

Année 2023/2024

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Alexandra POP

Née le 13/05/1994 à Cluj-Napoca (Roumanie)

Evaluation des outils de dépistage du trouble anxieux en médecine générale : une revue systématique de la littérature

Présentée et soutenue publiquement le **7 novembre 2024** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU, PU, Médecine Générale, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury : Docteur Laurence PHILIPPE, MCA, Médecine Générale, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Jean-Jacques COULON, Médecine Générale, Bourges

Directeur de thèse : Docteur Alain AUMARECHAL, MCA, Médecine Générale, Faculté de Médecine – Tours

RESUME

Introduction : Le trouble anxieux est un motif très fréquent de consultation en médecine générale et son repérage est très important. Un outil qui facilite ce repérage serait nécessaire.

Objectif : Evaluer les outils de repérage du trouble anxieux validés et adaptés en soins primaires.

Méthode : Deux algorithmes de recherche ont été réalisés, le premier par des termes MeSH pour les trois items : repérage, trouble anxieux et soins primaires et le deuxième en termes libres, avec des mots d'usage dans la littérature anglo-saxonne. Dans cette analyse ont été inclus seulement les articles évaluant la validité ou la faisabilité de l'outil de repérage en soins primaires.

Résultats : 76 articles ont été inclus dans l'analyse. La recherche a retrouvé 15 outils de repérage du trouble anxieux fiables et valides, dont 10 outils validés dans la langue française, certains étant spécifiques pour le trouble anxieux généralisé. La différence entre les tests a été donnée par les propriétés psychométriques différentes, le nombre de questions variable (de 2 pour le GAD-2 à 50 pour le 4DSQ), ainsi que le temps de passation différent (de 2 à 15 minutes). Le GAD-7 occupe une place importante sur la liste des outils de repérage analysés.

Conclusion : Le GAD-7 avec sa version simplifiée, le GAD-2, se distinguent des autres par leur faisabilité en soins primaires, avec un temps court de passation et des valeurs psychométriques très bonnes concernant le diagnostic des troubles anxieux les plus courants en médecine générale. Le questionnaire a permis également une distinction entre les troubles anxieux et la dépression, même si les symptômes coexistent fréquemment. Il est adapté à la population adulte, mais également à la population âgée et les adolescents.

Mots Clés : repérage, trouble anxieux et soins primaires

Screening tools for anxiety disorders in general practice: a systematic review

ABSTRACT

Background: : Anxiety disorder is a very common reason for consultation in general medicine and its identification is very important. A tool that facilitates this identification would be necessary.

Objective: Evaluation of the tools for identifying an anxiety disorder validated and adapted in primary care.

Method: 2 search algorithms were performed, the first by MeSH terms for the 3 items: identification, anxiety disorder and primary care and the second in free terms, with words used in the Anglo-Saxon literature. This review included only articles that assessed the validity or feasibility of the primary care screening tool.

Main results: 76 articles were included in the analysis. The research found 15 reliable and valid tools for identifying anxiety disorders, including 10 tools validated in the French language, some of which are specific for generalized anxiety disorder. The difference between the tests was given by the different psychometric properties, the variable number of questions (from 2 for the GAD-2 to 50 for the 4DSQ), as well as the different time taken (from 2 to 15 minutes). GAD-7 is high on the list of tracking tools analyzed.

Conclusion: GAD-7 with its simplified version, GAD-2, is distinguished from the others by its feasibility in primary care, with a short time to pass and very good psychometric values for the diagnosis of the most common anxiety disorders in general practice. The questionnaire also made it possible to distinguish between anxiety disorders and depression, even though the symptoms frequently coexist. It is suitable for the adult population, but also for the elderly and adolescents.

Keywords: identification, anxiety disorder and primary care

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*

Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*

Pr Hélène BLASCO, *Recherche*

Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Patrice DIOT

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Frédéric PATAT

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie

LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde.....	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas.....	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVAREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie.....	Dermatologie
LEJEUNE Julien.....	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie.....	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BLANC Romuald.....	Orthophonie
EL AKIKI Carole.....	Orthophonie
NICOLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILLOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
 CLOUTOUR Nathalie Orthophoniste || CORBINEAU Mathilde | Orthophoniste |
HARIVEL OUALLI Ingrid.....	Orthophoniste
IMBERT Mélanie	Orthophoniste
SIZARET Eva	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, à **tous les membres du jury**. Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

A Professeur LEBEAU et Docteur AUMARECHAL. Je vous remercie de tout ce que vous m'avez enseigné durant mon stage d'internat et de tout ce que je continue à apprendre de vous durant les remplacements également. A Docteur AUMARECHAL, je te remercie d'avoir dirigé cette thèse et d'avoir donné tes avis pour améliorer sa qualité. A Professeur LEBEAU, mon tuteur également durant les années d'internat, je te remercie pour tes conseils et ton point de vue réaliste et pragmatique, qui m'ont servi et qui me guident encore dans la pratique de médecine générale. Un important parcours pédagogique avec tous les deux !

