptuelle psychanalytique ou cognitivo-comportementale du trouble.

Le dépistage précoce de la phobie sociale est donc un véritable enjeu en termes de santé publique car il permet une prise en charge plus efficiente. Les plaintes explicites et les demandes directes de soins des patients sont rares, ce qui explique que la phobie sociale soit une pathologie sous-diagnostiquée et sous-traitée en médecine générale. Seulement 24% des patients concernés sont diagnostiqués [1]. Il convient alors aux praticiens de rechercher activement les premiers signes de la maladie.

Que connaissent les médecins généralistes de la phobie sociale ? Utiliseraient-ils un hétéro-questionnaire de dépistage dans leur pratique quotidienne et dans quelles situations ? Réaliser une enquête auprès d'omnipraticiens de Loire-Atlantique, nous a paru intéressant pour étayer nos hypothèses sur ces questions.

I-Approche théorique

1- Historique

Bien que l'individualisation des phobies sociales en tant que trouble anxieux soit récente, des descriptions proches ont été faites dès la fin du XIXe siècle par différents psychiatres et psychologues européens.

La première description de l'éreutophobie que l'on doit à Johann-Ludwig Casper en 1846, se base sur l'auto-observation d'un patient. Ce récit propose une description clinique proche de l'entité « phobie sociale » telle qu'elle est définie aujourd'hui. On y retrouve notamment, la peur d'être exposé à l'observation attentive d'autrui, la peur de rougir en lien avec des situations sociales, des conduites d'évitement, une anticipation anxieuse des situations et la reconnaissance du caractère irrationnel de la peur. L'évolution des troubles et la notion de comorbidité y sont également illustrées même si elles n'étaient pas toujours identifiées comme telles. L'auteur note la présence de troubles obsessionnels qui précèdent la peur de rougir en public et le handicap social y est décrit comme majeur et compliqué d'un syndrome dépressif qui conduit le patient au suicide.

L'éreutophobie a surtout été décrite en France par Pitres et Régis, au cours des années 1897-1902. Ils en font, forts de leur expérience clinique, une description séméiologique et psychopathologique détaillée. Dans leurs travaux, il est intéressant de souligner que l'éreutophobie semble débiter entre douze et dix-huit ans. En reprenant l'auto-observation rapportée par Casper [2] et traduite en français par Lalanne en 1902 dans une note additionnelle de leur article « L'obsession de la rougeur (éreutophobie) », Pitre et Régis s'attribuent la paternité de ce concept.

En 1902, Claparède, psychologue suisse, publie également sur le sujet dans son article « L'obsession de la rougeur à propos d'un cas d'éreutophobie ».

La timidité, forme frontière de la phobie sociale, a été décrite en 1901 par Paul Hartenberg [3]. L'auteur définit la timidité en une combinaison de deux émotions, la peur et la honte qui se produisent sans cause les justifiant et qui ont pour déclenchement constant la présence redoutée d'autrui. Hartenberg propose également une description du trac avec une classification en fonction du degré des impressions ressenties. Il distingue le normal du pathologique, et donne une définition du « grand trac » qui évoque celle de l'anxiété de performance : « ..., le grand trac, la terreur enlève à l'artiste presque tous ses moyens. Il est assez rare et devient alors presque pathologique. ». L'entité « Timidité pathologique » que propose Hartenberg se rapproche de la définition actuelle des phobies sociales : « ..., nous admettrons qu'un timide entre dans la pathologie quand son accès de timidité présente une intensité anormale, quand il survient sans prétexte suffisant, quand il est suivi d'un retentissement excessif ».

Pierre Janet utilise pour la première fois le terme « phobie sociale » en 1903 [4]. La classification des phobies émotionnelles systématisées proposée par Janet comporte quatre groupes : les phobies du corps, les phobies des objets, les phobies des idées et les phobies de situations. Ces dernières regroupent les situations physiques, auxquelles il rattache l'agoraphobie et la claustrophobie, et les situations sociales auxquelles il associe l'éreutophobie.

Ce n'est que dans les années 1960, que le terme « phobie sociale » sera repris par le courant comportementaliste et notamment par Marks. Il développe deux classifications successives en 1966 et 1970 [5] qui individualisent la phobie sociale. Marks et Gelder décrivent la phobie sociale comme une crainte de parler, de manger, de boire, de trembler, de rougir, d'écrire ou de vomir en présence des autres.

En 1980, le trouble « phobie sociale » fait son apparition dans les classifications internationales avec le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-III, rédigé par l'Association Américaine de Psychiatrie.

2- Définitions de la phobie sociale

La phobie sociale se définit comme une peur marquée et persistante d'une ou plusieurs situations sociales ou de performances dans lesquelles un sentiment de gêne peut survenir. L'anxiété relative au trouble est situationnelle mais également anticipatoire. L'intensité de celle-ci et les conduites d'évitement la distinguent de la simple appréhension et entraînent un retentissement social et professionnel invalidant.

2.1- Description dans le DSM-IV

Dans le DSM-IV [6], la phobie sociale est classée dans les « troubles majeurs cliniques » de l'axe I parmi les « troubles anxieux » qui regroupent le trouble panique, l'agoraphobie, les phobies spécifiques, l'état de stress post traumatique, le trouble anxieux généralisé, l'état de stress aigu, le trouble obsessionnel compulsif, le trouble anxieux dû à une affection médicale générale, le trouble anxieux induit par une substance et le trouble anxieux non spécifié.

La description proposée s'attache à résoudre le problème du diagnostic différentiel. Il est précisé dans le critère B que l'anxiété peut prendre la forme d'une attaque de panique situationnelle, mais l'anxiété ou le comportement d'évitement ne doit pas être mieux expliqué par un autre trouble mental (critère G). Si le sujet présente une affection médicale ou un trouble mental, la peur doit être indépendante de ce trouble (critère H). On est alors dans le cas d'une comorbidité ou d'une complication.

La version finale du DSM-IV n'apporte pas de réponse à l'individualisation des phobies sociales simples, il prend uniquement en compte le type généralisé. Même si les situations de performances sont considérées comme pouvant être phobogènes, le DSM-IV ne fait pas de distinction nosographique entre les deux sous-types : phobie de performance et phobie d'interaction.

Critères diagnostiques du DSM-IV pour la phobie sociale

- A. 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. Le sujet craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante.
- 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 liée à la situation ou bien facilitée par la situation.
- 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 (les) situations(s) redoutée(s) sociale(s) ou de performance perturbent, de façon importante, les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles (ou scolaires), 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 (par exemple, une substance donnant lieu à abus, ou un médicament) ni à une affection médicale générale et n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental (par exemple, trouble panique avec ou sans agoraphobie, trouble anxiété de séparation, peur d'une dysmorphie corporelle, trouble envahissant du développement ou personnalité schizoïde).
- H. Si une affection médicale générale ou un autre trouble mental est présent, la peur décrite en A est indépendante de ces troubles ; par exemple, le sujet ne redoute pas de bégayer, de trembler dans le cas d'une maladie de Parkinson ou de révéler un comportement alimentaire anormal dans l'anorexie mentale ou la boulimie.

Spécifier type généralisé si les peurs concernent la plupart des situations sociales.
(Envisager un diagnostic additionnel de personnalité évitante).

2.2- Description dans la CIM-10

La phobie sociale se classe dans le chapitre « Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes » avec les autres troubles anxieux phobiques. Les critères diffèrent peu de ceux du DSM-IV. Cependant la CIM-10 [7] inclut dans son critère B la présence de symptômes anxieux neuro-végétatifs (palpitation ou tachycardie, tremblements, bouche sèche, transpiration) et gastro-intestinaux tels que des nausées ou une « gêne » abdominale.

Critères diagnostiques de la phobie sociale dans la CIM-10

A. soit (1) soit (2) :

1. crainte marquée d'être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui, ou d'agir d'une manière qui pourrait être embarrassante ou humiliante ;

2. évitement marqué d'être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui, ou de situations dans lesquelles on pourrait se conduire d'une manière embarrassante ou humiliante. Ces craintes se manifestent dans des situations sociales. Par exemple : manger ou parler en public ; rencontrer des connaissances en public ; arriver dans un petit groupe ou y rester (par exemple dans une soirée, une réunion, une salle de classe).

B. Survenue, dans la situation phobogène, depuis le début du trouble, d'au moins deux des symptômes définis dans le critère B de l'agoraphobie et d'au moins un des symptômes suivants :

1. rougir ou trembler,

2. peur de vomir,

3. besoin urgent ou peur d'uriner ou d'aller à la selle.

C. Détresse émotionnelle significative due aux symptômes ou à l'évitement, avec conscience du caractère excessif ou irraisonné de ces derniers.

D. Les symptômes surviennent exclusivement ou prédominent dans les situations redoutées ou quand le sujet pense à ces situations.

E. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés. Les symptômes cités dans les critères A et B ne sont pas dus à des idées délirantes, des hallucinations ou à d'autres troubles, tels un trouble mental organique, une schizophrénie ou des troubles apparentés, un trouble de l'humeur, ou un trouble obsessionnel compulsif et ne sont pas secondaires à des croyances d'ordre culturel.

3- Données épidémiologiques

3.1- Prévalence

La prévalence de la phobie sociale est très variable selon les études réalisées en fonction des critères et des questionnaires diagnostiques utilisés. En effet, la prévalence vie s'étend de 0,5% en Corée, à Séoul, à 16% à Bâle, en Suisse. Ces résultats s'expliquent également par les différences culturelles des pays étudiés.

Deux études américaines ont été menées sur de grands échantillons. L'étude de l'Epidemiologic Catchment Area (ECA) en 1991 retrouve une prévalence vie de 2,7% en utilisant les critères du DSM-III contre 13,3% pour l'étude National Comorbidity Survey (NCS) [8] avec ceux du DSM-III-R.

Plus récemment, une étude de la NCS-R, publiée en 2008 et utilisant le DSM-IV, montre une prévalence vie entière de 12,1% [9].

Concernant les études réalisées en France, la prévalence vie entière varie entre 4,1% en utilisant le DSM-III-R [10] et 7,3% avec le DSM-IV [11]. En médecine générale, cette même prévalence a été estimée à 14,4% [12].

Dans le cadre de notre enquête, il est intéressant de constater qu'une étude menée en population générale sur 36000 personnes entre 1999 et 2003, retrouve une prévalence instantanée en France de 4,3% à l'aide du module phobie sociale du MINI [13], ce qui est globalement comparable aux autres études réalisées avec des questionnaires basés sur les critères du DSM-III, du DSM-III-R et du DSM-IV. Même si le MINI n'est pas un test destiné à établir un diagnostic précis, ce résultat est en faveur de sa légitime utilisation pour le dépistage.

3.2- Données socio-démographiques

La phobie sociale a une prédominance féminine moins marquée que dans les autres troubles anxieux. Le sexe ratio est estimé à trois femmes atteintes pour deux hommes. Les études ECA et NCS montrent une plus forte proportion de phobiques sociaux dans les populations de bas niveau socio-économique, de faible niveau éducatif et chez les célibataires. Là encore, si plusieurs études convergent sur ce profil, il existe une variabilité selon les études.

3.3- Comorbidités et complications fréquentes

70 à 80% des phobiques sociaux ont une comorbidité avec au moins un autre trouble psychiatrique [14]. La comorbidité dans ce contexte fait référence à la coexistence temporelle de deux ou plusieurs troubles psychiatriques ou de la personnalité mais ne présume en rien du lien causal qui les unit. On peut tout de même observer que la phobie sociale est plus fréquemment primitive que les pathologies auxquelles elle est associée.

Nous allons développer les principales comorbidités et complications. Le trouble de la personnalité évitante sera abordé dans la partie relative aux formes frontières.

3.3.1- Le syndrome dépressif

Le taux de comorbidité entre la phobie sociale et l'épisode dépressif majeur est estimé à 26,5% sur la vie entière selon l'US National Comorbidity Survey [15]. L'analyse des résultats montre que le risque de développer un épisode dépressif majeur pour un phobique social est trois fois supérieur à la population générale. L'odds ratio augmente avec le nombre de peurs. La phobie sociale est souvent primitive (dans 71,9 % des cas). Les troubles de l'humeur apparaissent en moyenne 10 ans après, ce qui laisse un laps de temps important pour son dépistage. Il existe également des comorbidités très fréquentes avec les autres troubles de l'humeur tels que la dysthymie ou les troubles bipolaires.

3.3.2- Les addictions

Il existe un fort lien entre la phobie sociale et les addictions avec produits (alcool, tabac, cannabis, anxiolytiques). Cependant il semble probable, même si cette association n'a pas été particulièrement étudiée, que le trouble soit également lié à des addictions sans produit. Nous allons exclusivement aborder les comportements d'alcoolisation qui représentent la majorité des cas.

Le degré de comorbidité entre phobie sociale et alcool est variable en fonction des études selon la définition utilisée : addiction à l'alcool ou consommation excessive d'alcool. Les patients traités pour une phobie sociale rapportent dans 25% des cas une consommation d'alcool pathologique. Inversement, la prévalence de la phobie sociale chez les patients traités pour des problèmes d'alcool est estimée en moyenne à 15% [14]. Il apparaît en définitive qu'un patient phobique social a deux à trois fois plus de risque d'avoir une consommation abusive d'alcool que dans la population générale. Dans la majorité des cas les comportements d'alcoolisation sont une complication de la phobie sociale car ils lui succèdent dans 79,7% des cas [16].

Initialement, les patients déclarent utiliser l'alcool en automédication pour réduire l'anxiété anticipatoire et dans un but désinhibiteur [17]. Cependant, une prise prolongée ou importante d'alcool augmente à terme l'anxiété et donc renforce les troubles phobiques.

3.3.3- Les troubles anxieux

Comme nous l'avons vu précédemment dans les critères du DSM-IV, l'anxiété du phobique social peut prendre la forme d'une authentique attaque de panique. La proximité diagnostique entre ces pathologies illustre bien la relation étroite qu'elles peuvent entretenir au cours de leur évolution. Il en va de même pour l'agoraphobie.

Une revue d'études ayant pour objectif de quantifier la comorbidité entre la phobie sociale et les autres troubles anxieux constate qu'en moyenne un tiers des patients traités pour une phobie sociale présente au moins un autre trouble anxieux (anxiété généralisée, trouble panique ou agoraphobie) [14]. Les troubles anxieux les plus fréquemment associés à la phobie sociale sont l'agoraphobie (dans 23% des cas) et les phobies simples (dans 38% des cas).

Concernant le lien de causalité entre ces troubles anxieux comorbides, il apparaît que la phobie sociale serait plus fréquemment primitive alors que l'agoraphobie serait plus souvent secondaire [18].

3.4- Situations sociales les plus redoutées

Les situations sociales incriminées dans l'anxiété sociale sont nombreuses et variées. Elles peuvent se répartir en situations de performance qui semblent être les plus répandues et en situations d'interaction. Dans l'étude de la NCS-R [9], les peurs les plus communes dans la totalité de l'échantillon sont :

- parler en public ou dans une situation de performance (21,2%)
- prendre part à une discussion ou parler dans un petit groupe (19,5%)
- rencontrer de nouvelles personnes (16,8%)
- parler à des personnes ayant l'autorité (14,7%)

Quant aux peurs les moins répandues, ce sont :

- utiliser des douches publiques (5,7%)
- écrire, manger ou boire en étant observé (8,1%)

4- Aspects génétiques et socio-environnementaux

Le caractère familial de la phobie sociale a été peu étudié. Les études disponibles suggèrent qu'un sujet dont un membre de la famille présente une phobie sociale a deux à trois fois plus de risque d'être phobique social qu'un sujet qui n'a aucun antécédent familial. Ce risque est dix fois supérieur aux sujets contrôles lorsque les ascendants au premier degré présentent une phobie sociale généralisée [19].

Il existe probablement une vulnérabilité héréditaire faite de composantes génétique et éducative dans laquelle les facteurs sociaux et environnementaux jouent un rôle prépondérant.

Des études menées sur des jumeaux ont montré un taux d'hérédité faible mais significatif pour l'ensemble des troubles anxieux y compris pour la phobie sociale [20,21].

La survenue d'événements sociaux négatifs, comme le vécu de situations humiliantes ou le souvenir d'expériences négatives dans la performance, influence le comportement ultérieur de l'enfant. L'apprentissage chez l'enfant est également inspiré par les conduites sociales familiales qui peuvent engendrer, si l'on s'en tient à leur rôle négatif, des comportements d'inhibition, de dévalorisation et d'évitement. Certains auteurs mettent également en avant l'anxiété de séparation et la surprotection maternelle comme influençant la survenue des troubles. Toutes ces notions étant très subjectives, il est difficile de quantifier et d'analyser le lien entre la survenue de la phobie sociale et les facteurs socio-environnementaux.

5- Les formes cliniques

5.1- Les deux sous-types de phobie sociale

Les auteurs se sont penchés sur la pertinence de séparer la phobie sociale en deux sous-types comme le propose le DSM-IV : phobie sociale simple et phobie sociale généralisée. Même si certains remettent en cause cette classification, il semblerait que le retentissement socio-professionnel de la phobie sociale augmente linéairement avec le nombre de peurs et que les deux sous-types relèvent de traitements différents [22].

La phobie sociale simple est définie comme se manifestant dans une ou deux situations redoutées ou évitées. Elle est souvent rattachée à l'anxiété de performance car elle concerne le plus souvent la peur de s'exprimer en public.

Dans la phobie sociale généralisée, la peur se manifeste dans la plupart des situations sociales. Il s'agit alors fréquemment de situations de performance et d'interaction sociale.

5.2- L'anxiété de performance

La distinction entre anxiété de performance et anxiété dans les situations d'interaction sociale n'est pas retenue dans les classifications internationales même si les situations de performance ont fait leur apparition dans les DSM-IV comme situations phobogènes.

Certains auteurs ont tenté de séparer les phobies sociales avec peur de parler en public et les autres [23]. Cependant cette distinction qui prend en compte la plus fréquente des peurs sociales est trop restrictive. L'anxiété de performance regroupe des situations diverses en particulier chez les artistes, les sportifs, les musiciens, ou lors des examens. La dysfonction érectile a elle-même été parfois rattachée à ce groupe. La communauté scientifique n'est pas unanime sur la place de l'anxiété de performance. Certains la reconnaissent comme un trouble, d'autres la considèrent comme une entité qui s'apparenterait au trac. Mais contrairement au trac, l'anticipation anxieuse présente dans les deux cas ne s'estompe pas en cours d'action et a un retentissement sur la performance.

5.3- Les formes frontières

Comme évoqué précédemment au sujet de l'anxiété de performance, il existe un véritable continuum entre le normal et le pathologique. Les formes frontières de la phobie sociale regroupent des entités non pathologiques telles que le trac et la timidité mais également le trouble de la personnalité évitante.

5.3.1- La timidité

Il n'existe pas de définition précise et univoque de la timidité. « *La timidité en est venue à désigner toutes les formes d'embarras qu'il est possible de ressentir en présence d'autrui.* » [24], ce qui pose le problème de son rattachement à un trait de caractère, à un trouble de la personnalité ou à un trouble psychiatrique.

La timidité est « *un type particulier d'anxiété sociale, exprimant une manière d'être durable et habituelle, marquée par une tendance prononcée à se tenir en retrait et à éviter de prendre l'initiative dans tout type de situation sociale, une gaucherie lors des interactions sociales, et un désir relatif de se confronter à certaines interactions* » [24]. Dans cette définition proposée par André et Légeron, la différence entre timidité et phobie sociale apparaît plus quantitative que qualitative. En effet, la timidité induit dans une moindre mesure les mêmes comportements et cognitions que dans l'anxiété sociale. La timidité survient très tôt dans l'enfance et tend à s'atténuer au fil du temps. Comme dans l'anxiété sociale, le timide peut avoir des conduites d'évitement. En revanche, il existe un phénomène d'habituation qui succède à « *la première fois* », ce qui distingue la timidité de l'anxiété sociale qui a une évolution chronique et péjorative en l'absence de traitement. La gêne ressentie par le timide

est beaucoup moins intense que les véritables états de panique que l'on peut rencontrer chez les phobiques sociaux.

5.3.2- Le trac

Le trac est « *une sensation d'anxiété intense mais passagère, limitée à une situation et à un moment donné* » [24]. Dans le trac, qui survient dans une situation de performance, l'anxiété anticipatoire est importante mais elle disparaît lorsque la personne se met en action. L'inhibition psychosomatique disparaît aussi brusquement qu'elle est apparue. Il est difficile de distinguer clairement les limites entre le trac et l'anxiété de performance si ce n'est par leurs répercussions sur la prestation.

5.3.3- La personnalité évitante

Une des interactions les plus étudiées et les plus controversées entre les pathologies de l'axe I (troubles majeurs cliniques) et de l'axe II du DSM (troubles de la personnalité) est celle entre la personnalité évitante et la phobie sociale.

La personnalité évitante et la phobie sociale ont été conceptualisées dans le DSM-III en 1980 comme deux entités différentes avec une hiérarchie telle que le diagnostic associé n'était pas envisageable. Ce n'est que dans les versions ultérieures du DSM que le diagnostic conjoint sera envisagé.

Pour de nombreux auteurs, il n'y a pas de distinction entre les deux pathologies compte tenu de la proximité de leurs symptômes et de la forte comorbidité [25] dont le taux s'élève à 56% en moyenne sur une revue de treize études [26]. En effet, les deux entités ont les mêmes symptômes, les mêmes réponses aux traitements et des prédispositions génétiques identiques. Il semblerait donc que la différence soit uniquement quantitative, le trouble de la personnalité évitante étant une forme plus chronique et sévère de phobie sociale généralisée.

L'inhibition lors des situations sociales et la crainte du jugement défavorable d'autrui, point commun entre les deux pathologies, entraînent dans les deux cas des conduites d'évitement. Cependant, dans le trouble de la personnalité évitante, le sujet tend à

rationaliser ces conduites et reporte la responsabilité de son état sur les autres ce qui complique toute remise en question.

Critères diagnostiques de la personnalité évitante dans le DSM-IV

Mode général d'inhibition sociale, de sentiment de ne pas être à la hauteur et d'hypersensibilité au jugement négatif d'autrui qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

- Le sujet évite les activités sociales professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui par crainte d'être critiqué, désapprouvé ou rejeté ;
- réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé ;
- est réservé dans les relations intimes par crainte d'être exposé à la honte et au ridicule ;
- craint d'être critiqué ou rejeté dans les situations sociales ;
- est inhibé dans les situations interpersonnelles nouvelles à cause d'un sentiment de ne pas être à la hauteur ;
- se perçoit comme socialement incompetent, sans attrait ou inférieur aux autres ;
- est particulièrement réticent à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras.