A Docteur COULON, un grand merci pour mon début des remplacements avec toi et pour tes conseils également. Malgré la courte durée, je garde en mémoire de beaux souvenirs.

A mon mari, je te remercie d'être venu en France et d'avoir partagé cette aventure avec moi. Je te remercie pour le soutien dans les moments difficiles, mais aussi pour tous les moments de rire !

A mon fils. Grâce à toi je suis devenue maman et ma vie a complètement changé depuis. Je t'en suis très reconnaissante d'avoir embelli ma vie et de faire de chaque instant un moment inoubliable.

A mes parents, pour votre soutien sur tous les plans et pour être toujours là pour moi, malgré la distance.

A Cécile, mon amie depuis le début de l'internat, je te remercie pour ton soutien, ton écoute et pour les expériences que j'ai pu partager avec toi jusqu'à présent.

A Zeina, d'être tout le temps là pour moi, malgré la distance et pour toutes les expériences vécues ensemble.

A tous mes amis de France et d'ailleurs, pour votre existence.

A Agnès, je te remercie pour la relecture de cette thèse et pour les corrections apportées.

Et en dernier, à tous ceux qui ont contribué pour que le travail de cette thèse soit fait.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	14
1. Définition de l'anxiété et diagnostic.....	14
2. Epidémiologie	14
3. Prise en charge thérapeutique.....	15
A. Psychothérapies.....	15
B. Traitements médicamenteux	16
4. Importance du repérage de l'anxiété.....	16
5. Conséquences de l'anxiété.....	17
6. Objectifs de l'étude.....	17
MATERIELS ET METHODE.....	18
1. Bases interrogées.....	18
2. Définition des algorithmes de recherche.....	18
3. Critères d'inclusion.....	19
4. Critères d'exclusion.....	19
5. Sélections des articles.....	19
6. Analyse des articles.....	20
RESULTATS.....	21
I. Articles sélectionnés.....	21
II. Analyse des articles.....	22
III. Evaluation des outils de repérage de l'anxiété.....	24
1. Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7).....	24
2. Generalized Anxiety Disorder Questionnaire for DSM-IV (GADQ-IV).....	24
3. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).....	25
4. Questionnaire sur les inquiétudes et l'anxiété (QIA).....	25
5. The State-Trait anxiety inventory (STAI).....	26
6. Beck Anxiety Inventory (BAI).....	26
7. Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)	26
8. Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS).....	27
9. Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD).....	27
10. Generalized Anxiety Disorder Severity Scale (GADSS).....	27
11. Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI).....	28
12. Hopkins Symptom Checklist in 25 items (HSCL-25).....	28
13. My Mood Monitor (M-3) checklist.....	28
14. Depression Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21).....	29
15. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ).....	29
IV. Evaluation de la faisabilité en soins primaires des outils de repérage.....	30
1. GAD-2 et GAD-7.....	30
2. Generalized Anxiety Disorder Questionnaire for DSM-IV (GADQ-IV).....	30
3. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).....	30
4. Questionnaire sur les inquiétudes et l'anxiété (QIA).....	30
5. The state-trait anxiety inventory (STAI).....	31
6. Beck anxiety inventory (BAI).....	31
7. Penn State Worry Questionnaire (PSWQ).....	31
8. Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS).....	31
9. Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD).....	31

10.	Generalized Anxiety Disorder Severity Scale (GADSS).....	32
11.	Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI).....	32
12.	Hopkins Symptom Checklist in 25 items (HSCL-25).....	32
13.	My Mood Monitor (M-3) checklist.....	32
14.	Depression Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21).....	32
15.	The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ).....	32
DISCUSSION.....		34
Résultats principaux.....		34
Diversité des outils de repérage.....		34
Modalités d'administration.....		34
Forces et limites.....		35
Limites.....		35
Hétérogénéité d'articles.....		35
Conclusions et Perspectives.....		35
BIBLIOGRAPHIE.....		36

LISTE DES ABBREVIATIONS

TAG – Trouble anxieux généralisé
TP – Trouble de panique
ESPT - Etat de stress post-traumatique
TOC – Trouble obsessionnel compulsif
PHQ - Patient Health Questionnaire
GAD-7 - Generalized Anxiety Disorder-7
GAD-2 - Generalized Anxiety Disorder-2
GADQ-IV - Generalized Anxiety Disorder Questionnaire for DSM-IV
HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale
QIA - Questionnaire sur les inquiétudes et l'anxiété
STAI –The State-Trait anxiety inventory
BAI –Beck Anxiety Inventory
PSWQ –Penn State Worry Questionnaire
OASIS –Overall Anxiety Severity and Impairment Scale
PRIME-MD –Primary Care Evaluation of Mental Disorders
GADSS – Generalized Anxiety Disorder Severity Scale
MINI – Mini-International Neuropsychiatric Interview
HSCL-25 – Hopkins Symptom Checklist in 25 items
M-3 Checklist –My Mood Monitor (M-3) checklist
DASS-21 – Depression Anxiety and Stress Scale-21
4DSQ - The Four-Dimensional Symptom Questionnaire

INTRODUCTION

1. Définition de l'anxiété et diagnostic

Freud considérait l'anxiété « un marqueur des conflits psychologiques entre les conduites sexuelles et agressives dépendantes de la biologie et les défenses de l'ego pour les contrôler ». L'anxiété serait une rupture potentielle de l'équilibre psychologique, avec des conduites sous-jacentes qui visent la défense de l'ego.

Les termes anxiété et angoisse ont une étymologie commune, « l'étroitesse » pour symboliser la sensation de gorge serrée. Ils sont interchangeables. L'angoisse fait référence aux manifestations somatiques (aiguës dans la plupart des cas), tant que l'anxiété décrit le vécu subjectif, ayant une connotation de chronicité. (1–4)

Le diagnostic de l'anxiété préconise un interrogatoire complet qui recherche les antécédents, le type du trouble et éventuellement la présence d'un traumatisme dans les mois précédents, les symptômes d'accompagnement (neurovégétatifs, céphalées, ..), l'intensité et la fréquence des symptômes, la présence de comorbidités, les traitements antérieurs et leur tolérance et efficacité, le retentissement sur la vie familiale, professionnelle et sociale, la qualité de vie, ainsi que les attentes du patient concernant la prise en charge. (4–6)

Classification des troubles anxieux (décrite par les classifications DSM-IV et CIM-10)

- le trouble anxieux généralisé (TAG),
- les phobies spécifiques,
- la phobie sociale,
- les attaques de panique,
- le trouble panique avec ou sans agoraphobie,
- l'état de stress post-traumatisme (ESPT),
- le trouble obsessionnel compulsif (TOC)(6)

En terme de comorbidités, l'anxiété peut associer plusieurs troubles psychiatriques (trouble de panique, agoraphobie, phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif. 40% des patients présentent 2 pathologies différentes simultanément. Seulement 6.9% des patients avec un trouble d'anxiété généralisée n'ont pas eu un autre trouble psychiatrique associé. Parmi les associations les plus fréquentes, la dépression occupe une place très importante, (elle est estimée à 70.6%, suivie par les troubles somatoformes (48.1%)).(7)