Tableau I : Comparatif entre les formes frontières

	Anxiété bénigne, « normale »	Anxiété sévère, pathologique
Paroxystique	Trac	Phobie sociale
Chronique	Timidité	Personnalité évitante

6- Les principaux diagnostics différentiels

Comme le précise le DSM-IV, la peur ou les comportements d'évitement ne doivent pas être liés à une affection médicale générale ni être mieux expliqués par un autre trouble mental. La distinction n'est pas aisée avec certains troubles psychiatriques où le retrait social et les conduites d'évitement peuvent être au premier plan.

6.1- Les autres troubles anxieux

L'agoraphobie :

Elle présente des similitudes avec la phobie sociale au niveau des symptômes anxieux présentés et des situations redoutées et évitées. Dans l'agoraphobie, les troubles ne surviennent pas uniquement lorsque le sujet est soumis au regard d'autrui. Les cognitions sont également différentes. Les phobiques sociaux ont peur de ce que les autres vont penser alors que dans l'agoraphobie, le patient redoute de faire une crise d'angoisse dans un lieu public et de ne pas pouvoir être secouru. Il préfère donc être accompagné.

Le trouble panique :

L'anxiété du phobique social peut, à son paroxysme, correspondre à une attaque de panique. Cependant dans le trouble panique, les attaques répétées ne sont pas exclusivement associées à une situation ou à un objet spécifique.

L'anxiété généralisée :

L'angoisse n'est pas liée à une situation précise mais à tout ce qui pourrait arriver. Elle est chronique sur une période d'un moins six mois.

L'anxiété de séparation chez l'enfant :

Les enfants phobiques sociaux ont un attachement normal à leurs parents et aux autres adultes familiaux. Dans l'anxiété de séparation, il existe des évitements qui concernent les situations où ils doivent être séparés de leurs proches. Ils réclament également la présence d'un parent même dans des situations qui ne sont pas appropriées.

6.2- La dépression atypique

Dans certains cas de syndromes dépressifs caractérisés, un retrait social et des conduites d'évitement peuvent être au premier plan. Les critères d'auto-dévalorisation et d'image de soi négative peuvent être présents dans les deux pathologies. Les autres signes de dépression permettent de faire la différence ainsi que le caractère permanent des symptômes dans la dépression.

6.3- Les troubles de la personnalité

La personnalité évitante, évoquée précédemment, est également un diagnostic différentiel très difficile à distinguer de la phobie sociale.

La personnalité schizoïde quant à elle est un mode de détachement par rapport aux relations sociales et de restriction de la variété des expressions émotionnelles dans les rapports avec autrui. Contrairement au phobique social qui ressent le désir d'un contact social, le sujet présentant une personnalité schizoïde n'y voit aucun intérêt.

La personnalité schizotypique est définie dans le DSM-IV comme un mode général de déficit social et interpersonnel marqué par une gêne aiguë et des compétences réduites dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles, et par des conduites excentriques.

6.4- L'anxiété de type social secondaire à une pathologie organique

Le diagnostic de phobie sociale ne peut pas être fait si l'anxiété est secondaire à une conséquence physique d'une maladie organique. Par exemple, le handicap social et l'anxiété qui résulte d'un tremblement Parkinsonien, d'une affection dermatologique ou d'un bégaiement ne peuvent pas être attribués à une phobie sociale. Il faut donc analyser le symptôme physique pour savoir s'il est l'origine ou la conséquence de l'anxiété.

Dans le cas du trouble fonctionnel digestif, il n'est pas toujours facile de faire la part des choses car le stress est à la fois un facteur favorisant et une conséquence du trouble. Cependant les troubles digestifs des phobiques sociaux surviennent uniquement avant et pendant la situation redoutée.

7- Prise en charge thérapeutique

L'information et le soutien du patient constituent la première étape thérapeutique chez les patients atteints de phobie sociale. Ce temps concerne principalement les médecins généralistes, car ils sont très fréquemment sollicités en premier recours, et nécessite que le diagnostic soit établi ou évoqué. Une information orale ou écrite permet une reconnaissance du trouble et d'expliquer au patient les différentes options thérapeutiques disponibles.

Les deux grands axes thérapeutiques de la phobie sociale sont la chimiothérapie avec les IRS et les IRS-na qui dominent les indications et les psychothérapies cognitives et comportementales.

7.1- Thérapeutique médicamenteuse

Actuellement en France seules trois molécules ont l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le trouble « anxiété sociale caractérisée » (phobies sociales) lorsqu'il perturbe de manière importante les activités professionnelles ou sociales : la paroxétine, l'escitalopram et la venlafaxine LP. Nous nous pencherons particulièrement sur ces trois traitements même si

les autres inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) tels que la fluvoxamine et la sertraline ont également montré une efficacité.

La majorité des études disponibles pour évaluer l'efficacité de ces molécules utilisent l'échelle de Liebowitz.

Nous n'aborderons pas la classe des antidépresseurs tricycliques qui semblent être inefficaces.

7.1.1- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

Une méta-analyse et une revue systématique de la littérature publiée en 2008 ont évalué l'efficacité et la tolérance des antidépresseurs de seconde génération dans le traitement de la phobie sociale [27]. Dans 40 à 85 % des cas, les patients traités par paroxétine, escitalopram, fluvoxamine, sertraline ou venlafaxine ont été significativement améliorés. Ces traitements semblent efficaces sur l'anxiété, avec une diminution significative du score à l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz, ainsi que sur le handicap social et professionnel. Les effets secondaires de cette classe thérapeutique auxquels les participants ont été le plus souvent confrontés sont les nausées, l'asthénie, les troubles du sommeil, la sécheresse buccale, les céphalées, l'éjaculation retardée et la baisse de la libido. Ces événements indésirables sont d'intensité faible à modérée.

La paroxétine :

Il s'agit de la molécule la plus étudiée et de celle qui a eu la première AMM en France pour cette indication. L'amélioration est significative dès quatre semaines par rapport au placebo avec une dose moyenne de 37,5 mg [28]. La posologie initiale recommandée est de 20 mg par jour. Celle-ci peut être augmentée par paliers de 10 mg au bout de deux semaines, par intervalle d'au moins une semaine, jusqu'à 50 mg par jour. Le meilleur facteur prédictif de réponse au traitement est qu'il soit d'une durée supérieure à huit semaines. La majorité des patients non répondeurs à huit semaines le sont au bout de douze semaines [29].

L'escitalopram :

Selon Kasper et al [30], l'escitalopram avec un dosage compris entre 10 et 20 mg est un traitement efficace dans les phobies sociales généralisées avec une tolérance similaire à celle observée antérieurement dans le traitement de l'épisode dépressif majeur.

L'étude menée par Lader et al [31], compare l'escitalopram à des doses de 5, 10 et 20 mg à un placebo et à la paroxétine au dosage de 20mg par jour. L'efficacité de l'escitalopram à tous les dosages et de la paroxétine est significative par rapport au placebo à la 12^{ème} semaine et il n'y a pas de différence significative entre l'efficacité des deux molécules.

La venlafaxine LP :

La venlafaxine LP est le seul inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRS-Na) à avoir l'AMM pour l'anxiété sociale caractérisée.

Rickels et al [32] ainsi que Stein et al [33] ont montré son efficacité et sa bonne tolérance versus placebo entre la 4^{ème} et la 12^{ème} semaine de traitement. Les posologies utilisées sont montées jusqu'à 225 mg par jour sans bénéfice démontré. En l'absence d'effet dose, la posologie recommandée est de 75 mg par jour en une seule prise.

Allgulander et al [34] et Liebowitz et al [35] ont comparé la venlafaxine à la paroxétine dans le traitement de l'anxiété sociale généralisée. Il ressort de ces études que l'efficacité et la tolérance de la venlafaxine sont comparables à celles de la paroxétine. Il semblerait en revanche que les patients soient répondeurs dès la première semaine avec la venlafaxine contre quatre semaines avec la paroxétine.

7.1.2- Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)

La phénelzine, IMAO irréversible, a été la première molécule à avoir montré, aux Etats-Unis, une efficacité supérieure dans le traitement de la phobie sociale par rapport au placebo, à l'alprazolam et à l'atenolol. Cette molécule n'est pas accessible en France. L'iproniazide (marsalid) seul IMAO irréversible disponible n'a pas été étudié dans cette indication.

Les effets secondaires graves, tels que les hépatites et les crises hypertensives, les nombreuses interactions médicamenteuses et les restrictions diététiques en font un traitement réservé aux formes graves de la maladie chez les non-répondeurs aux autres thérapeutiques.

Les IMAO réversibles et spécifiques exposent à moins d'effets secondaires et ne nécessitent pas de régime alimentaire. Le moclobémide, IMAO-A commercialisé en France, a fait l'objet d'études contre placebo et versus phénelzine. Les études à court terme n'ont pas prouvé d'amélioration significative. En revanche une étude à long terme a montré son efficacité [36]. Cependant, les IMAO ne disposent pas de l'AMM en France et ne sont donc pas indiqués en première intention.

7.1.3- Les benzodiazépines

Cette classe thérapeutique est efficace sur les manifestations psychologiques et physiques de l'anxiété mais n'induit pas nécessairement de modifications du comportement. De plus, les benzodiazépines sont inefficaces dans le traitement de la majorité des comorbidités.

Le clonazépam et l'alprazolam ont été étudiés positivement dans le traitement de la phobie sociale. Ils n'ont cependant pas l'AMM pour cette indication et leur prescription doit être limitée du fait des risques élevés d'effet rebond à l'arrêt du traitement et de dépendance. Ils peuvent éventuellement être utilisés en association aux IRS et IRS-Na sur de courtes durées en cas d'anxiété invalidante.

7.1.4- Les bêtabloquants

Les bêtabloquants ont une action sur les manifestations somatiques de l'anxiété telles que la tachycardie et les tremblements par l'intermédiaire du système sympathique. N'agissant pas directement sur le système nerveux central, leur propriété anxiolytique est attribuée au feedback engendré par la diminution des conséquences physiques de l'anxiété.

Plusieurs études ont montré l'efficacité d'une prise d'aténolol ou de propranolol dans l'anxiété de performance avec un bénéfice ponctuel. Il est pour autant impératif de prendre en compte leurs contre-indications. En France seul le propranolol (avlocardyl) a l'AMM dans cette indication.

Deux études comparatives [37,38] n'ont pas démontré une efficacité de l'aténolol significativement supérieure au placebo contrairement à la phénelzine et aux thérapies comportementales. Cette classe thérapeutique n'apporte donc aucun bénéfice dans le traitement des phobies sociales généralisées.

7.2- Les thérapies cognitives et comportementales (TCC)

Les TCC reposent sur de nombreuses techniques dont certaines ont plus particulièrement un intérêt dans le traitement de la phobie sociale.

7.2.1- La psychoéducation

Il s'agit de l'information et de la formation théorique et pratique du patient centrée sur la compréhension de son trouble et de ses différents traitements.

En permettant au patient de repérer les situations dans lesquelles il est en difficulté, le thérapeute va pouvoir lui apprendre à gérer son stress en utilisant notamment des techniques de relaxation et de modification de la représentation cognitive.

La psychoéducation a également une utilité dans le domaine de l'affirmation de soi en apportant un éclairage au patient sur l'origine de son manque de confiance. Le thérapeute va ainsi pouvoir travailler cet aspect lors de jeux de rôle individuels ou collectifs.

7.2.2- L'exposition

Les conduites d'évitement en diminuant l'anxiété associée aux situations sociales redoutées entretiennent le comportement phobique.

Partant de ce principe, les techniques d'exposition consistent en une confrontation progressive, répétée et prolongée du patient aux situations redoutées en l'ayant préalablement préparé à gérer son stress. L'exposition doit être suffisamment longue et répétée pour laisser place au phénomène d'habituation et ainsi entraîner une diminution de l'anxiété. La confrontation progressive aux situations redoutées répond au principe de la désensibilisation. Aller de victoire en victoire par rapport à ses propres croyances permet au patient d'augmenter la confiance en lui et de modifier ses pensées automatiques.

L'exposition peut être dans un premier temps imaginée puis être réalisée « in vivo », c'est à dire en confrontant le sujet à la situation réelle soit seul soit accompagné d'une personne familière ou du thérapeute.

7.2.3- La restructuration cognitive

Le principe est fondé sur l'identification des croyances et des pensées dysfonctionnelles qui s'imposent au sujet (pensées automatiques). Les pensées négatives qui entraînent des émotions désagréables concernent principalement dans la phobie sociale la peur de l'évaluation négative par les autres et l'auto-évaluation négative de ses propres performances.

La mise en évidence des comportements de sécurité et des évitements permet de faire comprendre au patient le cercle vicieux qui lie les cognitions, les émotions et les comportements. Le thérapeute cherche ensuite à modifier les schémas cognitifs qui s'imposent au patient.

7.2.4- L'entraînement aux compétences sociales

Les compétences sociales représentent l'ensemble des comportements verbaux et non verbaux mis en jeu par le patient lors des interactions sociales.

Ce concept consiste en l'apprentissage des façons appropriées d'approcher les gens ou d'intégrer un groupe, des techniques de conversation (comment débiter, maintenir et achever une conversation) et de la gestion des conflits ou rejets.

L'entraînement aux compétences sociales se déroule souvent en groupes appelés également groupes d'affirmation de soi. Il utilise différentes techniques dont, principalement, le jeu de rôle.

7.3- Stratégie thérapeutique

Les thérapies cognitives et comportementales se déroulent dans la plupart des cas en 12 à 25 séances de 45 minutes [39].

Les TCC et le traitement médicamenteux ont révélé une efficacité quasiment similaire à la phase aiguë et d'entretien. En effet, une étude menée par Heimberg et Liebowitz [40], a montré une légère supériorité en phase initiale de la phénelzine par rapport aux TCC. Cependant après arrêt du traitement le taux de rechute est supérieur avec le traitement médicamenteux [41].

L'efficacité de la combinaison entre la TCC et le traitement médicamenteux n'a pas été beaucoup étudiée. Bien que le bénéfice de l'association entre la sertraline et les thérapies d'exposition soit légèrement supérieur à celui de chaque modalité de traitement isolé, la différence n'est pas significative [42]. L'HAS précise que cette association n'est pas recommandée à la phase initiale, sauf dans les formes sévères ou résistantes [39].

En conclusion, le choix entre le traitement médicamenteux et les TCC à la phase initiale dépend de la sévérité des troubles, des souhaits du patient et de la disponibilité des thérapeutes.

II- Dépistage et diagnostic

Le dépistage des formes précoces de phobie sociale permet une meilleure efficacité de la prise en charge. Il est donc nécessaire de connaître ses spécificités épidémiologiques et cliniques chez l'enfant et l'adolescent et de savoir identifier les symptômes d'appel qui doivent nous faire évoquer le diagnostic.

Cependant, le dépistage ne se limite pas uniquement à détecter les formes de début. Il doit permettre de repérer les formes chroniques et compliquées passées inaperçues en raison de leur caractère atypique ou de l'absence de plaintes explicites de la part des patients.

Nous aborderons également dans cette deuxième partie les principaux outils diagnostiques utiles à ce repérage.

1- Epidémiologie des phobies sociales chez l'enfant et l'adolescent

1.1- Age de début des phobies sociales

Le début des troubles est plus précoce dans la phobie sociale que dans les autres troubles anxieux. Même si elle peut être diagnostiquée dans l'enfance, il est communément reconnu que l'âge de début se situe dans le milieu de l'adolescence et que la majorité des cas d'anxiété sociale émergent avant l'âge de 24 ans. Un âge de début précoce favorise également la survenue d'épisodes dépressifs et d'un mésusage de l'alcool [43].

1.2- Prévalence chez l'enfant, l'adolescent et le jeune adulte

A l'image des études conduites chez l'adulte la prévalence est variable selon les outils diagnostiques utilisés et l'âge de la population étudiée. En effet, elle est plus élevée chez les adolescents que chez les enfants.

Une étude réalisée en soins primaires retrouve une prévalence annuelle de 6,8 % [44] ce qui est globalement comparable aux taux retrouvés chez l'adulte. Wittchen et al pointent

une nette prépondérance féminine sur la tranche d'âge étudiée soit 14-24 ans et constatent qu'un tiers des phobiques sociaux présente un type généralisé de la maladie [45].

1.3- Situations redoutées chez l'enfant et l'adolescent

Les principales peurs rapportées par les enfants dans l'étude menée par Beidel et al [46] sont les situations de performance devant leurs camarades : lire devant la classe (71 %), réaliser une performance sportive ou musicale (61 %), écrire au tableau (51 %).

Viennent ensuite les situations d'interaction nécessitant une prise de parole : parler à des adultes (59 %), prendre part à une conversation (59 %) ou la débiter (58 %).

Les situations les moins fréquemment redoutées sont : manger devant les autres (10%), se faire prendre en photo (32%), répondre au téléphone (13%), utiliser les douches à l'école (24%).

La majorité de ces situations étant le plus souvent en lien avec le cadre scolaire, elles peuvent engendrer un refus scolaire anxieux.

2- Particularités diagnostiques pour l'enfant et l'adolescent

2.1- Selon le DSM-IV

Les critères diagnostiques de la phobie sociale chez l'enfant et l'adolescent diffèrent peu de ceux de l'adulte. Le DSM-IV [6] précise toutefois que la reconnaissance du caractère excessif de la peur, présente chez l'adulte et l'adolescent, peut être absente chez l'enfant.

Pour faire le diagnostic, l'anxiété ne doit pas uniquement survenir lors d'interactions sociales avec des adultes non familiers mais également en présence d'autres enfants. Cette anxiété peut se traduire chez l'enfant par des cris, des accès de colère, une attitude de retrait vers les personnes familières ou une inhibition qui peut aller jusqu'au mutisme.

Contrairement aux adultes, les enfants phobiques sociaux n'ont pas toujours le loisir d'éviter les situations redoutées et sont incapables d'identifier la nature de leur anxiété. Il faut

donc s'attacher à repérer les situations d'échec scolaire, les refus scolaires et l'évitement des activités sociales adaptées à leur âge.

Le critère F précise enfin que les symptômes doivent être présents depuis au moins 6 mois pour faire le diagnostic chez les moins de 18 ans.

2.2- Selon la CIM-10

Dans le chapitre « Troubles apparaissant durant l'enfance ou à l'adolescence », la CIM-10 [7] propose une description de l'anxiété sociale de l'enfance.

Comme dans le DSM-IV, les critères précisent que l'anxiété sociale survient en présence de personnes non familières mais également de ses pairs. L'enfant entretient des relations normales avec sa famille et les camarades qu'il connaît bien.

Pour distinguer le trouble des réactions anxieuses appropriées au cours du développement, le critère E précise que « *l'intensité anormale de ses réactions, leur persistance au cours du temps et la gêne sociale qui les accompagne doit être manifeste avant l'âge de six ans* ».

A la différence du DSM-IV, la durée du trouble doit être d'au moins quatre semaines pour faire le diagnostic dans l'enfance.

3- Les circonstances du dépistage

Les symptômes qui doivent nous faire évoquer le diagnostic de phobie sociale peuvent être séparés en trois catégories : les symptômes comportementaux, physiologiques (somatiques) et cognitifs. Les motifs de consultation ne concernent pas toujours ces manifestations, mais peuvent aussi concerner les conséquences socio-professionnelles, une comorbidité ou une complication du trouble. Dans ce contexte, il appartient au médecin de faire le lien potentiel avec la phobie sociale.

3.1- Les symptômes physiologiques, comportementaux et cognitifs

La symptomatologie somatique de la phobie sociale est la conséquence de l'anxiété anticipatoire et situationnelle. Elle survient donc avant et pendant la situation redoutée. Celle-ci témoigne de l'hyper-activation du système nerveux autonome qui agit sur le système cardio-vasculaire, respiratoire, digestif et uro-génital. Les palpitations (70,8 %), les tremblements (66,7%), les rougissements (62,5%), les sueurs (54,2 %) et les nausées (54,2 %) sont les manifestations somatiques les plus souvent rencontrées chez l'enfant et l'adolescent [47].

Les cognitions se nourrissent de processus mentaux élaborés tels que la pensée, la prise de décision, la perception et la mémoire. Elles se centrent sur le souci de donner une bonne image de soi aux autres et sur la crainte d'une évaluation négative.

Le comportement est le résultat d'une chaîne d'actions destinée à adapter l'individu à une situation telle qu'il la perçoit et l'interprète.

Tableau II : Symptômes comportementaux, physiologiques et cognitifs chez l'enfant et l'adolescent [47]

Comportementaux	Physiologiques	Cognitifs
Pleurs	Palpitations	Pensée de :
Pleurnicherie	Nausées	- fuite
S'accrocher aux parents	Sueur	- évaluation négative
Bégaiement	Tremblement	- échec
Agitation	Souffle coupé	- humiliation
Evitement du regard	Engourdissement	- gêne
Voix tremblante	Maux de tête	- insuffisance
Se ronger les ongles	Tachycardie	- autocritique
Evitements	Tension musculaire	
	Maux de ventre	

		- honte
--	--	---------

3.2- Les comorbidités et les complications

L'identification de comorbidités et de complications, qui représentent des motifs de consultation fréquents en médecine générale, fait partie des circonstances du dépistage des phobies sociales.

Nous avons vu précédemment que la dépression, la consommation excessive d'alcool, les autres troubles anxieux, et la personnalité évitante sont les principales comorbidités chez l'adulte.

Chez l'enfant, l'adolescent et le jeune adulte, la phobie sociale est également fréquemment associée à la dépression et une consommation excessive de toxiques (notamment l'alcool). D'autres pathologies peuvent être associées chez l'enfant. Une étude menée par Beidel et al chez 50 enfants phobiques sociaux retrouve un diagnostic associé dans 60 % des cas [46]. Certaines de ces pathologies sont spécifiques à l'enfant, telles que le trouble de l'attention/hyperactivité retrouvé dans 10 % de cas, et l'anxiété de séparation dans 6 % des cas.

3.3- Le retentissement scolaire, social et professionnel

La phobie sociale est reconnue comme ayant un retentissement négatif sur la qualité de vie en général.

Cet impact concerne le domaine professionnel. Les phobiques sociaux sont moins diplômés, occupent des postes avec des responsabilités moindres, et sont plus fréquemment sans emploi. La souffrance au travail ou la multiplication des arrêts de travail sans pathologie clairement identifiée peuvent être des signes d'alerte pour le praticien.

Chez l'enfant ou l'adolescent, les refus scolaires ou une baisse dans les performances scolaires sont des situations auxquelles il faut être attentif.

En raison de leur inhibition sociale, les patients ont plus de mal à initier des relations amoureuses et amicales. Ce constat semble plus spécifique pour la phobie sociale que pour l'ensemble des autres troubles anxieux.

4- Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

4.1- Présentation

Le MINI (annexe 1) est un outil psychométrique, sous forme de questionnaire structuré d'interview, qui permet d'identifier 17 troubles de l'axe I selon les critères diagnostiques du DSM III-R.

L'intégralité du MINI contient 120 questions. Le MINI, est un instrument modulaire, c'est-à-dire que chaque module peut être administré séparément. Pour chaque trouble, on compte 2 à 4 questions filtres permettant le dépistage des symptômes. Les réponses sont dichotomiques (oui/non). Les questions supplémentaires sont posées si les réponses à ces quelques questions s'avèrent positives, permettant ainsi de valider ou d'invalider le diagnostic concerné.

Cet outil, conçu initialement pour être utilisé comme questionnaire administré par un clinicien est parfois utilisé comme questionnaire auto-administré bien qu'il soit peu adapté à ce mode de passation.

4.2- Fidélité et validité

Une étude de validation a été réalisée auprès de 330 patients américains et 40 patients français afin de comparer le MINI avec le SCID (Structured Clinical Interview for DSM-III-R) [48]. Les résultats des 40 patients français ont également été comparés au CIDI (Composite International Diagnostic Interview) [49]. La sensibilité du test est de 81 % pour dépister une phobie sociale et sa spécificité varie entre 86 et 90 % suivant le caractère actuel

ou antérieur de la pathologie lorsqu'il est comparé au SCID. Les qualités métrologiques du MINI sont encore plus satisfaisantes lorsqu'il est comparé au CIDI.

Le MINI présente de meilleures qualités psychométriques lorsqu'il est administré par un clinicien qu'en auto-questionnaire. C'est un bon outil pour le dépistage, bien adapté à une utilisation en médecine générale. Son principal avantage réside dans le fait qu'il est pratique et que la durée de passation est courte.

5- Principales échelles d'évaluation de la phobie sociale

Le MINI, en raison de ses réponses dichotomiques ne permet pas d'évaluer la sévérité des symptômes ni leur retentissement fonctionnel, ce qui explique qu'il soit plus performant pour le dépistage. D'autres outils validés, relativement courts sont à la disposition des praticiens dans un but diagnostique et pour évaluer l'efficacité de la prise en charge. Nous allons brièvement en décrire trois qui nous paraissent intéressants.

5.1- L'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz

Il s'agit d'un hétéro-questionnaire (annexe 2) qui comporte 24 items, douze de ceux-ci explorent des situations d'interaction sociale et les douze autres des situations de performance. A chaque item, l'anxiété et l'évitement sont cotés de 0 à 3 selon leur intensité. L'analyse de l'échelle peut donc porter sur le score total ou sur le résultat obtenu spécifiquement pour l'anxiété ou l'évitement.

5.2- L'échelle de phobie sociale de Davidson

L'échelle de Davidson (annexe 3) est remplie par le médecin en présence du patient au cours d'un entretien semi-structuré. Elle est composée de deux parties. La première cote la peur et l'évitement (de 0 à 4) dans sept situations sociales prédéfinies et la seconde évalue

quatre manifestations physiologiques (le rougissement, les palpitations, les tremblements et la transpiration). Les trois scores obtenus sont additionnés pour obtenir le résultat final.

5.3- Le questionnaire des peurs de Marks et Mathews

Le questionnaire des peurs comporte 24 items et se divise en trois sections. La première partie traite des phobies et plus précisément de l'agoraphobie, de la phobie sociale et de la phobie du sang et des blessures. Les items de la phobie sociale concernent cinq situations, la notation porte sur l'évitement (de 0 à 8). La seconde section correspond à l'anxiété, aux attaques de panique et à la dépression. Enfin, la troisième partie du questionnaire, qui ne contient qu'une question, évalue le niveau de gêne engendré par le comportement phobique.

6- Présentation de cas cliniques

Les cas cliniques présentés dans cette sous-partie sont issus de la pratique des TCC du Dr Branthomme. Ce sont des situations cliniques à propos desquelles nous avons échangé suite à mon stage d'interne dans son cabinet.

Trois cas cliniques vont être ici exposés afin d'illustrer les circonstances du dépistage, les éléments diagnostiques de la phobie sociale et son retentissement. Les deux premiers concernent des situations d'interaction avec des peurs de nature digestive, le troisième concerne principalement une situation de performance.

6.1- Cas clinique n°1

Melle C, 18 ans, scolarisée en classe de terminale en internat, consulte pour des troubles digestifs persistants suite à une gastro-entérite virale aiguë survenue quinze jours auparavant et des troubles du sommeil. Elle n'a aucun antécédent médico-chirurgical, psychiatrique ou familial.

Elle se plaint notamment de borborygmes et de troubles du transit à type de diarrhée. L'examen clinique est normal et les explorations complémentaires également.

En approfondissant la situation, elle explique que ses « bruits digestifs » la gênent en cours, la nuit et dans toutes les circonstances qui peuvent engendrer un silence. Elle a honte et a peur des moqueries. Elle redoute de plus en plus d'aller en cours et de dormir à l'internat, elle fait parfois des attaques de panique et son anxiété matinale dure au moins deux heures avec des brûlures gastriques et des sensations d'estomac « noué ». Elle explique également qu'elle est très gênée lorsqu'elle dort avec son petit ami car elle redoute d'être humiliée si elle a des « bruits digestifs ». Manger avec des personnes inconnues et notamment les parents de son ami devient peu à peu très compliqué car elle craint de faire mauvaise impression.

En revanche, ses bruits ne la dérangent pas en présence de ses parents ou de personnes familières.

Elle a modifié son régime alimentaire pour ne plus avoir de borborygmes. Elle consomme exclusivement des féculents en grande quantité, ne mange jamais de choux ni de brocolis et évite en général les légumes. Pour ne pas être à jeun, situation qui pourrait provoquer des borborygmes, elle multiplie les collations au cours de la journée en mangeant du pain ou des gâteaux. Avant de partir au lycée, elle va à la selle à plusieurs reprises pour ne pas avoir à le demander si elle a besoin et prend un traitement à base de charbon pour éviter le météorisme abdominal.

Discussion :

Les troubles du sommeil et les plaintes digestives représentent les premiers éléments qui vont conduire au diagnostic. En l'absence d'étiologies somatiques expliquant les troubles, ils représentent donc des motifs pour lesquels un outil de dépistage pourrait être utilisé par le médecin généraliste.

L'anxiété est consécutive à une peur d'avoir des bruits intestinaux en public ou avec des personnes non familières. Il s'agit d'une phobie sociale simple avec cependant des troubles comportementaux et un retentissement majeur.

Les symptômes comportementaux de cette patiente sont au premier plan. Elle a des conduites d'évitement multiples qui concernent toutes les situations où peut survenir le silence (manger, dormir, assister à un cours en présence des autres). Elle modifie également son régime alimentaire en excluant les légumes et en ajoutant des collations dans la journée pour ne pas être à jeun. Elle va plusieurs fois aux toilettes avant de sortir de chez elle et a une prise rituelle de charbon en automédication.

Les situations redoutées sont vécues et précédées d'une anxiété qui prend parfois la forme de véritables attaques de panique. Ce stress se manifeste également par des symptômes physiologiques tels que l'inconfort gastrique, les fausses diarrhées qui sont aussi le résultat d'une modification comportementale, les douleurs abdominales et les troubles du sommeil.

Les cognitions évoquées par la patiente sont typiques des phobiques sociaux. Elle a des pensées de honte, d'humiliation et une peur de décevoir.

Le retentissement scolaire et social est majeur.

6.2- Cas clinique n°2

Le jeune Samuel, adolescent de 13 ans décrit comme réservé par ses parents, a été pris en charge pour une situation de refus scolaire anxieux.

Il n'a aucun antécédent physique ni psychiatrique. Dans ses antécédents familiaux on note un frère phobique et il dit évoluer dans un climat familial souvent stressant. Son année

scolaire en classe de sixième a commencé sans problème particulier. Il suit ses cours correctement et n'a jamais présenté de réticence à aller en cours depuis le début de sa scolarité.

Les troubles ont débuté en octobre, juste avant les vacances, à la suite d'un épisode de gastro-entérite virale. Le retour au collège est compliqué en raison de la persistance de douleurs abdominales à type de colique qui l'obligent à aller aux toilettes pendant les cours et les récréations, ce qui provoque des moqueries de ses camarades. Consécutivement à ces brimades, il craint d'avoir des envies impérieuses en cours et d'être obligé de demander à aller aux toilettes car il redoute les réflexions des autres élèves ou des professeurs. Son domicile est le seul endroit où il est apaisé. Il n'a d'ailleurs aucun souci digestif chez lui car il sait qu'il n'aura pas de problème pour aller à la selle. Il devient réticent et anxieux à l'idée d'aller à l'école et se plaint de douleurs abdominales avant d'y partir. Une fois au collège, il va aux toilettes très fréquemment notamment le midi à la cantine.

Il consulte son médecin traitant, l'examen clinique et les explorations complémentaires sont normaux.

Progressivement les troubles s'intensifient jusqu'à provoquer un refus scolaire total. Ses parents ne comprenant pas la situation, insistent pour qu'il aille à l'école. Il est finalement hospitalisé en pédopsychiatrie et poursuit ses études en milieu hospitalier. Au bout d'un an, la tentative de reprise d'une scolarité normale est un échec avec réapparition des douleurs abdominales et des diarrhées intermittentes.

Discussion :

Cet adolescent de 13 ans se situe dans la tranche d'âge de début de la maladie. La phobie sociale est diagnostiquée tardivement en raison du contexte de gastro-entérite qui peut faire évoquer une étiologie somatique à ses plaintes mais également à cause du refus scolaire qui est au premier plan. Après l'exploration somatique qui se révèle négative, le médecin généraliste se retrouve face à une situation de phobie scolaire. Une stratégie de dépistage dans ce contexte mais également devant la récurrence des symptômes digestifs aurait pu avoir un intérêt.

Ce jeune patient présente une phobie sociale non généralisée car elle concerne deux situations sociales principales : la peur d'avoir un épisode de diarrhée au collège et la peur de demander à un adulte ayant l'autorité de pouvoir se rendre aux toilettes.

Sur le plan symptomatique, il combine des symptômes physiques (des fausses diarrhées qui auto-entretiennent la peur, des douleurs abdominales), des symptômes cognitifs (des pensées de gêne, de honte et d'humiliation) et des symptômes comportementaux avec essentiellement l'évitement de toute activité scolaire.

La situation redoutée est précédée et vécue avec une intense anxiété responsable de sa symptomatologie digestive qui est absente lorsqu'il est à domicile.

Comme dans le premier cas, le retentissement scolaire est majeur avec un refus anxieux total d'aller au collège ce qui, par voie de conséquence, représente un handicap social important.

6.3- Cas clinique n°3

Melle B, 19 ans, est une jeune fille perçue par son entourage comme étant effacée. Elle est très douée dans les acquisitions scolaires et a été facilement admise aux écrits à l'école Normale. En revanche, elle ne peut pas s'exprimer à l'oral, en raison d'un blocage anxieux.

Depuis deux ans cette difficulté va en s'aggravant. Elle évite toute situation de performance orale. Elle a renoncé à se présenter aux différents oraux cette année, ce qui entraîne des conflits avec ses parents qui ne comprennent pas sa difficulté : « mon père va me hurler dessus ! ». En anglais, alors qu'elle est bilingue, elle n'arrive pas à s'exprimer et se le reproche.

Chaque fois qu'elle est face à des inconnus ou à une performance orale, elle se met en détresse physique : elle a mal au ventre, pleure, tremble, a des palpitations, a mal à la tête. Elle a aussi fréquemment des diarrhées pour lesquelles elle prend de l'imodium.

Très perfectionniste, elle a peur d'être prise en faute et n'est jamais contente d'elle. Elle se trouve « nulle », pense qu'elle va dire « des bêtises » et a souvent l'impression d'être

stupide face aux autres. Pour éviter le jugement extérieur, elle doit être parfaite physiquement : « je me sens mal habillée, j'ai une présentation nulle, je suis mal coiffée ».

Hors scolarité, face aux autres, elle se trouve froide, et dit fuir les soirées et les rencontres. Elle a honte d'elle et évite les regards. Elle perd progressivement ses amis de collège et n'a plus d'amis de lycée. Elle a un petit ami mais elle ne comprend pas pourquoi il s'intéresse à elle alors qu'elle pense n'avoir aucun attrait. Elle a donc du mal à se convaincre qu'il puisse l'aimer.

Pour ne croiser personne, elle préfère rester toute la journée à dormir et lorsque quelqu'un sonne chez elle, elle ne va jamais répondre.

Pour elle, sa réussite scolaire est son seul atout. Malheureusement, elle est actuellement en échec et a l'impression qu'elle ne vaut plus rien. Elle se sent déprimée « ça va déjà mal mais ça ira de plus en plus mal ». Par ailleurs, elle a quelques rituels, mais ils n'évoquent pas un trouble obsessionnel compulsif.

Discussion :

Pour cette jeune femme, le premier contact médical est motivé par ses difficultés lors des situations de performance à l'oral. L'utilisation d'un hétéro-questionnaire de dépistage pourrait trouver sa place dans ce contexte. Même si la plainte est explicite, il aurait permis de distinguer un simple trac d'une anxiété de performance et de rechercher d'autres situations sociales redoutées.

En effet, Melle B. présente une phobie sociale généralisée qui intéresse au premier plan une situation de performance mais également des situations d'interaction sociale multiples.

Sur le plan clinique, elle présente une symptomatologie physique (tremblements, palpitations, douleurs abdominales, céphalées), des conduites d'évitement (performances orales, soirées entre amis...) et des cognitions centrées sur l'autocritique, la peur du jugement négatif d'autrui ou encore la honte.

La phobie sociale de cette patiente est compliquée d'un syndrome dépressif avec un pessimisme, une anhédonie, une auto-dévalorisation et une humeur dépressive.

Les répercussions dans les domaines scolaire, familial et social sont importantes. L'isolement est au premier plan car elle a perdu la majorité de ses amis. Sa relation sentimentale en pâtit également, ce qui semble aller dans le sens du profil social des personnes atteintes de ce trouble.

6.4- Conclusion

Dans les trois cas, aucun questionnaire de dépistage n'a été utilisé par les médecins généralistes consultés en premier recours. Cependant, ils illustrent des situations dans lesquelles un dépistage pourrait trouver sa place.

Les deux premiers cas décrivent des peurs sociales de nature digestive qui ne sont pas les plus répandues. Ils montrent bien le caractère varié que peut prendre l'ensemble des craintes des phobiques sociaux. Il faut cependant distinguer ces phobies sociales avec des peurs centrées sur l'appareil digestif sans affection organique d'un trouble anxieux à manifestation sociale lié à une maladie physique. Dans cette hypothèse, le diagnostic de phobie sociale ne peut pas être retenu. Concernant les troubles fonctionnels digestifs, qui incluent une composante psychologique, il est parfois compliqué de faire la part des choses.

Cliniquement, l'analyse des trois cas permet de mettre en avant les trois types de symptômes que nous pouvons identifier. Les plaintes physiologiques qui sont fréquemment liées au stress, les cognitions dominées par des sentiments de honte, d'humiliation et les troubles comportementaux qui sont essentiellement représentés par les conduites d'évitement.

Le retentissement scolaire, social et familial nécessaire au diagnostic, est dans ces trois cas très invalidant. Ce handicap entraîne dans le troisième cas un syndrome dépressif, complication précoce et très fréquente de la phobie sociale.

III- Enquête auprès de médecins généralistes

1- Objectifs

En l'absence de plainte explicite, en raison de la difficulté pour les patients concernés de s'exprimer et devant les multiples formes que peut prendre la phobie sociale, la rechercher et en faire le diagnostic n'est pas aisé pour le praticien. Ce constat explique également le retard diagnostique lorsque la pathologie est identifiée. Pour dépister ce trouble, il est essentiel pour les médecins généralistes de bien le connaître.

L'enquête a donc cherché à évaluer les connaissances générales des praticiens sur la phobie sociale et à savoir si, selon les médecins généralistes, le module phobie sociale du MINI est un hétéro-questionnaire de dépistage utilisable en médecine générale et si oui pour quels motifs de consultations.

2- Matériel et méthode

2.1- Choix de la population cible

L'enquête a été menée auprès de médecins généralistes installés en Loire-Atlantique. Le choix des praticiens a été fait de manière aléatoire à partir d'une liste de l'ensemble des médecins généralistes du département fournie par l'ARS (Agence Régionale de Santé). Avant de faire la sélection ont été exclus de cette liste tous ceux qui n'avaient pas une activité principale de médecine générale en particulier tous les SOS médecins.

2.2- Questionnaire

Le questionnaire (annexe 4) comporte 18 questions, dont 2 questions ouvertes, et 24 items. Il se compose de 4 parties :

- Une destinée à identifier les praticiens et leur formation universitaire en psychiatrie
- La deuxième consacrée à une évaluation des connaissances générales du trouble
- La troisième aborde l'utilisation du MINI comme hétéro-questionnaire de dépistage
- La dernière, qui se compose d'une question ouverte, aborde les situations dans lesquelles les médecins proposent d'utiliser le MINI.

2.3- Pré-test

Un pré-test de remplissage du questionnaire a été réalisé auprès de médecins généralistes au cours d'une formation médicale continue sur le thème « phobie sociale et troubles fonctionnels digestifs ». Il a permis de changer la formulation de quelques intitulés et de transformer certaines questions ouvertes en questions fermées à choix multiple.

2.4- Mode de remplissage des questionnaires

Une partie des questionnaires a été réalisée par téléphone, après avoir convenu d'un rendez-vous téléphonique ou directement lorsque le praticien était disponible.

D'autres questionnaires ont été déposés dans les cabinets médicaux concernés.

3- Résultats

3.1- Taux de réponse

Trois médecins ont été retirés de la liste a posteriori en raison de leur pratique incompatible (un médecin esthétique, 2 médecins experts dans la réparation du dommage corporel).

Au total, 116 médecins ont été contactés par téléphone ou lors de mon passage à leur cabinet. 70 questionnaires ont été remplis, 47 par téléphone et 23 directement sur papier.

Le taux de réponse est donc de 60,34 % .

3.2- Caractéristiques de la population étudiée

3.2.1- Age des médecins

Tableau III : Nombre de médecins répondants par tranche d'âge

TRANCHE D'AGE	NOMBRE
25 - 34 ans	4
35 - 44 ans	12
45 - 54 ans	25
55 ans et +	29
Total général	70

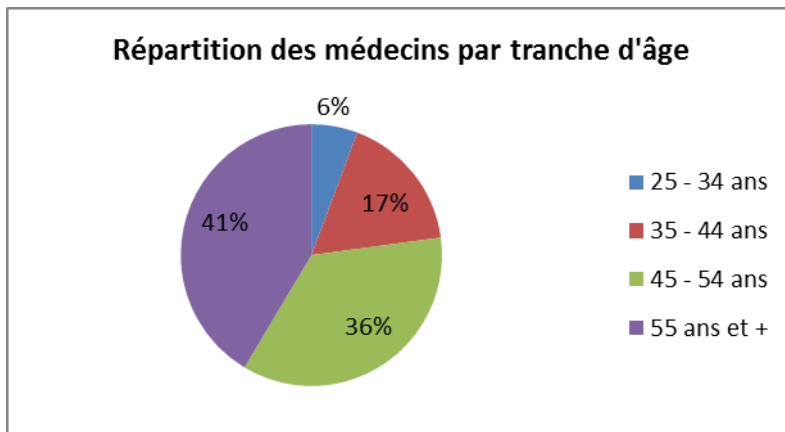


Figure 1

L'effectif de la tranche d'âge 25-34 ans étant trop faible, il est nécessaire pour faire les tableaux de contingence et comparer les répartitions observées selon l'âge, de classer les médecins en deux tranches d'âge :

- Les 25 – 44 ans qui sont au nombre de 16 et représentent **22,85%** de l'échantillon.
- Les 45 ans et plus, qui sont 54, soit **77,15%** de l'échantillon.

3.2.2- Faculté d'origine des médecins

La faculté de médecine d'origine concernait la réalisation de leur externat.

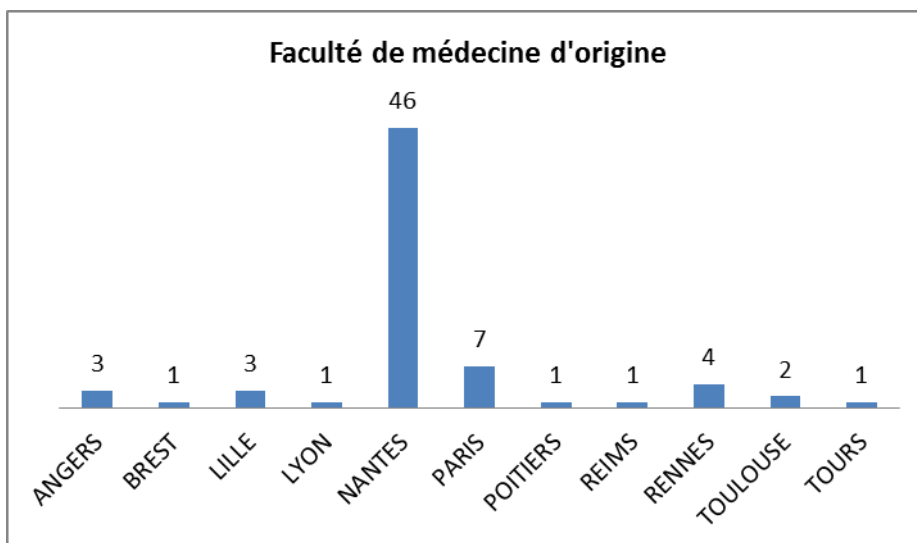


Figure 2

3.2.3- Réalisation d'un stage obligatoire en service de psychiatrie

- 57 médecins n'ont pas fait de stage obligatoire en psychiatrie, soit **81%**.
- 13 médecins en ont fait un, soit **19%**.

3.2.4- Pratique d'une « médecine alternative » ou de thérapies

Médecine alternative :

Nous avons qualifié de médecine « alternative » toutes les activités thérapeutiques qui ne relèvent pas de la pratique de la médecine générale classique.

- 61 praticiens n'exercent pas de « médecine alternative », soit **87%**.
- 9 médecins en pratiquent une, soit **13%** : 8 utilisent l'homéopathie, 1 l'ostéopathie.

Thérapies :

- 66 médecins ne pratiquent pas de thérapies, soit **94%**.
- 4 omnipraticiens font des thérapies, soit **6%** : 2 font des TCC, 1 utilise les thérapies brèves et 1 est alcoologue.

3.3- Connaissances générales des médecins de la phobie sociale

3.3.1- Connaissance de l'entité « phobie sociale »

- 61 médecins généralistes connaissent cette entité, soit **87%**.
- 9 omnipraticiens ne la connaissent pas, soit **13%**.