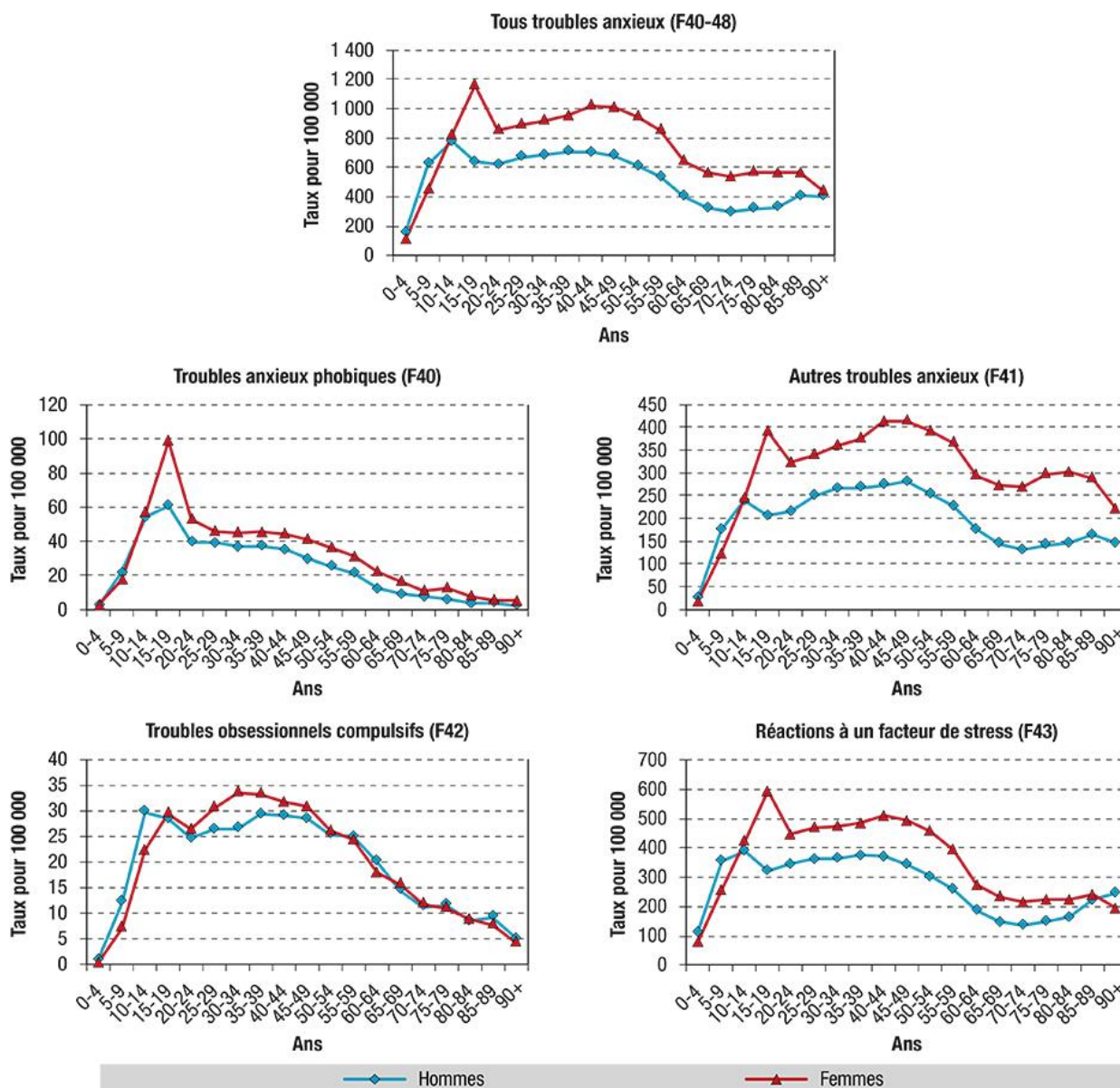
La présence des deux pathologies augmente significativement le risque de chronicité. Les addictions sont plus élevées chez les patients anxieux, le tabac et l'alcool notamment davantage consommés dans ce cas. 40% des patients épileptiques seraient atteints d'anxiété. La prise en charge du trouble anxieux chez ces patients, permettrait un meilleur contrôle de l'épilepsie. (4,8)

2. Epidémiologie

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), sur une année, en France, 15% des adultes entre 18 et 65 ans présentent un trouble anxieux sévère et 21% au cours de leur vie. La fréquence est deux fois plus élevée chez la femme que chez l'homme. (7–9)

Répartition par sexe et par âge

Selon le « Bulletin épidémiologique hebdomadaire », entre 2010 et 2014, 1 351 649 patients ont été pris en charge pour troubles anxieux et dans 9 cas sur 10, le trouble anxieux a été noté comme diagnostic principal. Au cours des 5 ans, une augmentation de 3.6% du taux a été observée chez les femmes et de 3.7% chez les hommes. Un taux plus élevé chez les filles de 15-19 ans a été observé, ainsi qu'une légère diminution avec l'âge et une stabilisation relative entre 30 et 54 ans, puis une décroissance jusqu'à 65 ans. Chez les personnes plus âgées, les taux sont plus élevés chez les hommes. (10)



Source : RIM-P. Analyses Santé publique France.

Fig 1. Répartition des troubles anxieux par sexe et par âge

3. Prise en charge thérapeutique

A. Psychothérapies

- Psychothérapies structurées – les thérapies comportementales et cognitives (TCC), psychanalyse, la thérapie « self help » qui met l'accent sur les moyens du patient de changer par lui-même. Ces types de thérapies sont souvent difficilement réalisables à

cause d'un manque de spécialistes formés et/ou parfois la réticence des patients vis-à-vis de ces dernières.

- Psychothérapie de soutien - Une forme de thérapie couramment appliquée qui se base sur le soutien de l'estime de soi du patient, dans un environnement sans jugement, une ambiance chaleureuse et une écoute active du thérapeute.
- Thérapie psychodynamique – Cette technique utilise des clarifications, interprétations et des confrontations pour résoudre des conflits inconscients du patient.
- « Mindfulness » ou pleine conscience - Cette technique augmente la conscience du présent des patients par la concentration sur des sensations corporelles, des émotions et des pensées.
- Thérapie d'acceptation et d'engagement – Elle est comparable à la pleine conscience et la TCC : - les patients apprennent la défusion cognitive (concentration sur le présent et acceptation des pensées) (11)

B. Traitements médicamenteux

- Les antidépresseurs imipraminiques, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline sont des médicaments de plus en plus utilisés en cas d'indication d'initiation d'un traitement médicamenteux et ils entraînent une amélioration de la symptomatologie 3 à 6 semaines après l'initiation.
- Les benzodiazépines sont utilisées en association des premiers, qui permettent une réduction immédiate de l'anxiété. Leur usage est d'une courte durée, pour éviter une dépendance psychique, ainsi que les effets indésirables (sédation, troubles de la mémoire, maladresse motrice). (11)
- La buspirone pourrait être aussi efficace. (12)
- Les bêta-bloquants (le propranolol) sont aussi une option pour diminuer les symptômes cliniques associés comme la tachycardie, les sueurs, les tremblements.

L'exercice physique, une alimentation saine et équilibrée et des horaires de sommeil adaptées semblent nettement aider à la diminution de l'anxiété. La consommation de benzoate de sodium retrouvé dans des sodas, la gelée ou autres produits contribuent à l'aggravation de l'anxiété, ainsi que l'alcool, le sucre, la caféine et la consommation de drogues ou autres substances addictives. Les études ont montré l'efficacité des plantes comme la passiflore, la valériane, la lavande, le kava. (13–15)

4. Importance du repérage de l'anxiété

Suite à l'augmentation du recours aux soins des troubles anxieux dans les dernières années, un repérage précoce serait nécessaire afin d'éviter une chronicisation, l'apparition des comorbidités, parmi lesquelles la consommation d'alcool occupe une place importante, ainsi que des risques suicidaires et d'améliorer la qualité de vie des patients et de leurs familles. Les conséquences sur le plan économique impliquent une diminution de la productivité au travail et une demande de soins élevée. (16,17)

Les objectifs du repérage de l'anxiété mentionnés par l'HAS, sont les suivants :

- Identifier les comorbidités, un syndrome dépressif associé et/ou les dépendances ou abus de substances (alcool, benzodiazépines, autres...)
- Identifier les éventuelles comorbidités somatiques
- Évaluation du retentissement du trouble anxieux
- Évaluation de la nécessité d'une éventuelle consultation psychiatrique
- Informer le patient sur la nature, l'évolution et/ou le traitement du trouble anxieux
- Réalisation avec le patient d'un programme adapté et clair de sa prise en charge
- Donner des conseils au patient et le rassurer(4,9)

Le psychiatre peut être sollicité pour donner son avis en cas de difficulté thérapeutique ou d'échec des traitements, voire la présence d'une comorbidité difficile à traiter. D'autres professionnels pourraient être impliqués dans la prise en charge du patient, tel(le)s que psychologue, infirmier(ère), le médecin du travail ou le médecin scolaire, les services sociaux, éducatifs. (4)

Dans le cas d'un trouble anxieux grave, une demande d'ALD 23 pourrait être réalisée, pour une prise en charge à 100% des patients concernés. Cela permettrait une meilleure prise en charge et un meilleur suivi du patient. Pour bénéficier du droit au remboursement, quelques critères suivants doivent être réunis : le diagnostic de l'affection, avec une ancienneté de plus d'un an au moment de la demande ainsi que la présence de conséquences fonctionnelles directes dans la vie quotidienne. (18)

5. Conséquences de l'anxiété

Variable d'un patient à l'autre, il n'est pas rare de constater un retentissement sur le fonctionnement **social, familial, professionnel** des malades. Il peut devenir très invalidant entraînant parfois une souffrance, telle que la qualité de vie en est altérée.