Il est intéressant de voir la répartition dans chaque tranche d'âge :

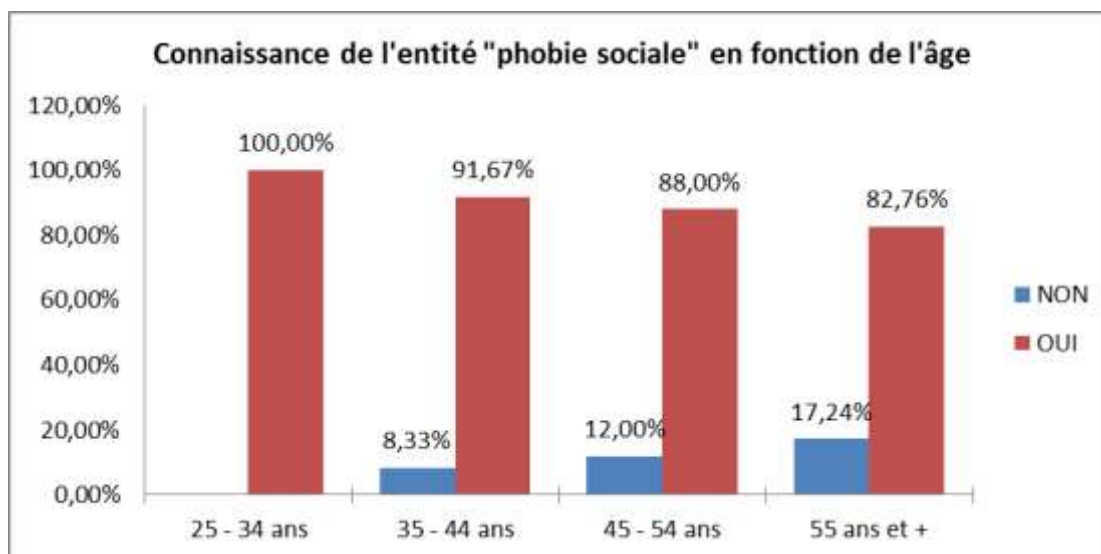


Figure 3

Tableau IV : Connaissance de l'entité « phobie sociale » selon l'âge

	NON	OUI
25 - 44 ans	1	15
45 ans et +	8	46

Une valeur attendue est inférieure à 5. Valeur de p (test exact de Fisher) = 0,67 (> 0,05). Pas de différence significative.

3.3.2- Modes de connaissance de la phobie sociale

Parmi les 61 médecins connaissant l'entité « phobie sociale » : (certains médecins ont coché plusieurs réponses)

- 42 ont cité la lecture de la littérature médicale comme source d'information
- pour 21, le sujet a été abordé pendant les études
- 8 ont eu une formation sur le sujet
- 5 ont coché la case autre. Ils ont tous mis en avant leur pratique médicale comme source de connaissance.

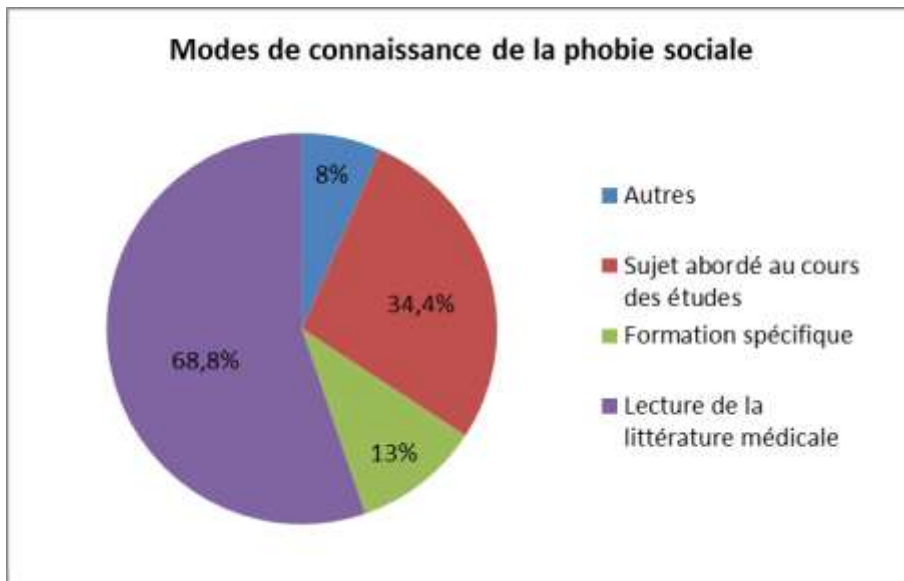


Figure 4

3.3.3- Connaissance des critères DSM-IV de la phobie sociale

- 9 praticiens déclarent connaître les critères DSM-IV de la phobie sociale, soit **13%**.
- 61 médecins généralistes ne les connaissent pas, soit **87%**.

Les réponses à cette question peuvent être analysées en fonction de l'âge des médecins et de la réalisation ou non d'un stage obligatoire en psychiatrie.

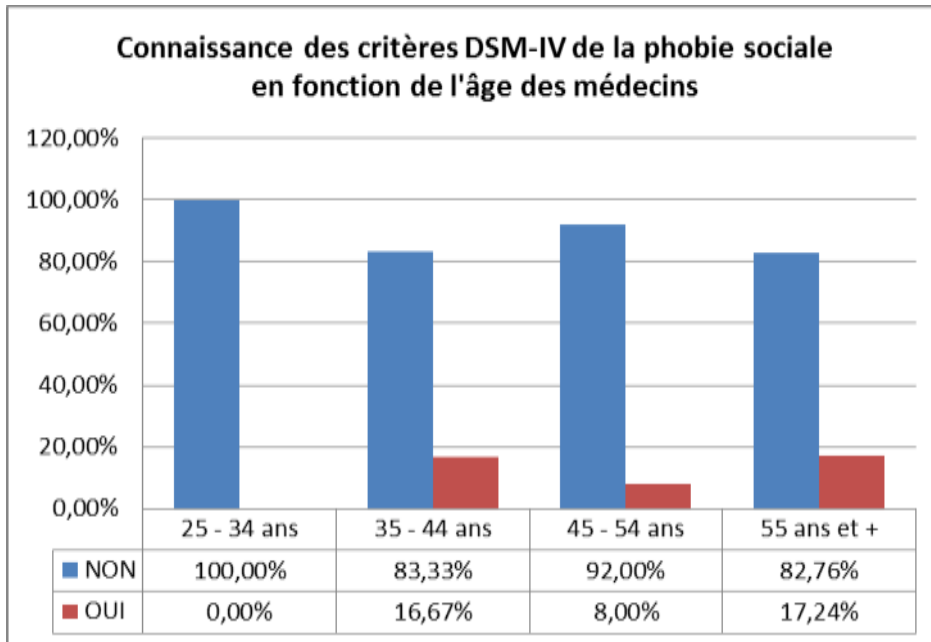


Figure 5

Tableau V : Connaissance des critères DSM-IV de la phobie sociale selon l'âge

	NON	OUI
25 - 44 ans	14	2
45 ans et +	47	7

Valeur de p (test de exact Fisher) = 1 (> 0,05). Pas de différence significative.

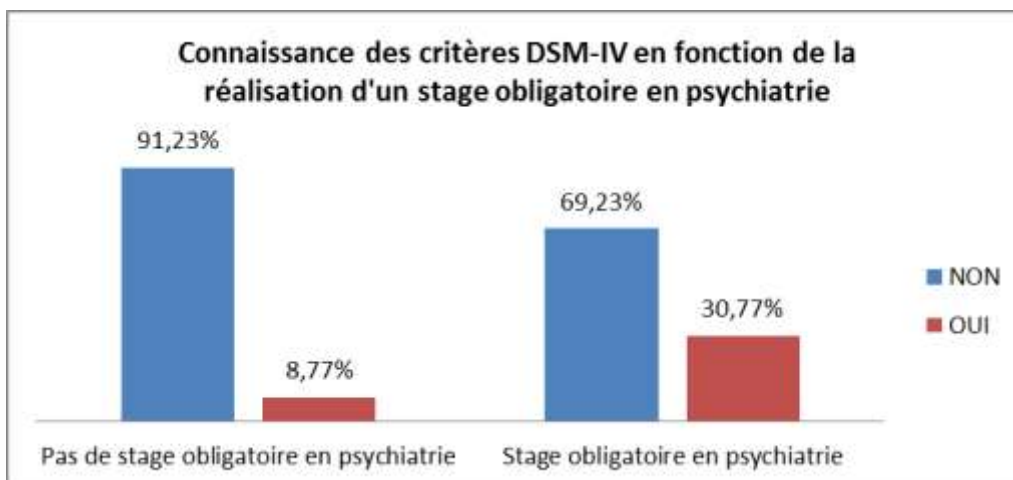


Figure 6

Tableau VI : Connaissance des critères DSM-IV en fonction de la réalisation d'un stage obligatoire en psychiatrie

	NON	OUI
Pas de stage obligatoire	52	5
Stage obligatoire	9	4

Valeur de p (test de exact Fisher) = 0,055 (> 0,05). Pas de différence significative.

3.3.4- Définition de la phobie sociale selon les médecins

Réponses proposées dans le questionnaire pour la définition de la phobie sociale :

A- Peur excessive de l'autre en général

B- Peur intense et persistante d'une ou plusieurs situations sociales

C- Peur excessive lors d'une situation de performance

- 7 médecins ont coché la réponse A seule.
- 14 médecins ont coché les réponses A et B.
- 5 médecins ont coché les réponses A, B et C.
- 28 médecins ont coché la réponse B seule.
- 15 médecins ont coché les réponses B et C.
- 1 médecin a coché la réponse C seule.

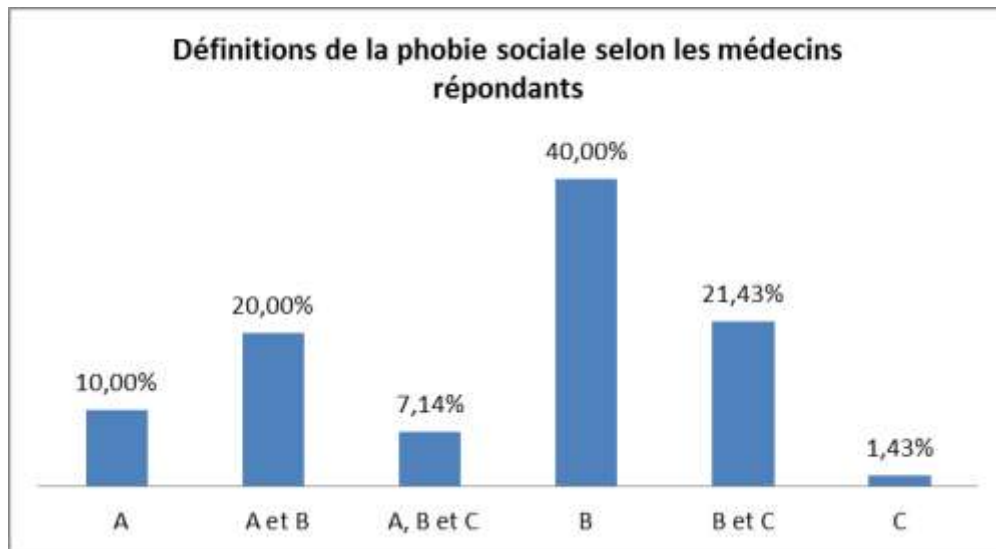


Figure 7

Il est intéressant de séparer les répondants à cette question en deux groupes. Le premier, comportera les médecins qui ont répondu A, A/B, A/B/C et C pour qui la définition de la phobie sociale est incorrecte ou « floue ». Le second regroupera ceux qui ont répondu B et B/C et qui, par conséquent, connaissent au moins partiellement la définition.

- 43 répondants ont une bonne ou partielle connaissance de la définition, soit **61%**.
- 27 répondants donnent une définition incorrecte ou « floue », soit **39%**.

Ces 2 groupes ainsi constitués peuvent être analysés en fonction de l'âge des médecins et de la réalisation ou non d'un stage obligatoire en psychiatrie.

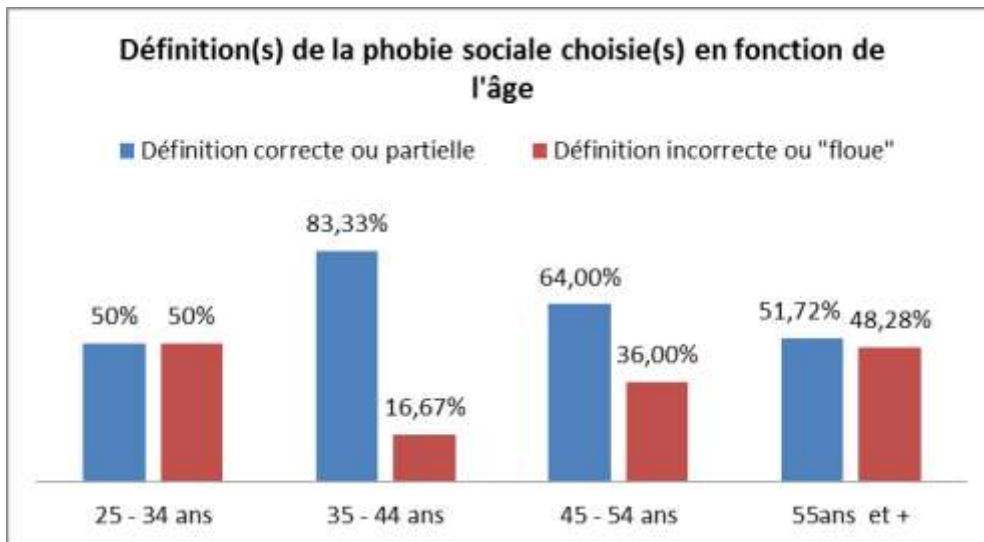


Figure 8

Tableau VII : Définition(s) de la phobie sociale choisie(s) en fonction de l'âge

	Définition incorrecte ou « floue »	Définition correcte ou partielle
25 - 44 ans	4	12
45 ans et +	23	31

Les effectifs attendus sont supérieurs à 5. Valeur de p (test du Chi 2 avec correction de Yates) = 0,33 (> 0,05). Pas de différence significative.

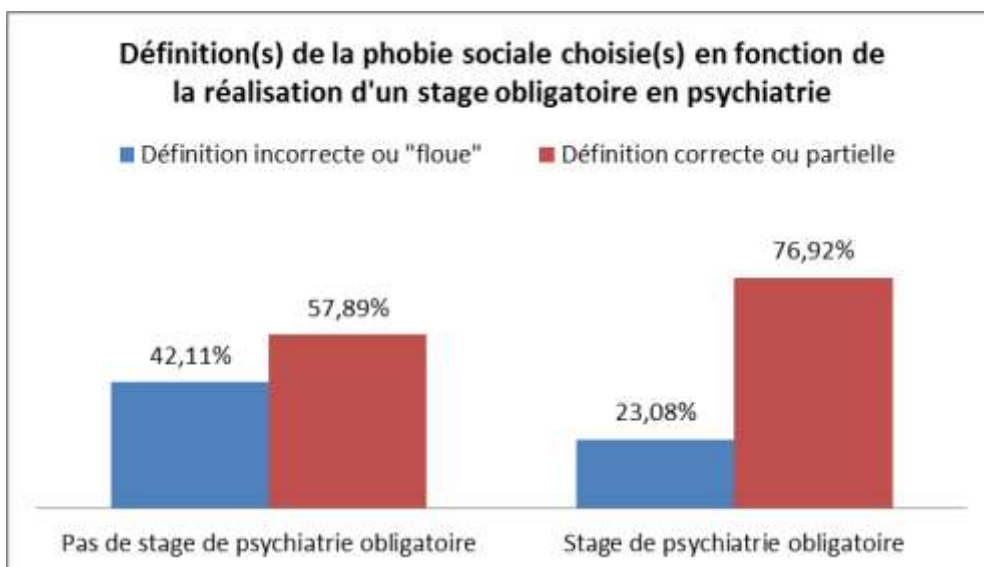


Figure 9

Tableau VIII : Définition(s) de la phobie sociale choisie(s) en fonction de la réalisation ou non d'un stage obligatoire en psychiatrie

	Définition incorrecte ou « floue »	Définition correcte ou partielle
Pas de stage obligatoire	24	33
Stage obligatoire	3	10

Valeur de p (test de Fisher) = 0,34 (> 0,05). Pas de différence significative.

3.3.5- Age de début des phobies sociales

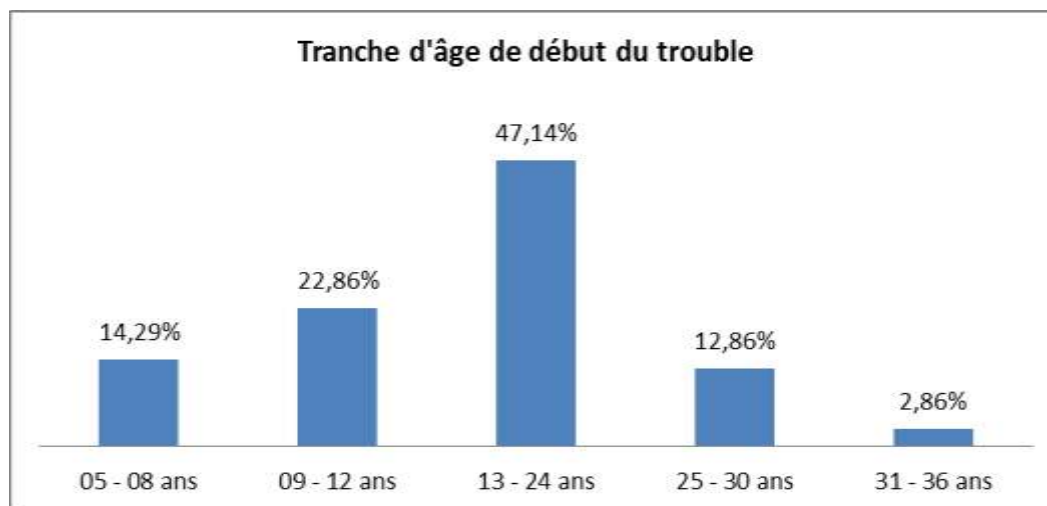


Figure 10

Les tranches d'âge de début du trouble choisies par les médecins généralistes peuvent être comparées selon leur âge et selon leur définition de la phobie sociale.

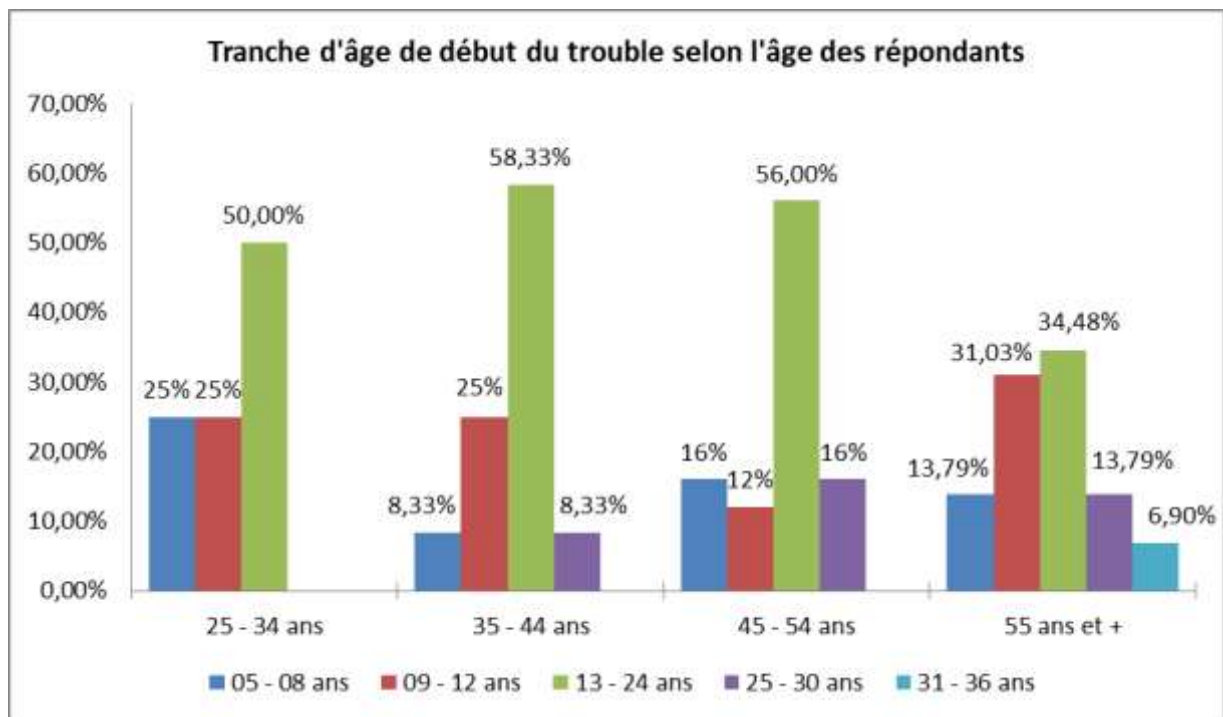


Figure 11

Pour réaliser le tableau de contingence, nous allons comparer ceux qui ont répondu la tranche d'âge 13 – 24 ans aux autres.

- 37 médecins n'ont pas coché la bonne tranche d'âge, soit **52,8 %**.
- 33 ont coché la tranche d'âge 13 – 24 ans, soit **42,2%**.

Tableau IX : Exactitude de la tranche d'âge de début de la phobie sociale selon l'âge des répondants

	NON	OUI
25 - 44 ans	7	9
45 ans et +	30	24

Valeur de p (test du Chi 2 avec la correction de Yates) = 0.585 (> 0.05). Pas de différence significative.

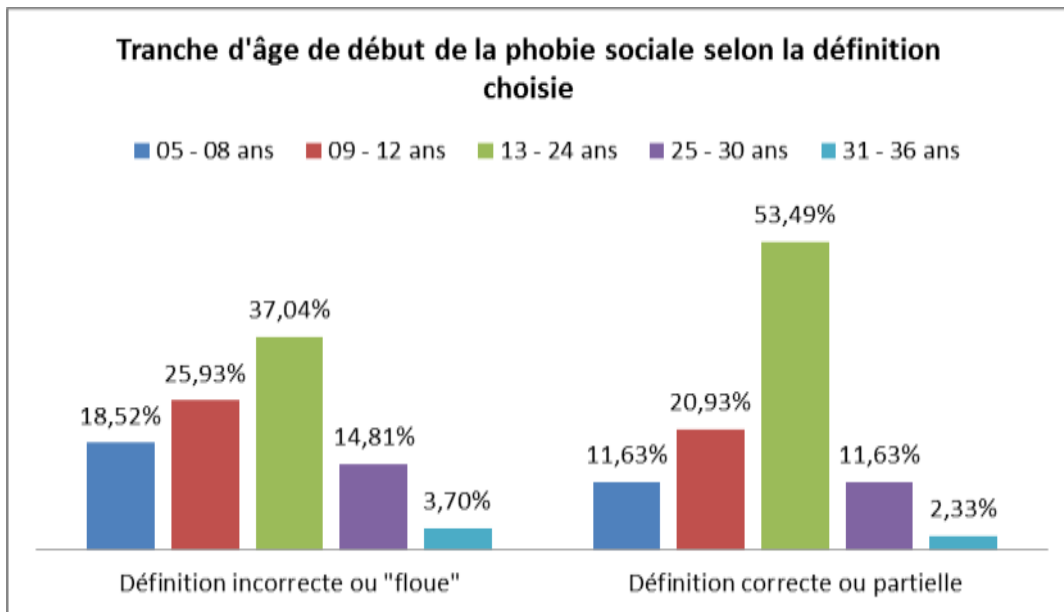


Figure 12

Tableau X : Exactitude de la tranche d'âge de début de la phobie sociale selon la définition du trouble choisie

	NON	OUI
Définition incorrecte ou "floue"	17	10
Définition correcte ou partielle	20	23

Valeur p (Test du Chi 2 avec correction de Yates) = 0,273 (> 0.05). Pas de différence significative.

3.3.6- Prise en charge initiale d'un patient phobique social

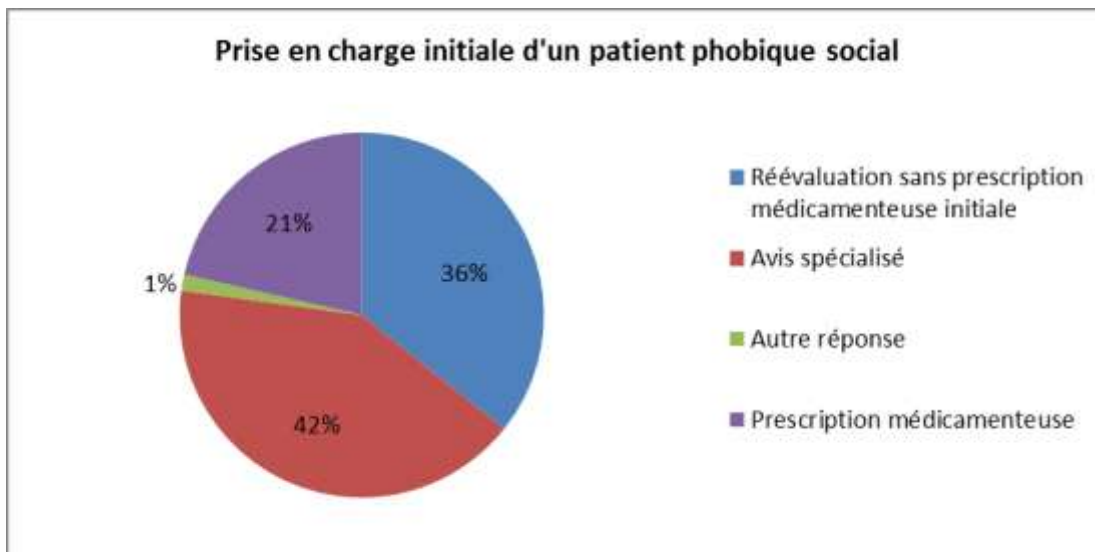


Figure 13

- Le médecin qui a coché la case autre a précisé qu'il faisait la prise en charge psychologique lui-même.

L'attitude en première intention du médecin généraliste face à un patient phobique social convient d'être comparée en fonction de l'âge et de la définition du trouble choisie par les répondants.

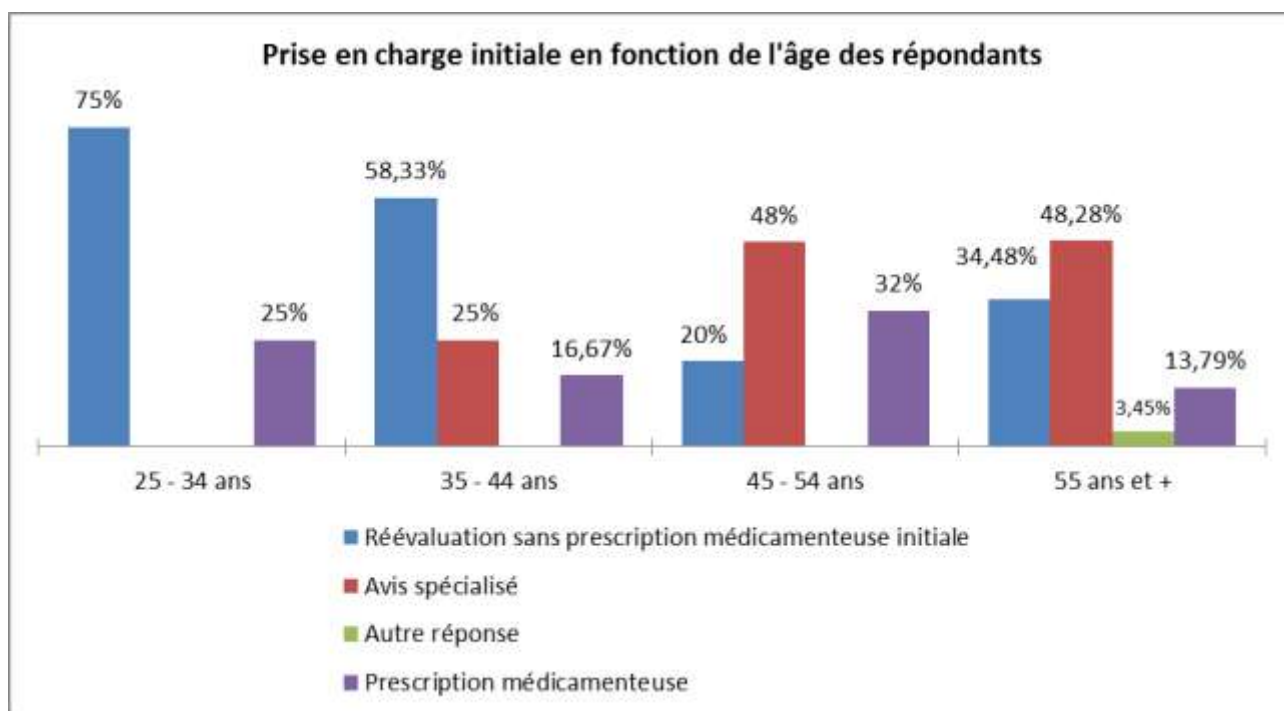


Figure 14

Certains effectifs attendus sont inférieurs à 5 quand nous comparons la prise en charge des deux tranches d'âge. Nous ne pouvons donc pas utiliser de test statistique.

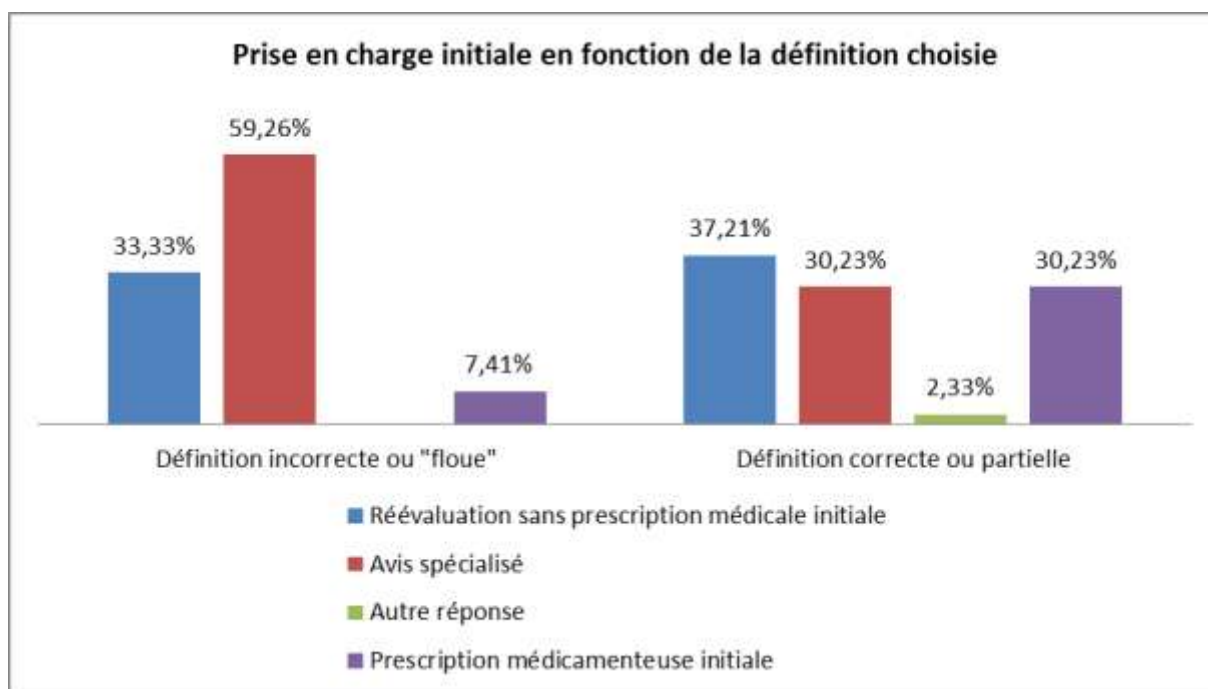


Figure 15

Pour faire le tableau de contingence, nous n'avons pas tenu compte de la réponse « autre ».

Tableau XI : Prise en charge initiale selon la définition du trouble choisie

	Réévaluation sans prescription initiale	Avis spécialisé	Prescription médicamenteuse
Définition incorrecte ou « floue »	9	16	2
Définition correcte ou partielle	16	13	13

Valeur de p (test du Chi 2 avec la correction de Yates) = 0,024 (<0,05). Il y a donc une différence significative.

3.3.7- Traitement médicamenteux de fond

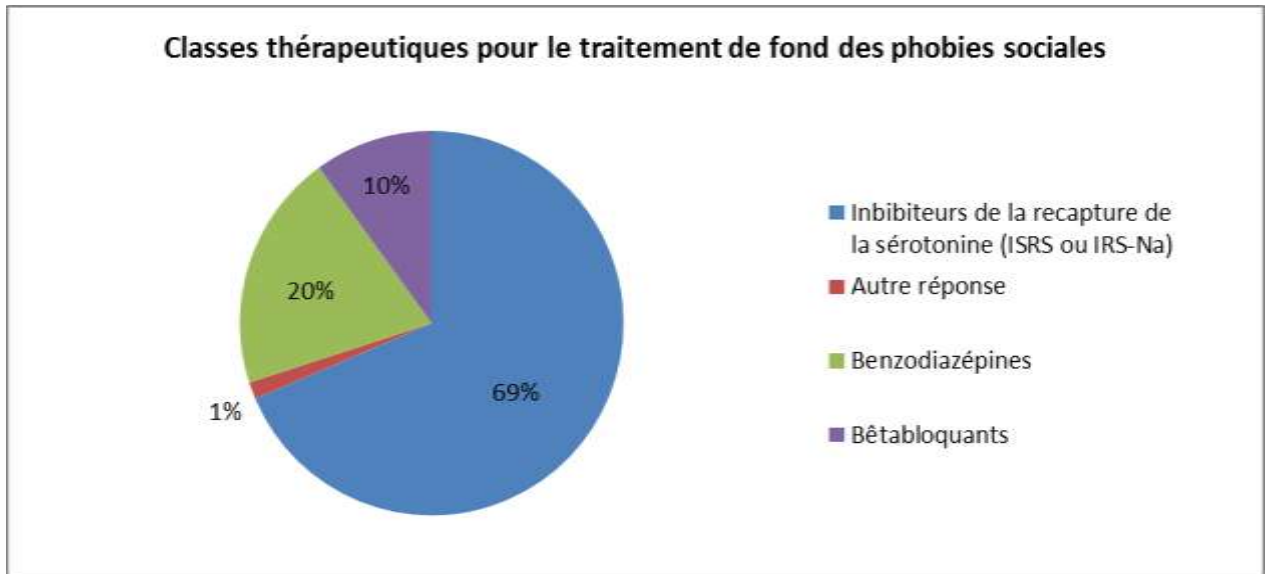


Figure 16

Le répondant qui a coché la case autre précise qu'il n'y a pas de traitement médicamenteux utilisable pour le traitement de fond.

Aucun médecin n'a répondu neuroleptique ou antidépresseurs IMAO.

La classe thérapeutique de première intention citée pour le traitement de fond de la phobie sociale peut être analysée en fonction de l'âge et de la définition du trouble choisie par les répondants.

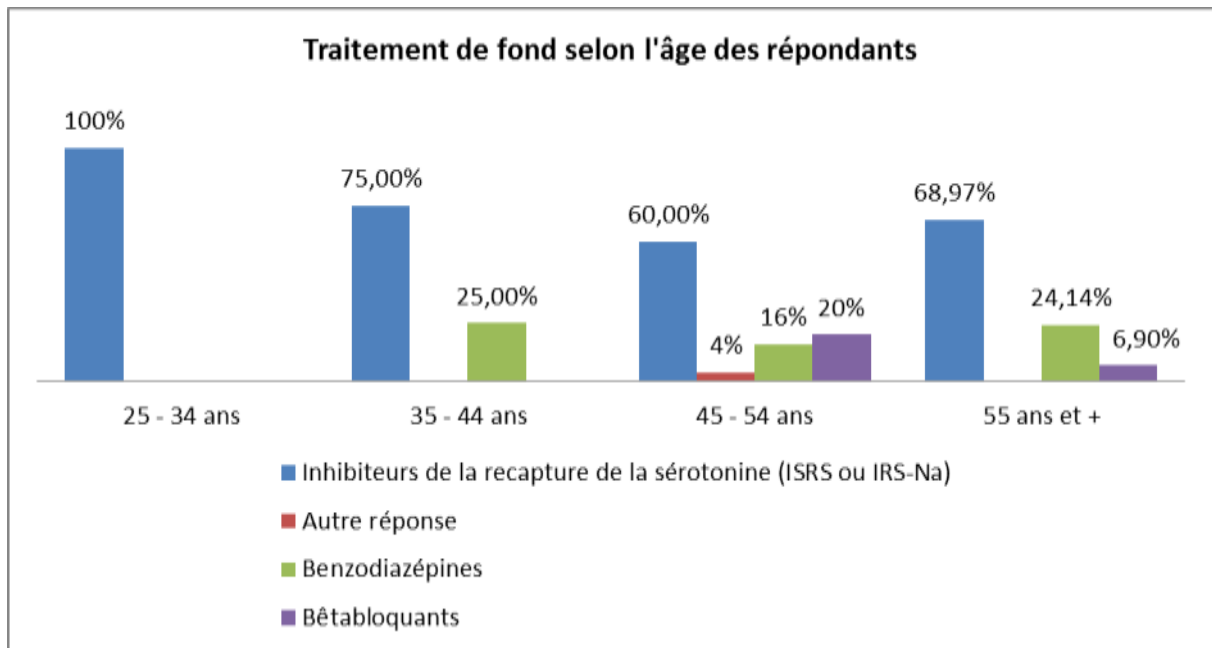


Figure 17

Pour faire le tableau de contingence, nous n'avons pas tenu compte de la réponse « autre ».

Pour avoir des effectifs plus importants nous avons comparé l'utilisation des IRS ou IRS-Na en traitement de fond à celle des autres traitements cités (bêtabloquants, benzodiazépines).

Tableau XII : Traitements de fond cités selon l'âge des répondants

	ISRS ou IRS-Na	Autres traitements
25 - 44 ans	13	3
45 ans et +	35	18

Valeur de p (test exact de Fisher) = 0.356 (>0.05). Pas de différence significative.

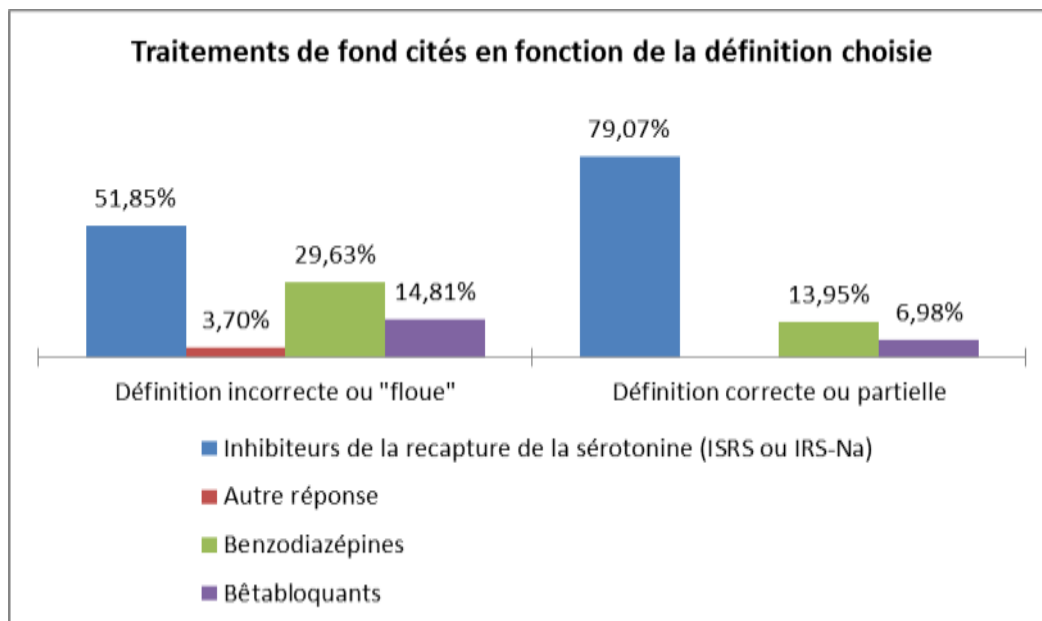


Figure 18

Tableau XIII : Traitements de fond cités selon la définition du trouble choisie

	ISRS ou IRS-Na	Autres traitements
Définition incorrecte ou «floue»	14	12
Définition correcte ou partielle	34	9

Valeur de p (test exact de Fisher) = 0.034 (<0.05). Il y a une différence significative.

3.3.8- Orientation psychothérapeutique du correspondant

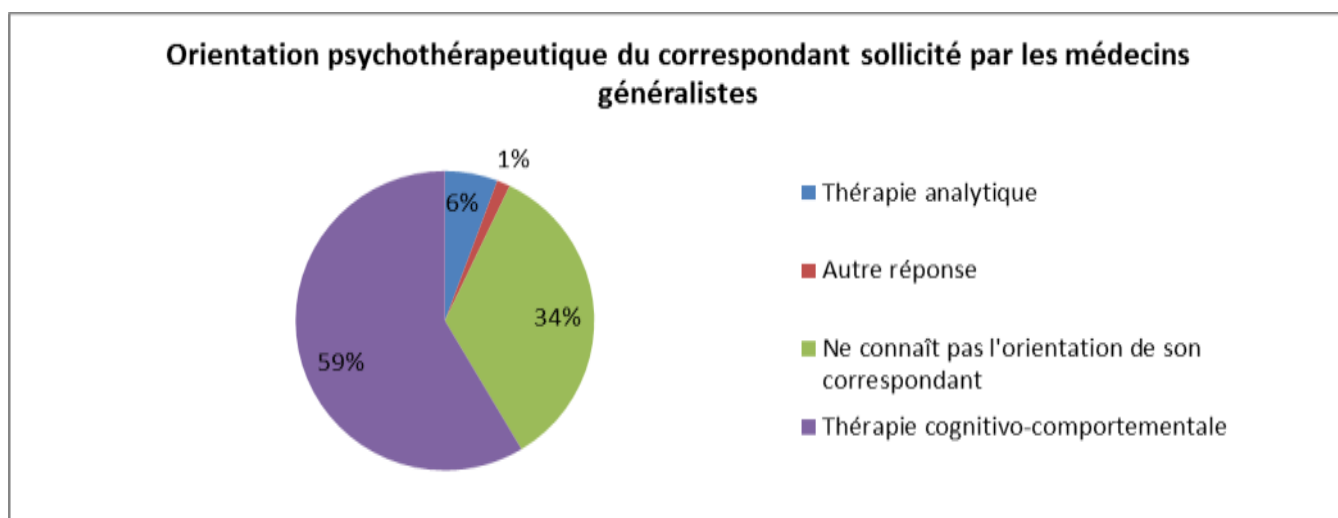


Figure 19

Le médecin qui a coché la case « autre » spécifie qu'il fait la prise en charge psychologique lui-même.

Pour comparer les orientations psychothérapeutiques des correspondants en fonction de l'âge des médecins ou de l'exactitude de la définition de phobie sociale, nous avons fait 2 groupes :

- 29 médecins adressent à des correspondants dont ils ne connaissent pas les orientations pour les thérapies ou qui pratiquent des thérapies analytiques, soit **41,4%**.
- 41 médecins adressent à des correspondants qui pratiquent les TCC, soit **58,6%**.

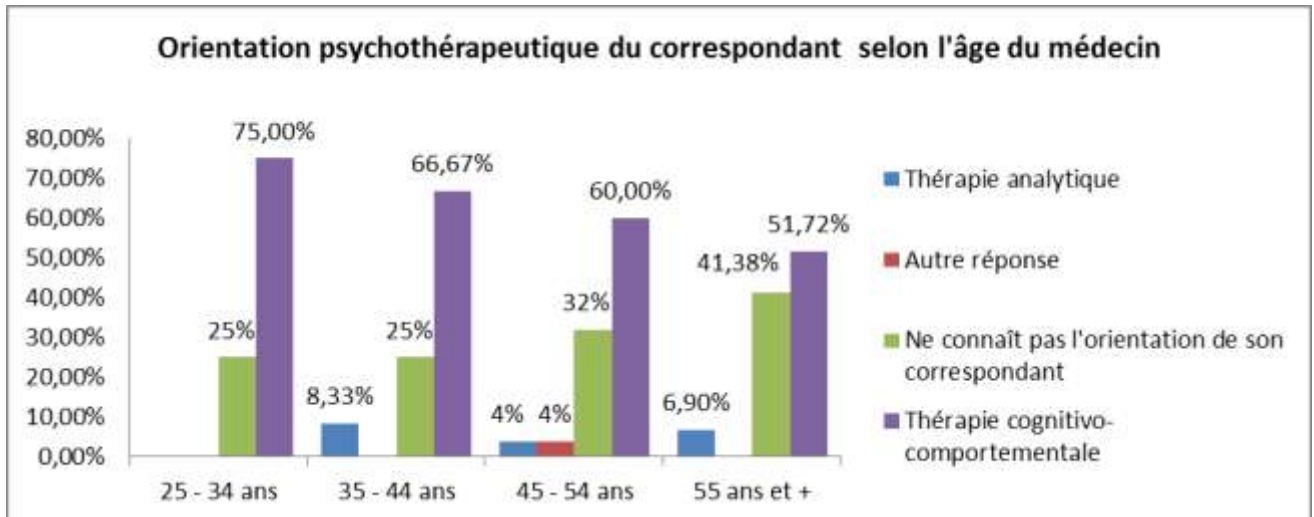


Figure 20

Tableau XIV : Orientation psychothérapeutique du correspondant selon l'âge des répondants

	Autres réponses	Thérapie cognitivo-comportementale
25 - 44 ans	5	11
45 ans et +	24	30

Valeur de p (test exact de Fisher) = 0.399 (>0.05). Pas de différence significative.