L'absentéisme, la diminution de concentration au lieu du travail et/ou aux tâches quotidiennes occupent également une place importante, ainsi qu'un recours aux soins plus fréquent. Dans certains cas, cela pourrait engendrer la perte d'emploi.

Les conséquences sur le plan économique seraient une diminution de la productivité au travail et une demande de soins élevée. (11,19)

6. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de réaliser une revue systématique de la littérature évaluant les outils de repérage de l'anxiété qui existent dans la littérature ayant leur utilité en soins primaires. Secondairement, l'objectif était de déterminer les outils de repérage de l'anxiété dont l'acceptabilité et la faisabilité en soins primaires sont établies.

MATERIELS ET METHODE

1. Bases interrogées

L'étude réalisée est une revue systématique de la littérature. La base de donnée utilisée était Pubmed et la date limite pour le recueil des données était fixée au 13/05/2024.

2. Définition des algorithmes de recherche

La première équation de recherche contenait 3 items et a été réalisée à partir des termes Mesh seulement :

- **Un item « repérage »** : les termes MeSH sont « mass screening », « psychometrics », « test anxiety scale », « psychological tests », « diagnosis ».
Ils ont été inclus, séparés par l'opérateur « OR ».
- **Un item « anxiété »** : les termes MeSH sont « anxiety » et « anxiety disorders ».
Ils ont été inclus, séparés par « OR ».
- **Un item « soins primaires »** : les termes MeSH sont « general practice », « general practitioners », « family practice », « primary health care », « primary care ».
Tous ont été inclus, séparés par l'opérateur « OR ».

Les 3 items ont été inclus dans l'équation, séparés par l'opérateur « AND ».

Le premier algorithme de recherche obtenu était :

```
(((((("Mass Screening"[Mesh]) OR "Psychometrics"[Mesh]) OR "Test Anxiety Scale"[Mesh]) OR "Psychological Tests"[Mesh]) OR "Diagnosis"[Mesh]) AND (("Anxiety"[Mesh]) OR "Anxiety Disorders"[Mesh])) AND (((("General Practice"[Mesh] OR "General Practitioners"[Mesh]) OR "Family Practice"[Mesh]) OR "Primary Health Care"[Mesh]) OR "Primary Care"[Mesh])
```

Une deuxième équation de recherche a été réalisée, en termes libres, avec les items suivants :

- **Un item « repérage »** : les termes retrouvés sont « mass screening », « psychometrics », « questionnaires », « psychological tests », « diagnosis », « testing ».
Tous ont été inclus, séparés par l'opérateur « OR ».
- **Un item « anxiété »** : les termes sont « angst », « anxiety », « anxiety disorders », « anxiety states », « nervousness », « anxiousness », « anxieties ».
Ils ont été inclus, séparés par « OR ».

- **Un item « soins primaires »:** les termes utilisés dans la littérature anglo-saxonne sont « primary health care », « general practitioners », « family practice », « primary care », « primary health care ». Ils ont été inclus, séparés par l'opérateur « OR ». Tous ont été inclus, séparés par l'opérateur « OR ».

Le 2^{ème} algorithme de recherche obtenu était :

("primary health care" OR "general practitioners" OR "family practice" OR "primary care" OR "primary health care") AND ("mass screening" OR psychometrics OR questionnaires OR "psychological tests" OR diagnosis OR testing) AND ("angst" OR "anxiety" OR "anxiety disorders" OR "anxiety states" OR Nervousness OR Anxiousness OR Anxieties)

La première équation de recherche a été utilisée en première intention et une comparaison des résultats entre les 2 équations a été réalisée ultérieurement. Compte tenu du fait que des articles supplémentaires ont été retrouvés (seulement) avec la 2^e équation, celle-ci a également été ajoutée dans l'étude, pour une recherche exhaustive de la littérature.

3. Critères d'inclusion

L'inclusion a été réalisée pour des articles qui comportent :

- l'évaluation de la validité d'un outil de repérage du trouble anxieux en soins primaires
- l'évaluation de la faisabilité d'un outil de repérage du trouble anxieux en soins primaires
- les articles publiés après l'année 2000
- les articles publiés en anglais ou en français

4. Critères d'exclusion

Ont été exclus :

- Les articles d'opinion, les éditoriaux, les articles didactiques et les revues non systématiques
- Les études réalisées sur des populations ayant des comorbidités psychiatriques, des troubles cognitifs ou sur la population pédiatrique
- Les études qui n'ont pas été réalisées en soins primaires (milieux hospitaliers ou autre)

5. Sélections des articles

Une première analyse a été réalisée pour la sélection des articles selon le titre, quand il était en rapport avec le domaine de l'anxiété. Après une deuxième lecture, une exclusion des articles qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion ou qui avaient des critères d'exclusion a été réalisée.

La liste finale des articles a été établie après les 2 lectures.

6. Analyse des articles

Le texte intégral des articles sélectionnés a été analysé et les outils retrouvés ont été analysés selon les caractéristiques suivantes :

Caractéristiques des études:

- Auteur, pays et année de publication
- Objectifs principal
- Type d'étude
- Population étudiée
- Modalité d'évaluation des outils

Caractéristiques des outils de repérage :

- Nom du test
- Repérage du trouble anxieux et/ou autres troubles
- Critères de validité interne : Se, Sp, VPP, VPN, AUROC, Cut-Off
- Fiabilité
- Faisabilité en soins primaires
- Nombre de questions et temps de passage
- Validation en version française
- Validation en version auto-administrée

RESULTATS

I. Articles sélectionnés

La recherche a permis d'obtenir 964 articles issus de la première équation et 6977 articles issus de la deuxième équation de recherche. Une première lecture a permis l'exclusion des articles n'abordant pas la thématique de repérage de l'anxiété et l'exclusion des doublons.

L'analyse sur le résumé a été réalisée sur 246 articles :

- 162 ont été exclus pour les motifs suivants:
 - Absence du premier critère d'inclusion : 85 articles n'évaluaient pas la validité d'un outil de repérage du trouble anxieux
 - Absence du deuxième critère d'inclusion : 40 articles n'évaluaient pas la faisabilité de l'outil de repérage
 - Présence du premier critère d'exclusion : 5 articles dont 2 étaient des revues non systématiques
 - Présence du deuxième critère d'exclusion : 19 articles réalisés sur des populations avec comorbidités psychiatriques ou des troubles cognitifs ou population pédiatrique
 - Présence du troisième critère d'exclusion : 13 articles réalisés en milieu hospitalier

Une lecture du texte intégral a été réalisée sur 84 articles.

Après cette lecture, articles ont été exclus de l'analyse pour les raisons suivantes :

- Absence du premier critère d'inclusion : 3 articles
- Absence du deuxième critère d'inclusion : 16 articles
- Présence du premier critère d'exclusion : 12 articles dont 8 étaient des revues non systématiques
- Présence du deuxième critère d'exclusion : 2 article

63 articles ont été inclus dans l'analyse, avec 13 articles supplémentaires issus de la bibliographie :