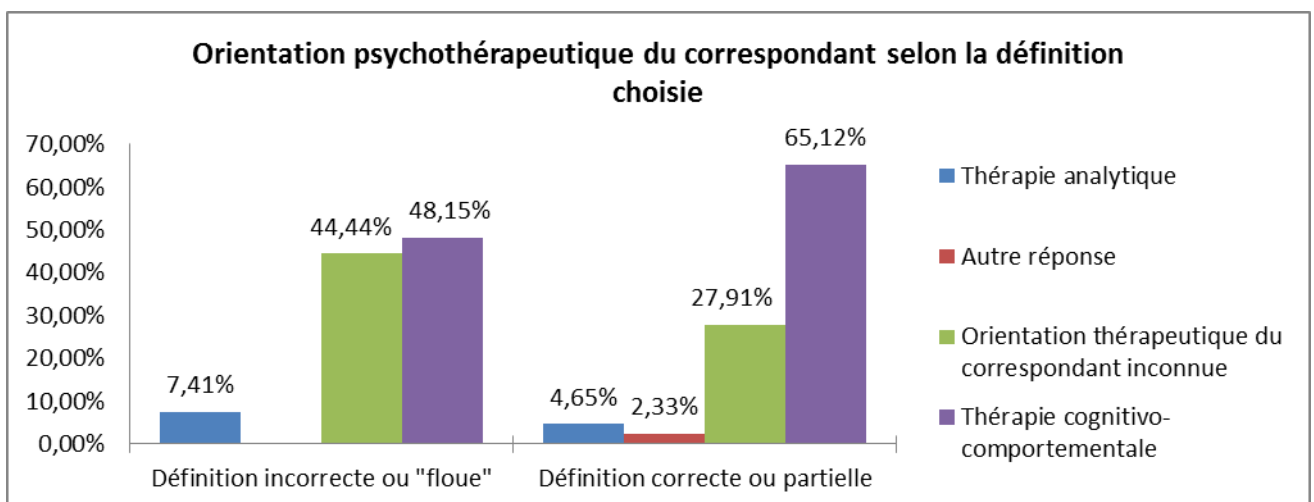


Figure 21

Tableau XV : Orientation psychothérapeutique du correspondant selon la définition du trouble choisie

	Autres réponses	Thérapie cognitivo-comportementale
Définition incorrecte ou «floue»	14	13
Définition correcte ou partielle	15	28

Valeur de p (test exact de Fisher) = 0.214 (>0.05). Pas de différence significative.

3.3.9 Connaissance des grands principes de la TCC

- 49 médecins généralistes connaissent les grands principes des TCC, soit **70%**.
- 21 répondants ne les connaissent pas, soit **30%**.

Ces réponses peuvent être analysées selon l'âge des praticiens et l'orientation psychothérapeutique de leur correspondant.

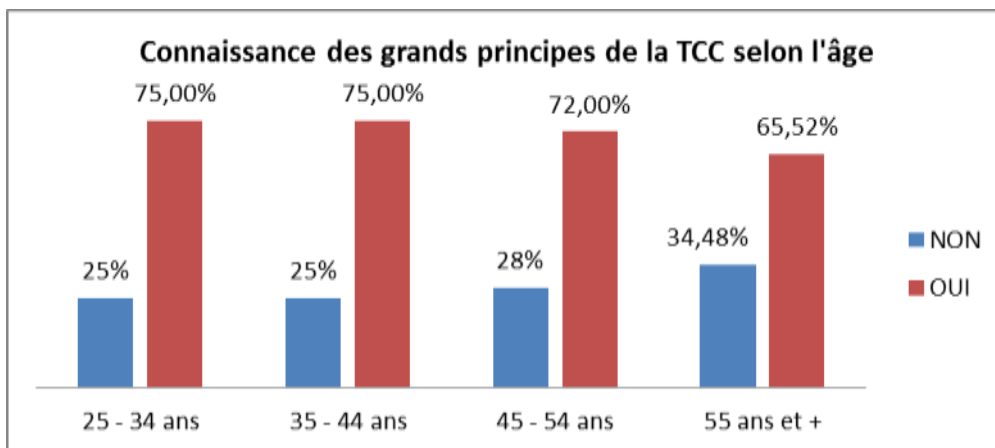


Figure 22

Tableau XVI : Connaissance des grands principes des TCC selon l'âge

	NON	OUI
25 - 44 ans	4	12
45 ans et +	17	37

Valeur de p (test exact de Fisher) = 0,671 (>0,05). Pas de différence significative.

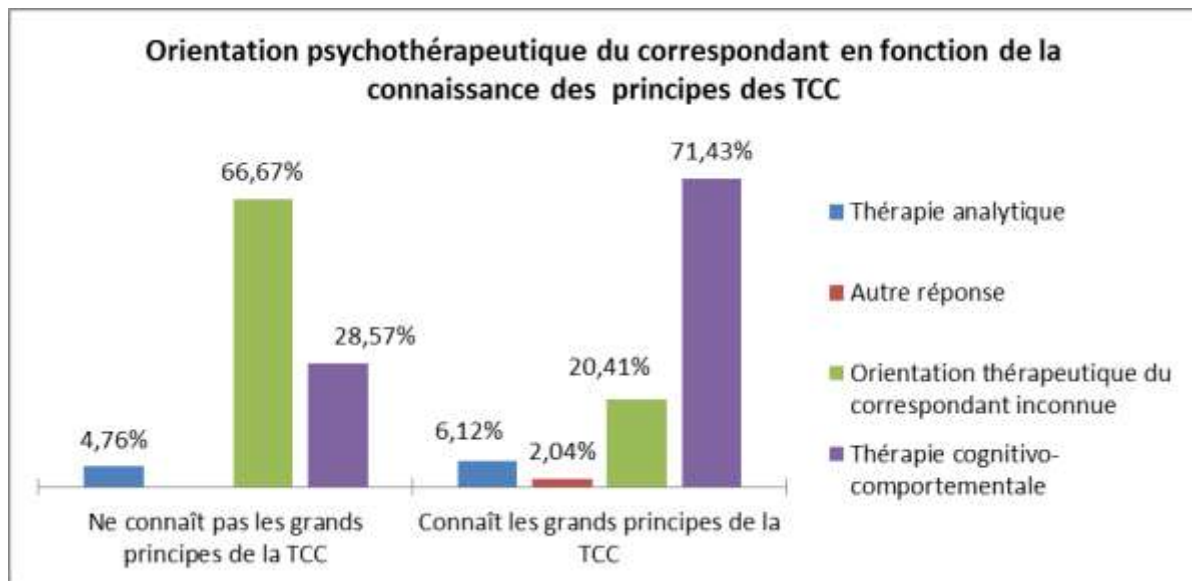


Figure 23

Tableau XVII : Orientation psychothérapeutique du correspondant en fonction de la connaissance des principes des TCC

	Orientation inconnue ou autres thérapies	TCC
Ne connaît pas les grands principes de la TCC	15	6
Connait les grands principes de la TCC	14	35

Valeur de p (test du Chi 2 correction de Yates) = 0.021 (<0.05). Différence significative.

3.3.10- Souhait de formation sur le thème de la phobie sociale

- 51 médecins généralistes assisteraient à une formation sur la phobie sociale si elle leur était proposée, soit **73%**.

- 19 répondants ne s'y rendraient pas, soit **27%**.

3.4- Utilisation d'un test de dépistage

3.4.1- Connaissance d'une échelle d'évaluation

Un seul omnipraticien connaît une échelle d'évaluation pour les phobies sociales, soit **1,4 %**. Ce même répondant l'utilise en consultation.

3.4.2- Utilisation d'un outil de dépistage

- 48 médecins généralistes utiliseraient un outil de dépistage pour les phobies sociales s'ils en connaissaient un, soit **69%**.
- 22 omnipraticiens ne l'utiliseraient pas, soit **31%**.

La disposition des omnipraticiens à utiliser un outil de dépistage peut être comparée en fonction de leur âge et de leur définition de la phobie sociale.

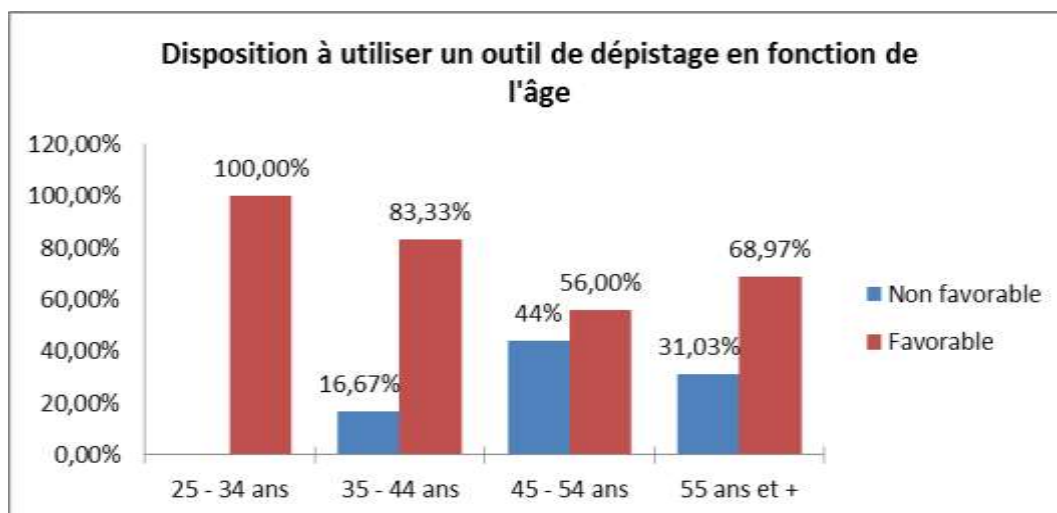


Figure 24

Tableau XVIII : Disposition à utiliser un outil de dépistage selon l'âge

	NON	OUI
25 - 44 ans	2	14
45 ans et +	20	34

Valeur de p (test du Chi 2 avec correction de Yates) = 0,121 (>0.05). Pas de différence significative.

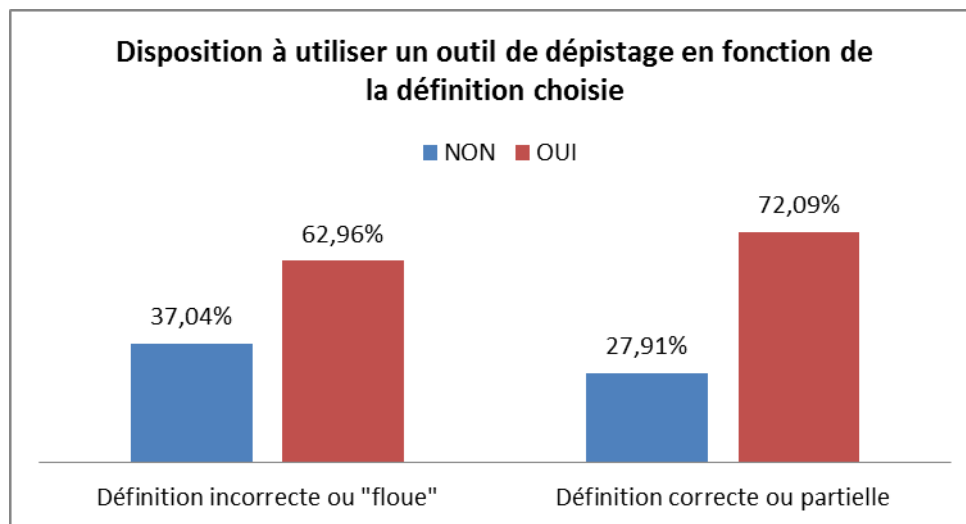


Figure 25

Tableau XIX : Disposition à utiliser un outil de dépistage selon la définition du trouble choisie

	NON	OUI
Définition incorrecte ou «floue»	10	17
Définition correcte ou partielle	12	31

Valeur de p (Chi 2 avec correction de Yates) = 0.592 (>0.05). Pas de différence significative.

Parmi les 22 omnipraticiens qui n'utiliseraient pas un outil de dépistage, quel qu'il soit, pour la phobie sociale :

- 2 ne voient pas l'intérêt de dépister une pathologie qu'ils maîtrisent mal.
- 4 n'ont pas le temps d'utiliser des tests de dépistage pendant leurs consultations.

- 12 pensent qu'il y a déjà trop d'échelles différentes à utiliser en médecine générale.
- 1 ne voit pas la nécessité de dépister la phobie sociale car c'est un trouble rare.
- Les 4 médecins qui ont coché la case «autre» ont précisé qu'ils intégraient le dépistage dans leur pratique sans avoir besoin d'un outil.

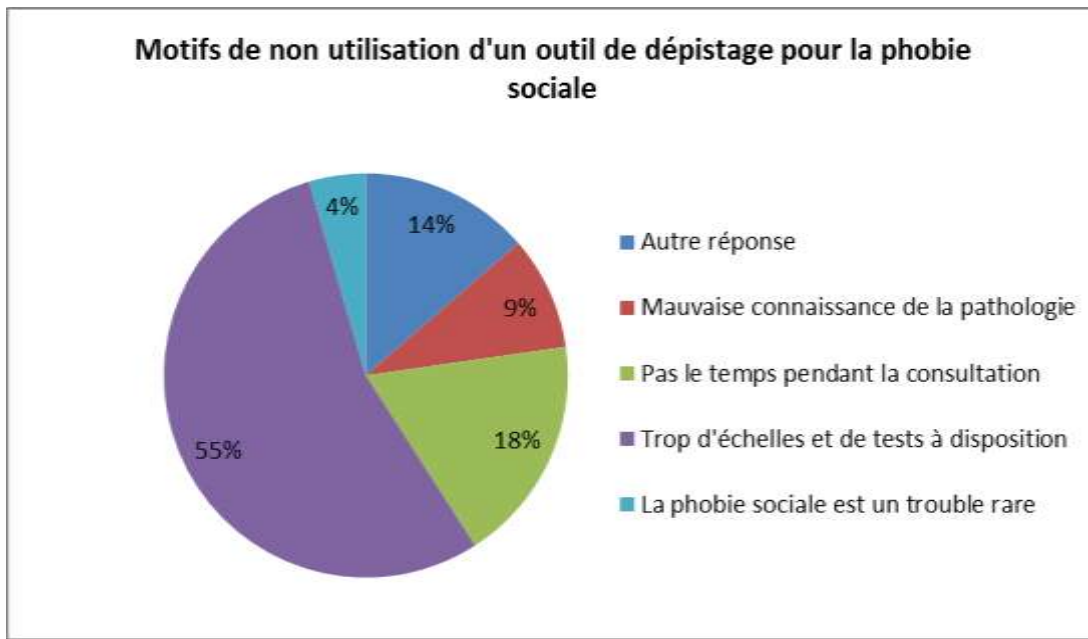


Figure 26

3.4.3- Proposition du MINI comme hétéro-questionnaire de dépistage

Le module phobie sociale du MINI a été joint avec le questionnaire ou détaillé au téléphone.

L'ensemble des médecins interrogés ont été soumis à cette question, même ceux qui n'utiliseraient pas d'outil de dépistage.

- 61 répondants pensent que le MINI est un hétéro-questionnaire utilisable en médecine générale, soit **87%**.
- 9 omnipraticiens pensent qu'il n'est pas adapté, soit **13%**.

Parmi ceux qui ont répondu que le MINI n'était pas d'adapté, 1 pense qu'il est gênant de poser ces questions à un patient, 2 pensent qu'il est trop long, 4 pensent que le résultat n'est pas fiable, 2 pensent qu'il n'est pas pratique de l'avoir à disposition.

3.5- Situations ou motifs de consultations pour utiliser le MINI

A travers cette question ouverte, nous avons demandé aux répondants de citer 2 ou 3 situations, symptômes ou motifs de consultations pour lesquels l'utilisation du MINI serait utile. Nous avons regroupé les idées dont la formulation était très proche dans de mêmes entités pour pouvoir analyser ces réponses.

- L'entité « troubles digestifs » regroupe toutes les plaintes digestives autres que les douleurs abdominales. Les troubles du transit à type de diarrhée ont notamment été cités.
- Parmi les difficultés professionnelles, les arrêts de travail à répétition ont souvent été spécifiés.
- Les difficultés scolaires regroupent notamment la baisse des résultats et les refus d'aller à l'école.
- Pour tous les symptômes physiques cités, il était fréquemment spécifié qu'il s'agissait de plaintes répétées et déjà explorées sur le plan somatique.
- Dans le groupe des addictions, lorsqu'elle était précisée, c'est la consommation excessive d'alcool qui a été exclusivement citée.

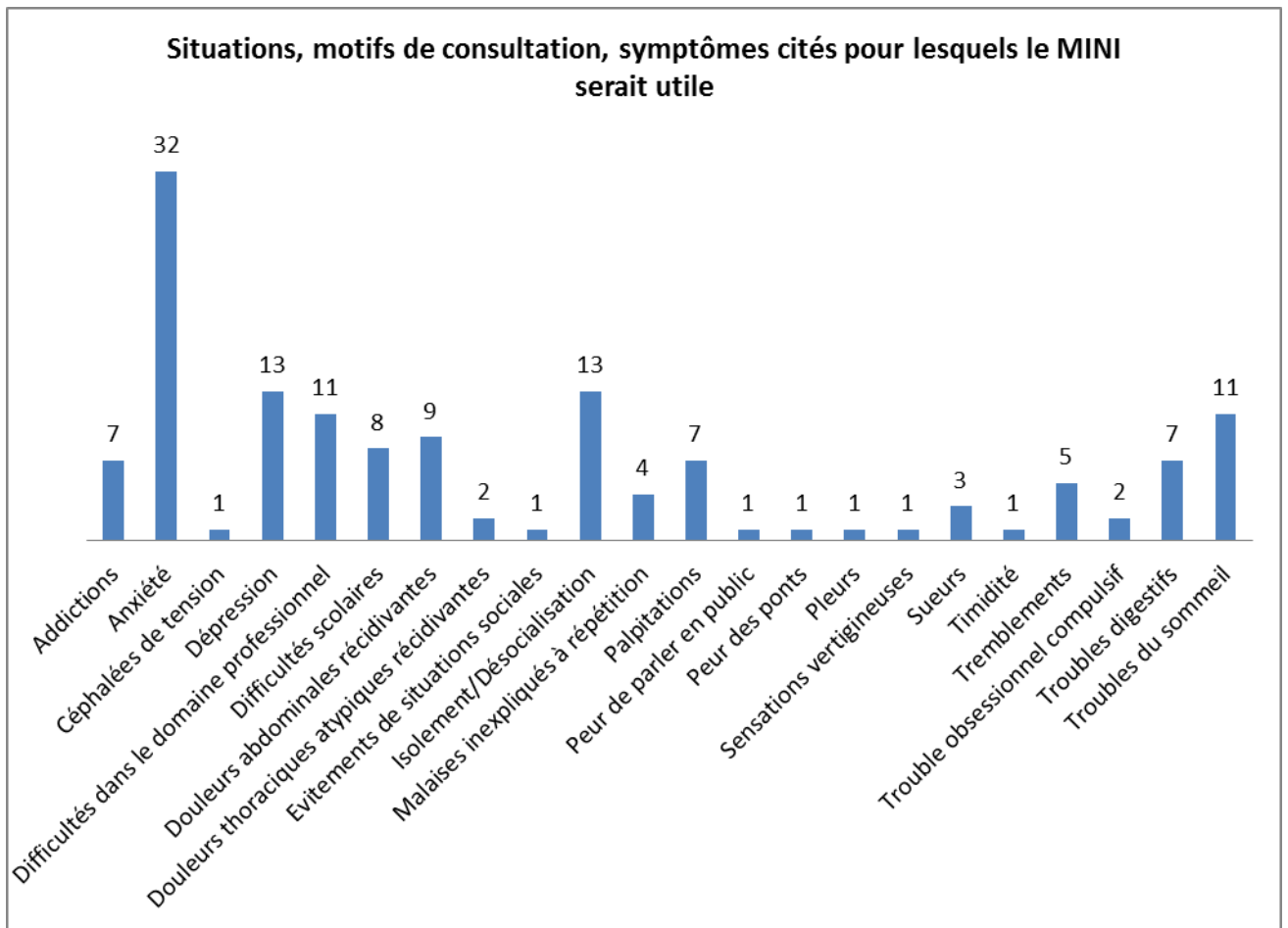


Figure 27

4- Discussion

Les enquêtes précédemment réalisées auprès des médecins généralistes ne se sont pas intéressées spécifiquement à la phobie sociale. Elles concernent la connaissance et la prise en charge des troubles anxieux dans leur ensemble. Le thème du dépistage et l'utilisation du MINI en médecine générale n'est que rarement abordé dans la littérature.

4.1- Aspects méthodologiques et biais de l'étude

4.1.1- Population étudiée et taux de réponse

116 médecins généralistes installés en Loire-Atlantique ont été sollicités pour répondre au questionnaire. 70 d'entre eux ont répondu à l'enquête, soit 60,34%. Compte tenu de la taille de l'échantillon, de sa localisation, et de sa représentativité non validée, cette enquête ne permet pas de faire des conclusions valides pour l'ensemble de la population des médecins généralistes. Cependant, elle permet d'étayer nos hypothèses de départ sur le dépistage de la phobie sociale en médecine générale.

Bien que sa représentativité ne soit pas validée, la randomisation des omnipraticiens à partir d'une liste fournie par l'ARS a permis d'homogénéiser la population étudiée en termes de caractéristiques démographiques et de mode d'exercice.

4.1.2- Le questionnaire

En faisant le choix d'un questionnaire, l'exploitation des résultats s'est révélée plus facile qu'avec des entretiens semi-directifs.

Compte tenu de la moins grande liberté de réponse avec des questions fermées ou à choix multiple qu'avec des questions ouvertes, leur utilisation est discutable. Cependant, le pré-test a montré que beaucoup de questionnaires étaient inexploitable en raison de réponses évasives, inadaptées ou de l'absence de réponse.

Un questionnaire plus long aurait pu être plus informatif mais le temps de remplissage de l'enquête influence le taux de réponse et la qualité des réponses données. Les médecins contactés ont effectivement été sensible à cet aspect.

La formulation de certaines questions a également été modifiée suite au pré-test pour permettre une réponse plus précise et objective. Cependant, la rédaction de la 3^e question peut entraîner un biais dans l'interprétation des résultats car en demandant aux médecins s'ils ont réalisé un stage obligatoire en psychiatrie, nous excluons de fait ceux qui ont effectué un stage facultatif. Cette dernière possibilité représente une forte proportion de médecins car le stage obligatoire en psychiatrie n'est pas généralisé et est relativement récent.

4.1.3- Mode d'administration du questionnaire

L'administration a été faite sous forme d'auto-questionnaire pour 23 praticiens, et sous forme d'hétéro-questionnaire téléphonique pour 47 autres. Le mode de passation des questionnaires peut représenter un biais, l'hétéro-questionnaire entraînant une liberté de réponse moindre même si je me suis contenté de poser les mêmes intitulés de questions sans fournir d'indications pouvant influencer les réponses. La décision de faire passer des hétéro-questionnaires a été prise dans le but d'améliorer le taux de réponse et les auto-questionnaires ont été utilisés pour les médecins ne pouvant pas fixer de rendez-vous téléphonique.

4.2- Caractéristiques de la population étudiée

Dans l'enquête, 77,15% des médecins ont plus de 45 ans. La forte proportion de médecins de 55 ans et plus (41%) est comparable aux données démographiques de l'ensemble des omnipraticiens en France [50].

La grande majorité des médecins (65,7%) ont fait leur externat à Nantes. Cette forte proportion s'explique par l'âge élevé des médecins généralistes installés. Les jeunes médecins généralistes en raison des nouvelles modalités de l'internat et de leur mode de vie ont probablement plus souvent tendance à quitter leur région d'origine.

Seuls 19% des répondants ont fait un stage obligatoire en psychiatrie. En effet, l'obligation de réaliser un stage en psychiatrie est relativement récente. Elle concerne donc essentiellement la faible proportion de jeunes médecins. Un répondant originaire de Tours se situant dans la tranche d'âge 25 – 34 ans n'a pas réalisé ce type de stage, il n'est donc pas généralisé dans toutes les facultés de médecine pendant l'externat.

La pratique d'une médecine « alternative », essentiellement l'homéopathie, représente une faible proportion des répondants (13%). Il en est de même pour les médecins généralistes qui proposent des thérapies (6%). Compte tenu des faibles effectifs de ces deux groupes, il est compliqué de mesurer l'influence de leur pratique sur leur connaissance de la phobie sociale.

4.3- Connaissances générales de la phobie sociale

4.3.1- Connaissance de la phobie sociale et sources d'information

Les médecins identifient bien la phobie sociale comme une entité à part entière (87%). Pour la question ne concernant que la connaissance de l'existence du trouble, il est tout de même surprenant que 9 des omnipraticiens interrogés n'aient jamais entendu parler de cette pathologie qui est de plus en plus médiatique. Même si le pourcentage de médecins connaissant ce trouble semble discrètement diminuer avec l'âge, la différence n'est pas significative.

La principale source d'information citée est la lecture de la littérature médicale (68,8%). Seulement un tiers des répondant évoque la formation universitaire comme mode de connaissance de la phobie sociale, ce qui semble faible pour un trouble anxieux aussi répandu. Les formations spécifiques sur le sujet ne représentent que 13% des réponses, ceci peut s'expliquer par leur rareté ou le faible intérêt des médecins pour ce trouble. Cependant, cet intérêt semble important car 73% des répondants se rendraient à une formation sur le sujet si elle leur était proposée.

Les proportions s'inversent quand on se penche sur la connaissance de la définition du trouble selon les critères du DSM-IV. En effet, seuls 13% des omnipraticiens déclarent la connaître. Ce faible taux peut s'expliquer par le nombre des critères caractérisant le trouble

dans le DSM-IV qui ne sont pas forcément aisés à maîtriser ou par la faible utilisation du DSM-IV comme classification par les omnipraticiens. Il témoigne tout de même d'un manque de connaissances des répondants sur le sujet. L'âge des médecins et la réalisation d'un stage obligatoire en psychiatrie n'influent pas significativement sur la maîtrise de cette définition. Il est toutefois constaté que les omnipraticiens ayant bénéficié d'un tel stage connaissent proportionnellement mieux les critères que les autres.

4.3.2- Définition de la phobie sociale selon les répondants

Compte tenu de la faible proportion de médecins qui connaissent la définition exacte de la phobie sociale, il était important à travers une question à choix multiples de savoir ce qu'ils regroupaient sous le terme « phobie sociale ».

Seuls 21,43% ont répondu qu'il s'agissait d'une peur intense et persistante dans une ou plusieurs situations sociales et ont inclus les situations de performance dans leur définition. Ce résultat reflète qu'une large majorité de praticiens n'a pas une connaissance précise du trouble. Par ailleurs, il vient alimenter les discussions de la communauté scientifique autour de la place de l'anxiété de performance et de la volonté de ne pas médicaliser à tout prix l'existence.

Environ 61% des omnipraticiens ont une idée assez précise de la phobie sociale même si 40% n'incluent pas les situations de performance dans leur définition. Cependant en excluant ces dernières, qui sont parmi les peurs les plus répandues, les praticiens n'ont qu'une approche partielle du trouble.

La première proposition de réponse intitulée « une peur de l'autre en général » avait pour objectif de déterminer si les omnipraticiens avaient une idée assez précise du trouble ou s'ils l'incluaient dans une catégorie qui peut recouvrir plusieurs pathologies de l'axe I et de l'axe II tel que le trouble de la personnalité évitante. Plus d'un tiers des répondants a choisi cette réponse soit seule soit avec une autre proposition ce qui témoigne d'une connaissance approximative ou erronée du trouble.

La définition de la phobie sociale choisie par les médecins n'est pas significativement différente selon les tranches d'âges ou la réalisation d'un stage obligatoire en psychiatrie même si le taux de réponses « floues » semble augmenter avec l'âge à l'exception des jeunes médecins jusqu'à 35 ans dont on aurait pu attendre qu'il soient plus performants en raison de la proximité de leurs études.

4.3.3- Age de début du trouble

Pour dépister précocement une pathologie, l'âge de début est un élément important à connaître. Le début des troubles est toujours difficile à estimer mais dans le cas de la phobie sociale, il existe un pic de fréquence au milieu de l'adolescence même si des âges de début plus précoces ont été décrits. La grande majorité des cas émerge avant 25 ans.

Même si la tranche d'âge attendue était plus large que les autres, la moitié des répondants en a choisi une autre notamment un âge de début plus précoce. Ce qui est relativement inattendu, en se référant aux autres troubles anxieux, fréquents en médecine générale et qui débute plus tardivement, nous aurions pu penser qu'ils choisiraient un âge plus tardif. Cette constatation pourrait peut-être s'expliquer par la confusion entre la phobie sociale et l'anxiété de séparation qui débute précocement. L'âge des praticiens et la définition du trouble choisie ne modifient pas significativement les réponses à cette question.

4.3.4- Prise en charge initiale du patient

Une majorité de médecins, face à un patient qui présente une symptomatologie compatible avec une phobie sociale, l'adresse à un spécialiste (42%) ou réévalue la situation elle-même au cours d'une consultation ultérieure (36%).

Compte tenu de la proportion des médecins qui maîtrisent mal ou ne connaissent pas la définition du trouble, la prépondérance des avis spécialisés est compréhensible même si un taux supérieur aurait pu être attendu. Le spécialiste pouvant en outre être sollicité pour le diagnostic mais aussi pour la prise en charge psychologique et médicamenteuse.

Certains médecins préfèrent en premier lieu réévaluer la symptomatologie et sa sévérité avant de demander un avis spécialisé dans un second temps. Ce laps de temps pourrait être utilisé pour réaliser un hétéro-questionnaire de dépistage.

L'analyse des résultats en fonction de la définition donnée pour le trouble montre effectivement qu'il existe une différence significative entre les deux groupes. Les médecins qui donnent une définition « floue » ou incorrecte demandent plus d'avis spécialisé et prescrivent moins en première intention mais il est surprenant qu'un tiers d'entre eux réévalue le patient alors qu'ils n'ont pas les connaissances suffisantes pour faire le diagnostic. Cela pourrait laisser penser qu'ils prennent en charge tous les troubles anxieux de la même manière sans forcément en établir le diagnostic précis.

Peu d'omnipraticiens interrogés prescrivent un traitement médicamenteux d'emblée (21%) ce qui va dans le sens des recommandations qui le réservent aux phobies sociales lorsqu'elles perturbent de manière importante les activités professionnelles ou sociales.

Les médecins de moins de 45 ans semblent suivre eux-mêmes le patient, ont moins recours aux spécialistes et prescrivent plus.

Il reste toutefois difficile de se faire une idée précise de la prise en charge initiale des patients, car elle dépend également de la sévérité du trouble et de ses conséquences.

4.3.5- Traitement de fond des phobies sociales

La recommandation d'utilisation des ISRS et des IRS-Na est bien intégrée par les omnipraticiens (69%). Ce chiffre peut s'expliquer car l'utilisation de cette classe thérapeutique est également préconisée pour les autres troubles anxieux.

En revanche, il persiste une proportion relativement élevée de médecins qui citent les benzodiazépines comme traitement de fond (20%), alors que les recommandations concernant leur emploi font l'objet d'une sensibilisation attentive du corps médical. L'utilisation chronique des bêtabloquants est quant à elle assez marginale (10%).

L'âge des médecins n'influence pas le choix du traitement de fond. En revanche, les praticiens qui connaissent au moins de façon partielle la définition du trouble citent significativement plus les antidépresseurs sérotoninergiques.

Concernant la prise en charge psychologique, 70% des médecins connaissent les TCC et leurs principes dans les grandes lignes, ce qui témoigne de l'intérêt des omnipraticiens pour ces thérapies. L'âge des médecins n'influence pas le résultat.

En partant du principe que les médecins adressent à un correspondant pour la prise en charge, une majorité oriente vers un correspondant pratiquant les TCC (59%) ce qui est élevé et surprenant en raison de la faible disponibilité des thérapeutes les pratiquant. Cependant, ils semblent avoir intégré les bénéfices des TCC pour la prise en charge de la phobie sociale.

La relation de confiance avec le correspondant choisi est un élément important dans le choix du médecin. 34% affirment ne pas connaître les thérapies qu'ils utilisent.

Les médecins connaissant les grands principes de la TCC adressent significativement plus à un thérapeute qui les pratique.

La prise en charge thérapeutique médicamenteuse et psychologique du trouble par les répondants correspond globalement aux recommandations de l'HAS [39]. La relative bonne maîtrise du traitement pharmacologique et psychothérapeutique de la phobie sociale est assez inattendue compte tenu de la connaissance relative de la pathologie. Elle pourrait cependant s'expliquer par la similitude de prise en charge avec les autres troubles anxieux.

4.4- Utilisation d'un outil de dépistage

Conformément à ce que nous attendions, un seul médecin connaît une échelle d'évaluation ou de diagnostic pour les phobies sociales et l'utilise. Nous ne pouvons pas en déduire que les praticiens ne recherchent pas la pathologie. Cependant la non-utilisation d'échelles diagnostiques combinée à la mauvaise maîtrise de la définition, souligne une probable insuffisance dans le diagnostic.

Les praticiens ne sont majoritairement pas contre l'utilisation d'un outil de dépistage pour cette pathologie (69%). Parmi ceux qui y sont hostiles une majorité pense qu'il existe déjà trop d'échelles ou d'outils de dépistage pour de multiples pathologies, il convient donc de trouver un support ou un accès pour rendre son utilisation facile et rapide. Certains médecins incluent déjà le dépistage dans leur pratique et n'ont pas besoin d'outil, ce qui à terme est souhaitable une fois le contenu de l'hétéro-questionnaire assimilé.

Nous avons proposé le module phobie sociale du MINI comme hétéro-questionnaire de dépistage aux omnipraticiens qui à 87% pensent qu'il est utilisable au cours des consultations de médecine générale. La concision du test et l'utilisation de questions filtres en font un test rapide à administrer ce qui est un argument majeur pour son utilisation. Une étude réalisée au Brésil chez des internes en médecine générale a montré qu'ils trouvent le test compréhensible et cliniquement pertinent [51].

Son emploi nécessite cependant une bonne connaissance de la pathologie pour qu'il soit le plus fiable possible. Sa brièveté, peut entraîner en cas de mauvaise maîtrise une sur ou sous-estimation de la pathologie. Dans tous les cas, le MINI doit rester une aide pour le dépistage, il n'est pas suffisant pour poser le diagnostic.

4.5-Situations, motifs de consultation ou symptômes relevant de l'utilisation du MINI

Les situations ou symptômes cités par les médecins généralistes interrogés reprennent inégalement les différentes situations du dépistage exposées dans la deuxième partie.

- L'anxiété est comme attendu le motif de consultation le plus souvent évoqué par les répondants.
- Les symptômes physiologiques sont bien représentés. Le système digestif est le plus souvent concerné entre les douleurs et les autres troubles. Les troubles du sommeil sont également souvent considérés par les médecins comme des symptômes d'alerte. Dans ce groupe, sont également cités les douleurs thoraciques atypiques, les palpitations et les troubles neuro-végétatifs tels que les tremblements ou les sueurs.

- La symptomatologie comportementale est représentée mais très rarement évoquée, on y retrouve l'évitement de situations sociales et les pleurs.
- Les cognitions ne sont quasiment pas abordées. Un seul répondant a fait référence à la peur des ponts ce qui témoigne d'une confusion avec un autre trouble anxieux.
- Les complications comme la dépression ou les addictions sont bien représentées. Le trouble obsessionnel compulsif est proposé à 2 reprises ce qui peut sembler surprenant.
- Les retentissements social, professionnel, scolaire représentent pour les médecins de l'échantillon des circonstances pour lesquelles un dépistage de la phobie sociale pourrait être proposé. Les arrêts de travail à répétition pour des motifs « flous » attirent l'attention des praticiens ainsi que les refus scolaires. L'isolement et la désocialisation fréquemment cités semblent caractéristiques du trouble pour les répondants.

Conclusion

La phobie sociale caractérisée par la peur, lors d'une ou plusieurs situations sociales, d'être soumis au regard et au jugement d'autrui dans la crainte d'être rejeté ou humilié, souffre d'un recours aux soins tardif. La prise en charge débute souvent au moment des complications ou lorsque le retentissement social et professionnel devient majeur.

Compte tenu de l'impact social et économique du trouble d'une part, et du risque que le patient n'exprime pas ses plaintes clairement ou de façon répétée d'autre part, son dépistage doit faire l'objet d'une attention particulière chez les médecins généralistes qui sont très fréquemment consultés en premier recours. Ce repérage doit s'effectuer à tous les stades de la maladie mais concerner particulièrement les adolescents pour limiter l'évolution chronique et péjorative du trouble.

Le dépistage de la phobie sociale n'est possible qu'en ayant une bonne connaissance de la pathologie afin d'en saisir les enjeux et en disposant d'un outil valide adapté à sa pratique.

L'enquête réalisée montre que les acquis des médecins généralistes de l'échantillon sont disparates. La définition du trouble est assez confuse et mal assimilée, alors que la prise en charge thérapeutique, présentant des similitudes avec les autres troubles anxieux, semble plus codifiée. La formation universitaire et continue concernant la phobie sociale est-elle suffisante ? Les thérapies cognitives et comportementales sont de plus en plus utilisées et leur apprentissage commence à trouver un écho mais restent toutefois difficilement accessibles.

Les omnipraticiens sont majoritairement favorables à l'utilisation du module phobie sociale du MINI comme hétéro-questionnaire de dépistage. Il conviendrait donc de le diffuser en le combinant à une formation spécifique sur le sujet pour optimiser la stratégie de dépistage.

BIBLIOGRAPHIE

1. Weiller E, Bisserbe JC, Boyer P, Lépine JP, Lecrubier Y. Social phobia in general health care : an unrecognised undertreated disabling disorder. *Br J Psychiatry* 1996;168(2):169-74.
2. Casper JL. Biographie d'une idée fixe. Traduction de Lalanne G. Présenté par Pitre A, Regis E. *Arch Neurol* 1902;1:270-287.
3. Hartenberg P. Les timides et la timidité. Paris : Alcan;1921.
4. Janet P. Les obsessions et la psychasthénie. Paris : Alcan;1903.
5. Marks IM. The classification of phobic disorders. *Br J Psychiatry* 1970;116:377-386.
6. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé. 4e éd. Paris : Masson;1996.
7. Organisation Mondiale de la Santé. CIM-10. Classification Internationale des Maladies, des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement. Critères Diagnostiques pour la Recherche CDR-10. Paris : Masson;1994. p. 248.
8. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51: 8-19.
9. Ruscio AM, Brown TA, Chiu WT, Sareen J, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in the United States : results from the national comorbidity survey replication. *Psychol Med* 2008;38(1):15-28.
10. Lépine JP, Lellouch J. Diagnosis and epidemiology of agoraphobia and social phobia. *Clin Neuropharmacol* 1995;8:15-26.
11. Lépine JP, Péliissolo A. Epidemiology and comorbidity of social anxiety disorder. In: Westenberg HGM, den Boer JA. Focus on Psychiatry. Social anxiety disorder. Amsterdam : Syn-Thesis Publishers;1999. p 29-43.
12. Bisserbe JC, Weiller E, Boyer P, Lepine JP, Lecrubier Y. Social phobia in primary care: level of recognition and drug use. *Int Clin Psychopharmacol* 1996;11:25-8.

13. Ministère de la santé, DRESS, CCOMS. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête santé mentale en population générale. *Etudes et résultats* 2004;347:1-12.
14. Merikangas KR, Angst J. Comorbidity and social phobia : evidence from clinical, epidemiologic, and genetic studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995;244:97-303.
15. Kessler RC, Stang P, Wittchen HU, Stein M, Walters EE. Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 1999;29:555-567.
16. Schneier FR, Foose TE, Hasin DS, Heimberg RG, Liu SM, Grant BF et al. Social anxiety disorder and alcohol use disorder co-morbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med* 2010;40(6):977-988.
17. Carrigan MH, Randall CL. Self-medication in social phobia : a review of the alcohol literature. *Addict Behav* 2003;28:269-284.
18. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:159-68.
19. Stein MB, Chartier MJ, Hazen AL, Kozak MV, Tancer ME, Lander S et al. A direct-interview family study of generalized social phobia. *Am J Psychiatry*.1998;155:90-97.
20. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Fears and phobias : reliability and heritability. *Psychol Med* 1999;29:539-553.
21. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Major depression and phobias : the genetic and environmental sources of comorbidity. *Psychol Med* 1993;23:361-371.
22. Stein MB, Torgrud LJ, Walker JR. Social phobia symptoms, subtypes, and severity : findings from a community survey. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:1046-1052.
23. Stein MB, Chavira DA. Subtypes of social phobia and comorbidity with depression and other anxiety disorders. *J Affect Disord* 1998;50(1):11-16.
24. André C, Légeron P. La peur des autres. Trac, timidité et phobie sociale. Paris : Odile Jacob;1995. p. 272.
25. Reich J. The relationship of social phobia to avoidant personality disorder: a proposal to reclassify avoidant personality disorder based on clinical empirical findings. *Eur Psychiatry* 2000;15:151-159.
26. Reich J. Avoidant personality disorder and its relationship to social phobia. *Curr Psychiatry Rep* 2009;11(1):89-93.

27. Hansen RA, Gaynes BN, Gartlehner G, Moore CG, Tiwari R, Lohr KN. Efficacy and tolerability of second-generation antidepressants in social anxiety disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2008;23(3):170-179.
28. Stein MB, Liebowitz MR, Lydiard RB, Pitts CD, Bushnell W, Gergel I. Paroxetine treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder): a randomized controlled trial. *JAMA* 1998;280:708-713.
29. Stein DJ, Stein MB, Pitts CD, Kumar R, Hunter B. Predictors of response to pharmacotherapy in social anxiety disorder: an analysis of 3 placebo-controlled paroxetine trials. *J Clin Psychiatry* 2002;63:152-5.
30. Kasper S, Stein DJ, Loft H, Nil R. Escitalopram in the treatment of social anxiety disorder: randomised, placebocontrolled, flexible-dosage study. *Br J Psychiatry* 2005;186:222-6.
31. Lader M, Stender K, Bürger V, Nil R. Efficacy and tolerability of escitalopram in 12- and 24-week treatment of social anxiety disorder: randomised, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose study. *Depress Anxiety* 2004;19(4):241-8.
32. Rickels K, Mangano R, Khan A. A double-blind, placebo-controlled study of a flexible dose of venlafaxine ER in adult outpatients with generalized social anxiety disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2004;24:488-496.
33. Stein MB, Pollack MH, Bystritsky A, Kelsey JE, Mangano RM. Efficacy of low and higher dose extended-release venlafaxine in generalized social anxiety disorder: a 6-month randomized controlled trial. *Psychopharmacology (Berl)* 2005;177:280-288.
34. Allgulander C, Mangano R, Zhang J, Dahl AA, Lepola U, Sjodin I, et al. Efficacy of Venlafaxine ER in patients with social anxiety disorder: a double-blind, placebo-controlled, parallel-group comparison with paroxetine. *Hum Psychopharmacol* 2004;19:387-396.
35. Liebowitz MR, Gelenberg AJ, Munjack D. Venlafaxine extended release vs placebo and paroxetine in social anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:190-198.
36. Stein DJ, Cameron A, Amrein R, Montgomery SA. Moclobemide is effective and well tolerated in the long-term pharmacotherapy of social anxiety disorder with or without comorbid anxiety disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2002;17:161-70.
37. Liebowitz MR, Schneier F, Campeas R, Hollander E, Hatterer J, Fyer A et al. Phenelzine vs atenolol in social phobia. A placebo-controlled comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49(4):290-300.

38. Turner SM, Beidel DC, Jacob RG. Social phobia: a comparison of behavior therapy and atenolol. *J Consult Clin Psychol* 1994;62(2):350-8.
39. Haute Autorité de Santé (HAS). Guide – Affection de Longue Durée. Affections psychiatriques de longue durée, troubles anxieux graves. 2007:13-14.
40. Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, Holt CS, Welkowitz LA et al. Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia : 12-week outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:1133-41.
41. Liebowitz MR, Heimberg RG, Schneier FR, Hope DA, Davies S, Holt CS et al. Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: long-term outcome. *Depression and Anxiety* 1999;10(3):89-98.
42. Blomhoff S, Tangen Haug T, Hellstrom K, Holme I, Humble M, Madsbu HP et al. Randomised controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy and combined treatment in generalised social phobia. *Br J Psychiatry* 2001;179:23-30.
43. Lecrubier Y, Wittchen HU, Faravelli C, Bobes J, Patel A, Knapp M. A European perspective on social anxiety disorder. *Eur Psychiatry* 2000;15:5-16.
44. Chavira DA, Stein MB, Bailey K, Stein MT. Child anxiety in primary Care Prevalent but untreated. *Depress Anxiety* 2004;20:155-164.
45. Wittchen HU, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychol Med* 1999;29:309-323.
46. Beidel DC, Turner SM, Morris TL. Psychopathology of childhood social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:643-650.
47. Servant D. Pratiques en psychothérapie. Soigner les phobies sociales. Paris : Masson;2002. p.176.
48. Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan KH, Janavs J, Weiller E, Keskiner A et al. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiat* 1997;12(5): 232-241.
49. Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan KH et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiat* 1997;12:224-231.

50. Institut de recherche et documentation en économie de santé (IRDES). Démographie et activité des professions de santé. Eco-santé France. 2009.
51. de Azevedo Marques JM, Zuardi AW. Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30(4):303-310.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Comparatif entre les formes frontières.....	p.20
Tableau II : Symptômes comportementaux, physiologiques et cognitifs chez l'enfant et l'adolescent (D Servant).....	p.33
Tableau III : Nombre de médecins répondants par tranche d'âge.....	p.46
Tableau IV : Connaissance de l'entité « phobie sociale » selon l'âge.....	p.49
Tableau V : Connaissance des critères DSM-IV de la phobie sociale selon l'âge.....	p.51
Tableau VI : Connaissance des critères DSM-IV en fonction de la réalisation d'un stage obligatoire en psychiatrie.....	p.52
Tableau VII : Définition(s) de la phobie sociale choisie(s) en fonction de l'âge.....	p.54
Tableau VIII : Définition(s) de la phobie sociale choisie(s) en fonction de la réalisation ou non d'un stage obligatoire en psychiatrie.....	p.55
Tableau IX : Exactitude de la tranche d'âge de début de la phobie sociale selon l'âge des répondants.....	p.56
Tableau X : Exactitude de la tranche d'âge de début de la phobie sociale selon la définition du trouble choisie.....	p.57
Tableau XI : Prise en charge initiale selon la définition du trouble choisie.....	p.60
Tableau XII : Traitements de fond cités selon l'âge des répondants.....	p.61
Tableau XIII : Traitements de fond cités selon la définition du trouble choisie.....	p.62
Tableau XIV : Orientation psychothérapeutique du correspondant selon l'âge des répondants.....	p.64
Tableau XV : Orientation psychothérapeutique du correspondant selon la définition du trouble choisie.....	p.65
Tableau XVI : Connaissance des grands principes des TCC selon l'âge.....	p.65
Tableau XVII : Orientation psychothérapeutique du correspondant en fonction de la connaissance des principes des TCC.....	p.66
Tableau XVIII : Disposition à utiliser un outil de dépistage selon l'âge.....	p.68

Tableau XIX : Disposition à utiliser un outil de dépistage selon la définition du trouble choisie.....	p.68
---	------

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des médecins par tranche d'âge.....	p.47
Figure 2 : Faculté de médecine d'origine.....	p.47
Figure 3 : Connaissance de l'entité « phobie sociale » en fonction de l'âge.....	p.49
Figure 4 : Modes de connaissance de la phobie sociale.....	p.50
Figure 5 : Connaissance des critères DSM-IV de la phobie sociale en fonction de l'âge des médecins.....	p.51
Figure 6 : Connaissance des critères DSM-IV en fonction de la réalisation d'un stage obligatoire en psychiatrie.....	p.51
Figure 7 : Définitions de la phobie sociale selon les médecins répondants.....	p.53
Figure 8 : Définition(s) de la phobie sociale choisie(s) en fonction de l'âge.....	p.54
Figure 9 : Définition(s) de la phobie sociale choisie(s) en fonction de la réalisation d'un stage obligatoire en psychiatrie.....	p.54
Figure 10 : Tranche d'âge de début du trouble.....	p.55
Figure 11 : Tranche d'âge de début du trouble selon l'âge des répondants.....	p.56
Figure 12 : Tranche d'âge de début de la phobie sociale selon la définition choisie.....	p.57
Figure 13 : Prise en charge initiale d'un patient phobique social.....	p.58
Figure 14 : Prise en charge initiale en fonction de l'âge des répondants.....	p.59
Figure 15 : Prise en charge initiale en fonction de la définition choisie.....	p.59
Figure 16 : Classes thérapeutiques pour le traitement de fond des phobies sociales.....	p.60
Figure 17 : Traitement de fond selon l'âge des répondants.....	p.61

Figure 18 : Traitements de fond cités en fonction de la définition choisie.....	p.62
Figure 19 : Orientation psychothérapeutique du correspondant sollicité par les médecins généralistes.....	p.63
Figure 20 : Orientation psychothérapeutique du correspondant selon l'âge du médecin....	p.64
Figure 21 : Orientation psychothérapeutique du correspondant selon la définition choisie.....	p.64
Figure 22 : Connaissance des grands principes des TCC selon l'âge.....	p.65
Figure 23 : Orientation psychothérapeutique du correspondant en fonction de la connaissance des principes de la TCC.....	p.66
Figure 24 : Disposition à utiliser un outil de dépistage en fonction de l'âge.....	p.67
Figure 25 : Disposition à utiliser un outil de dépistage en fonction de la définition choisie.....	p.68
Figure 26 : Motifs de non utilisation d'un outil de dépistage pour la phobie sociale.....	p.69
Figure 27 : Situations, motifs de consultation, symptômes cités pour lesquels le MINI serait utile.....	p.71

ANNEXES

Annexe 1 : Module phobie sociale du MINI

1. Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ou avez-vous été gêné(e) d'être le centre de l'attention ou avez-vous eu peur d'être humilié(e) dans certaines situations sociales comme par exemple lorsque vous deviez prendre la parole devant un groupe de gens, manger avec des gens ou manger en public, ou bien encore écrire lorsqu'on vous regardait ?

Si la réponse à la question 1 est « NON » pas de phobie sociale, arrêt de l'évaluation
Si la réponse à la question 1 est « OUI » passer à la question 2

2. Pensez-vous que cette peur est excessive ou déraisonnable ?

Si la réponse à la question 2 est « NON » pas de phobie sociale, arrêt de l'évaluation
Si la réponse à la question 2 est « OUI » passer à la question 3

3. Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous devez les affronter ?

Si la réponse à la question 3 est « NON » pas de phobie sociale, arrêt de l'évaluation
Si la réponse à la question 3 est « OUI » passer à la question 4

4. Cette peur entraîne-t-elle chez vous une souffrance importante ou vous gêne-t-elle de manière significative dans votre travail ou vos relations avec les autres ?

Si la réponse à la question 4 est « NON » pas de phobie sociale
Si la réponse à la question 4 est « OUI » phobie sociale actuelle

Annexe 2 : L'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz

Vous trouverez ci-dessous une liste de situations sociales que l'on peut être amené à rencontrer.

Veillez indiquer dans les cases correspondantes, avec une note de 0 à 3, ce que sont actuellement :

- dans la première colonne, l'intensité de la gêne, de l'anxiété ou de la peur que vous ressentez dans la situation indiquée ;
- dans la deuxième colonne, votre tendance à éviter cette situation.

S'il s'agit de situations que vous ne rencontrez pas en ce moment, imaginez simplement ce que seraient, à votre avis, votre gêne et votre évitement si vous aviez à les rencontrer.

Peur, anxiété, gêne :

- 0 = Aucune anxiété
- 1 = Légère anxiété ou gêne
- 2 = Anxiété importante
- 3 = Anxiété très importante ou panique

Évitement :

- 0 = Jamais
- 1 = Rarement
- 2 = Souvent
- 3 = Systématiquement

	Peur ou anxiété	Évitement
1. Utiliser un téléphone en public		
2. Participer au sein d'un petit groupe		
3. Manger dans un lieu public		
4. Boire en compagnie dans un lieu public		
5. Parler à des gens qui détiennent une autorité		
6. Jouer, donner une représentation ou une conférence devant un public		

	Peur ou anxiété	Évitement
7. Aller à une soirée		
8. Travailler en étant observé		
9. Écrire en étant observé		
10. Contacter par téléphone quelqu'un que vous ne connaissez pas très bien		
11. Parler à des gens que vous ne connaissez pas très bien		
12. Rencontrer des inconnus		
13. Uriner dans des toilettes publiques ou en dehors de chez vous		
14. Entrer dans une pièce alors que tout le monde est déjà assis		
15. Être le centre d'attention		
16. Prendre la parole lors d'une réunion		
17. Passer un examen		
18. Exprimer son désaccord ou sa désapprobation à des gens que vous ne connaissez pas très bien		
19. Regarder dans les yeux des gens que vous ne connaissez pas très bien		
20. Faire un compte rendu à un groupe		
21. Essayer de « draguer » quelqu'un		
22. Rapporter des marchandises dans un magasin		
23. Donner une soirée		
24. Résister aux pressions d'un vendeur insistant		

Annexe 3 : Echelle de phobie sociale de Davidson

Echelle brève de phobie sociale de Davidson : peur et évitement		
<i>Instructions :</i>		
Le clinicien doit évaluer la période de temps qui couvre la semaine précédente. Si un patient n'a pas été exposé à la situation redoutée durant la semaine précédente, le clinicien doit coter la peur, l'évitement et les symptômes physiologiques en fonction de la manière dont le patient se sentirait s'il devait faire face à chacune de ces situations.		
<i>Seuils cliniques de cotation</i>		
Peur :	Evitement :	
0. Absente	0. Jamais (0 %)	
1. Légère : peu fréquente et/ou non perturbante	1. Rarement (1 – 33 %)	
2. Moyenne : fréquente et/ou peu perturbante	2. Parfois (34 – 46 %)	
3. Sévère : constante, dominant la vie quotidienne du sujet et/ou nettement perturbante	3. Fréquemment (67 – 99 %)	
4. Extrême : invalidante et/ou très douloureuse ou perturbante	4. Toujours (100 %)	
Situation	Peur	Evitement
1. Parler en public ou en face d'autrui		
2. Parler à des gens qui détiennent une autorité		
3. Parler à des inconnus		
4. Etre embarrassé ou humilié		
5. Etre critiqué		
6. Les réunions sociales		
7. Faire quelque chose en étant observé (cela n'inclut pas le fait de parler)		

Echelle brève de phobie sociale de Davidson : symptômes physiologiques

Quand vous êtes dans une situation qui implique un contact avec les autres ou lorsque vous pensez à une telle situation, ressentez-vous les symptômes suivants ? Noter dans chaque case ci-dessous le score correspondant aux seuils cliniques ci-contre :

Seuils cliniques de cotation

1. Léger : peu fréquent et/ou non perturbant	1. Rougir
2. Moyen : fréquent et/ou peu perturbant	2. Palpitation
3. Sévère : constant, dominant la vie quotidienne du sujet et/ou nettement perturbant	3. Tremblements ou secousses musculaires
4. Extrême : invalidant et/ou très douloureux ou perturbant	4. Transpiration

Scores totaux

1^{ère} partie : Peur, items 1-7. Total : (P)

Evitement, items 1-7. Total : (E)

2e partie : Physiologique, items 1-4. Total : (Phy)

(P + E + Phy)

TOTAL

Annexe 4 : Questionnaire

1) Dans quelle tranche d'âge vous trouvez-vous ?

- 25 – 34 ans
- 35 – 44 ans
- 45 – 54 ans
- 55 ans et +

2) Dans quelle faculté avez-vous effectué vos études (externat) ?



3) Avez-vous bénéficié d'un stage obligatoire en service de psychiatrie ?

- Oui Non

4) Pratiquez-vous une médecine « alternative » ?

- Oui Non

Si oui laquelle ou lesquelles ?

- Homéopathie
- Acupuncture
- Mésothérapie
- Autres (précisez) :

5) Pratiquez-vous des thérapies ?

- Oui Non

Si oui laquelle ou lesquelles ?

- Thérapies cognitivo-comportementales
- Thérapies analytiques
- Thérapies brèves ou hypnose
- Autres (précisez) :

6) Connaissez-vous l'entité « phobie sociale » ?

- Oui Non

Si oui, par quel biais la connaissez-vous ?

- Une formation
- Lecture de la littérature médicale
- Sujet abordé au cours des études
- Autres (précisez) :

7) Connaissez-vous les critères définissant la phobie sociale dans le DSM IV ?

- Oui Non

- 8) Comment définiriez-vous la phobie sociale ? **(une ou plusieurs réponses)**
- Une peur excessive de l'autre en général
 - Une peur intense et persistante d'une ou plusieurs situations sociales
 - Une peur excessive lors d'une situation de performance
- 9) Selon vous, quel est la tranche d'âge dans laquelle la phobie sociale débute le plus fréquemment ?
- 5-8 ans
 - 9-12 ans
 - 13-24 ans
 - 25-30 ans
 - 31-36 ans
- 10) Devant un patient présentant des symptômes compatibles avec une phobie sociale, quelle est votre attitude en première intention ?
- Vous l'adressez à un spécialiste pour la prise en charge diagnostique et/ou thérapeutique
 - Vous prescrivez d'emblée un traitement médicamenteux
 - Vous réévaluez le patient sans prescription médicamenteuse initiale
 - Autres (précisez) :
- 11) Selon vous quelle est la classe thérapeutique à utiliser en première intention pour le traitement de fond de la phobie sociale ?
- Un bêtabloquant
 - Une benzodiazépine
 - Un antidépresseur IRS ou IRS-Na
 - Un antidépresseur IMAO
 - Un neuroleptique
 - Autres (précisez) :
- 12) Vous souhaitez adresser le patient à un confrère pour la prise en charge thérapeutique. Vers qui l'orientez-vous ?
- Un psychiatre ou psychologue dont vous ne connaissez pas les orientations thérapeutiques mais avec qui vous avez l'habitude de travailler
 - Un psychiatre, psychologue ou médecin formé à la thérapie cognitivo-comportementale
 - Un psychiatre, psychologue ou médecin formé à la psychothérapie analytique
 - Autres (précisez) :
- 13) Connaissez-vous les thérapies cognitivo-comportementales et leurs grands principes ?
- Oui
 - Non
- 14) Si une formation de type FMC sur la phobie sociale était organisée, iriez-vous à celle-ci ?
- Oui
 - Non
- 15) Connaissez-vous une échelle d'évaluation ou de diagnostic pour les phobies sociales ?
- Oui
 - Non
- Si oui utilisez-vous cette échelle ?
- Oui
 - Non
- 16) Si vous disposiez d'un outil de dépistage pour les phobies sociales l'utiliseriez-vous ?

- Oui Non

Si non, pourquoi ?

- Vous ne voyez pas d'intérêt à dépister la phobie sociale car c'est un trouble rare.
- Vous ne voyez pas d'intérêt à dépister la phobie sociale car c'est un trouble bénin.
- Vous n'avez pas le temps de l'utiliser pendant la consultation.
- Vous ne voyez pas l'intérêt de dépister une pathologie que vous maîtrisez mal.
- Il existe déjà trop d'échelles pour de multiples pathologies en médecine générale
- Autres (précisez) :

17) Pensez-vous que le module phobie sociale du MINI (joint avec le questionnaire) puisse être un hétéro-questionnaire de dépistage utilisable en médecine générale ?

- Oui Non

Si non, pourquoi ?

- Le test est trop long à réaliser
- Il vous semble gênant de poser ces questions à un patient
- Il vous semble trop compliqué
- Il vous semble difficile de l'avoir systématiquement à disposition pour l'utiliser
- Autres (précisez) :

18) Quels symptômes physiques ou psychologiques, quelles situations ou quels motifs de consultation pourraient vous inciter à utiliser le MINI ? (**citez en 2 ou 3**)



TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	p.7
I- APPROCHE THEORIQUE.....	p.8
1- Historique.....	p.8
2- Définitions de la phobie sociale.....	p.10
2.1- Description dans le DSM-IV.....	p.10
2.2- Description dans la CIM-10.....	p.12
3- Données épidémiologiques.....	p.13
3.1- Prévalence.....	p.13
3.2- Données socio-démographiques.....	p.14
3.3- Comorbidités et complications fréquentes.....	p.14
3.3.1- <i>Le syndrome dépressif</i>	p.14
3.3.2- <i>Les addictions</i>	p.15
3.3.3- <i>Les troubles anxieux</i>	p.15
3.4- Situations sociales les plus redoutées.....	p.16
4- Aspects génétiques et socio-environnementaux.....	p.16
5- Les formes cliniques.....	p.17
5.1- Les deux sous-types de phobie sociale.....	p.17
5.2- L'anxiété de performance.....	p.17
5.3- Les formes frontières.....	p.18
5.3.1- <i>La timidité</i>	p.18
5.3.2- <i>Le trac</i>	p.19
5.3.3- <i>La personnalité évitante</i>	p.19
6- Les principaux diagnostics différentiels.....	p.21
6.1- Les autres troubles anxieux.....	p.21

6.2- La dépression atypique.....	p.22
6.3- Les troubles de la personnalité.....	p.22
6.4- L'anxiété de type social secondaire à une pathologie organique.....	p.23
7- Prise en charge thérapeutique.....	p.23
7.1- Thérapeutique médicamenteuse.....	p.23
7.1.1- <i>Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)</i> <i>et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.....</i>	p.24
7.1.2- <i>Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO).....</i>	p.25
7.1.3- <i>Les benzodiazépines.....</i>	p.26
7.1.4- <i>Les bêtabloquants.....</i>	p.26
7.2- Les thérapies cognitives et comportementales.....	p.27
7.2.1- <i>La psychoéducation.....</i>	p.27
7.2.2- <i>L'exposition.....</i>	p.28
7.2.3- <i>La restructuration cognitive.....</i>	p.28
7.2.4- <i>L'entraînement aux compétences sociales.....</i>	p.29
7.3- Stratégie thérapeutique.....	p.29
II- DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC.....	p.30
1- Epidémiologie des phobies sociales chez l'enfant et l'adolescent.....	p.30
1.1- Age de début des phobies sociales.....	p.30
1.2- Prévalence chez l'enfant, l'adolescent et le jeune adulte.....	p.30
1.3- Situations redoutées chez l'enfant et l'adolescent.....	p.31
2- Particularités diagnostiques pour l'enfant et l'adolescent.....	p.31
2.1- Selon le DSM-IV.....	p.31
2.2- Selon la CIM-10.....	p.32
3- Les circonstances du dépistage.....	p.32
3.1- Les symptômes physiologiques, comportementaux et cognitifs.....	p.33
3.2- Les comorbidités et les complications.....	p.34
3.3- Le retentissement scolaire, social et professionnel.....	p.34

4- Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).....	p.35
4.1- Présentation.....	p.35
4.2- Fidélité et validité.....	p.35
5- Principales échelles d'évaluation de la phobie sociale.....	p.36
5.1- L'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz.....	p.36
5.2- L'échelle de phobie sociale de Davidson.....	p.36
5.3- Le questionnaire des peurs de Marks et Mathews.....	p.37
6- Présentation de cas cliniques.....	p.37
6.1- Cas clinique n°1.....	p.38
6.2- Cas clinique n°2.....	p.39
6.3- Cas clinique n°3.....	p.41
6.4- Conclusion.....	p.43
III- ENQUETE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES.....	p.44
1- Objectifs.....	p.44
2- Matériel et méthode.....	p.44
2.1- Choix de la population cible.....	p.44
2.2- Questionnaire.....	p.45
2.3- Pré-test.....	p.45
2.4- Mode de remplissage des questionnaires.....	p.45
3- Résultats.....	p.46
3.1- Taux de réponse.....	p.46
3.2- Caractéristiques de la population étudiée.....	p.46
3.2.1- Age des médecins.....	p.46

3.2.2- <i>Faculté d'origine des médecins</i>	p.47
3.2.3- <i>Réalisation d'un stage obligatoire en service de psychiatrie</i>	p.48
3.2.4- <i>Pratique d'une « médecine alternative » ou de thérapies</i>	p.48
3.3- <i>Connaissances générales des médecins de la phobie sociale</i>	p.48
3.3.1- <i>Connaissance de l'entité « phobie sociale »</i>	p.48
3.3.2- <i>Modes de connaissance de la phobie sociale</i>	p.49
3.3.3- <i>Connaissance des critères DSM-IV de la phobie sociale</i>	p.50
3.3.4- <i>Définition de la phobie sociale selon les médecins</i>	p.52
3.3.5- <i>Age de début des phobies sociales</i>	p.55
3.3.6- <i>Prise en charge initiale d'un patient phobique social</i>	p.58
3.3.7- <i>Traitement médicamenteux de fond</i>	p.60
3.3.8- <i>Orientation psychothérapeutique du correspondant</i>	p.63
3.3.9- <i>Connaissance des grands principes de la TCC</i>	p.65
3.3.10- <i>Souhait de formation sur le thème de la phobie sociale</i>	p.66
3.4- <i>Utilisation d'un test de dépistage</i>	p.67
3.4.1- <i>Connaissance d'une échelle d'évaluation</i>	p.67
3.4.2- <i>Utilisation d'un outil de dépistage</i>	p.67
3.4.3- <i>Proposition du MINI comme hétéro-questionnaire de dépistage</i>	p.69
3.5- <i>Situations ou motifs de consultations pour utiliser le MINI</i>	p.70
4- Discussion	p.72
4.1- <i>Aspects méthodologiques et biais de l'étude</i>	p.72
4.1.1- <i>Population étudiée et taux de réponse</i>	p.72
4.1.2- <i>Le questionnaire</i>	p.72
4.1.3- <i>Mode d'administration du questionnaire</i>	p.73
4.2- <i>Caractéristiques de la population étudiée</i>	p.73
4.3- <i>Connaissances générales de la phobie sociale</i>	p.74
4.3.1- <i>Connaissance de la phobie sociale et sources d'information</i>	p.74
4.3.2- <i>Définition de la phobie sociale selon les répondants</i>	p.75

<i>4.3.3- Age de début du trouble</i>	p.76
<i>4.3.4- Prise en charge initiale du patient</i>	p.76
<i>4.3.5- Traitement de fond des phobies sociales</i>	p.77
4.4- Utilisation d'un outil de dépistage.....	p.78
4.5- Situations, motifs de consultation ou symptômes relevant de l'utilisation du MINI....	p.79
CONCLUSION	p.81
BIBLIOGRAPHIE	p.82
LISTE DES TABLEAUX	p.87
LISTE DES FIGURES	p.88
ANNEXES	p.90

La phobie sociale et son dépistage en médecine générale : approche théorique et enquête auprès de praticiens.

RESUME

La phobie sociale se définit comme une peur marquée et persistante d'une ou plusieurs situations sociales ou de performance lors desquelles un sentiment de gêne peut survenir. Le sujet a peur d'être soumis au regard et au jugement d'autrui dans la crainte d'être rejeté ou humilié. Cette pathologie débute dans la majorité des cas entre 13 et 24 ans. En raison de ses fréquentes comorbidités et de son évolution chronique, le retentissement socio-professionnel peut être majeur. L'absence de plainte explicite des patients et les multiples formes que peut prendre le trouble en font une pathologie sous diagnostiquée qui nécessite d'être dépistée. L'enquête réalisée auprès de médecins généralistes révèle que seuls 61% d'entre eux connaissent partiellement la définition du trouble même si la stratégie de prise en charge semble acquise. Les omnipraticiens interrogés sont favorables à l'utilisation d'un outil de dépistage pour la phobie sociale et reconnaissent très majoritairement le MINI comme un hétéro-questionnaire adapté à leur pratique.

MOTS-CLES**Phobie sociale****Médecine générale****Dépistage****MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)****Trouble anxieux**