- 60 sont des études transversales
- 3 sont des revues systématiques

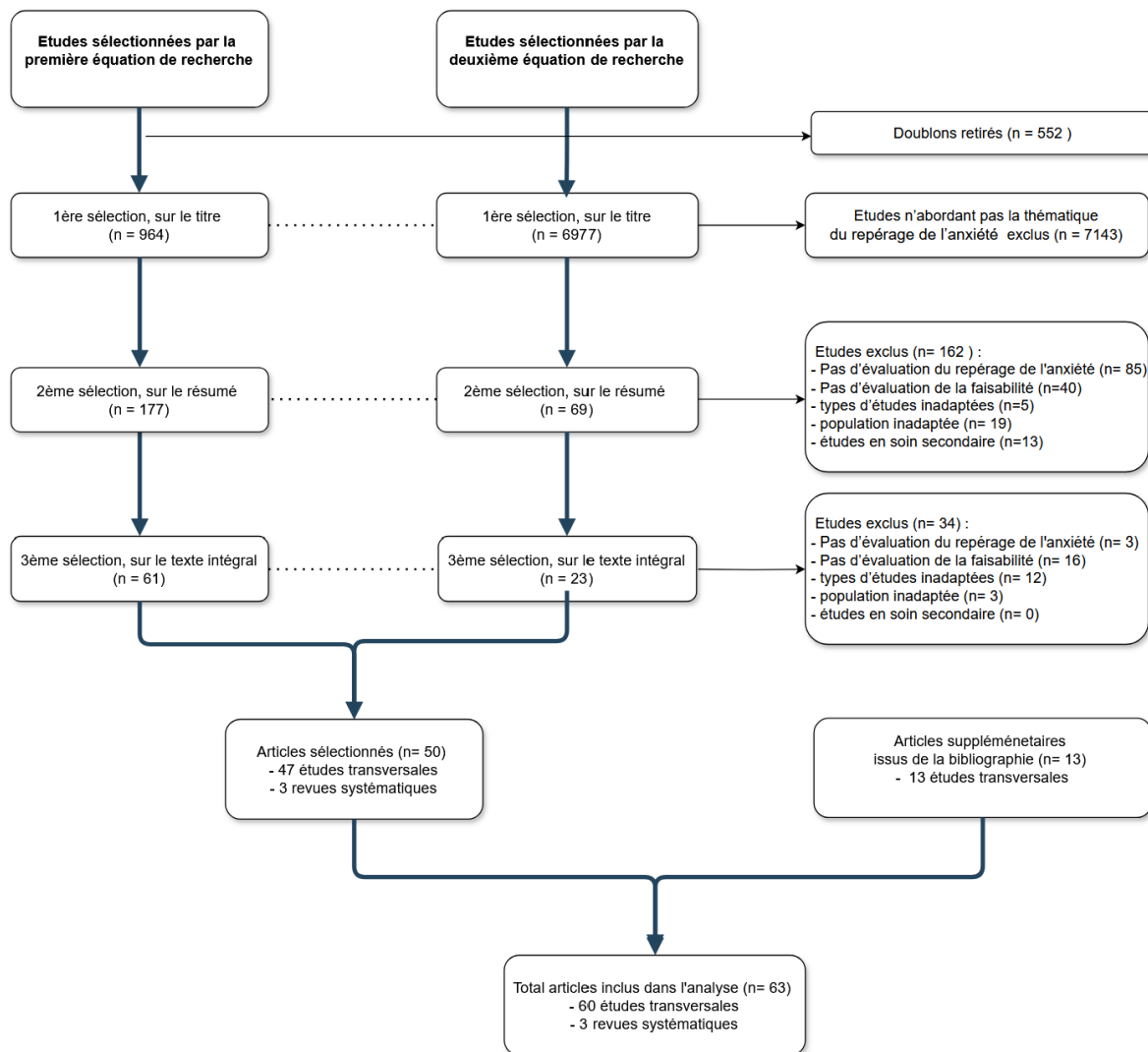


Fig 2. Flow Chart selon PRISMA

II. Analyse des articles

Les articles évalués ont été sélectionnés à partir de l'année 2000. Parmi le 60 articles, 9 ont été réalisés dans les dernières 5 années, mais aucun article dans les dernières 2 années.

Une revue systématique, conduite en 2011 par Benjamin et al a analysé les instruments de diagnostic destinés à l'usage ambulatoire pour l'anxiété généralisée et le trouble de panique. Les autres revues systématiques retrouvées n'ont pas abordé le sujet général du repérage de l'anxiété, mais seulement l'évaluation des questionnaires ciblés : le GAD-2 et le GAD-7 et le questionnaire sur la santé du patient (PHQ). (20–22) Les 55 autres études étaient toutes des études transversales. Les revues systématiques ont apporté peu d'informations supplémentaires, mais ont contribué à la conformité des données déjà obtenues.

La qualité des études analysées était variable. Concernant la comparabilité des études, la grande variabilité a été donnée par la taille des échantillons, entre 47 et 14833 participants. (23) Pour toutes les études prises en compte, l'origine des patients était la même, en soins primaires. Cependant, le terme de « soins primaires » a été traité d'une manière différente d'une étude à l'autre. 9 ont pris en compte la population issue de la salle d'attente de

différents centre de soins primaires, 2 de soins hospitaliers ambulatoires, tant qu'une étude a recueilli les données par conversation téléphonique avec les participants (24).

Pour le reste des articles, l'origine des échantillons n'a pas été clairement définie, même si la précision de « primary care setting » a été présente.

3 études ont proposé une rémunération aux personnes participant à l'étude (24–26).

La plupart des études analysées ont été réalisées aux Etats-Unis. D'autres pays présentes étaient : Espagne (2 études), France (3 études), Australie (1 étude), Allemagne (1 étude), Pays-Bas (3 études), Canada (2 études), Roumanie (1 étude), Italie (1 étude), Suède (2 études), Angleterre (3 études).

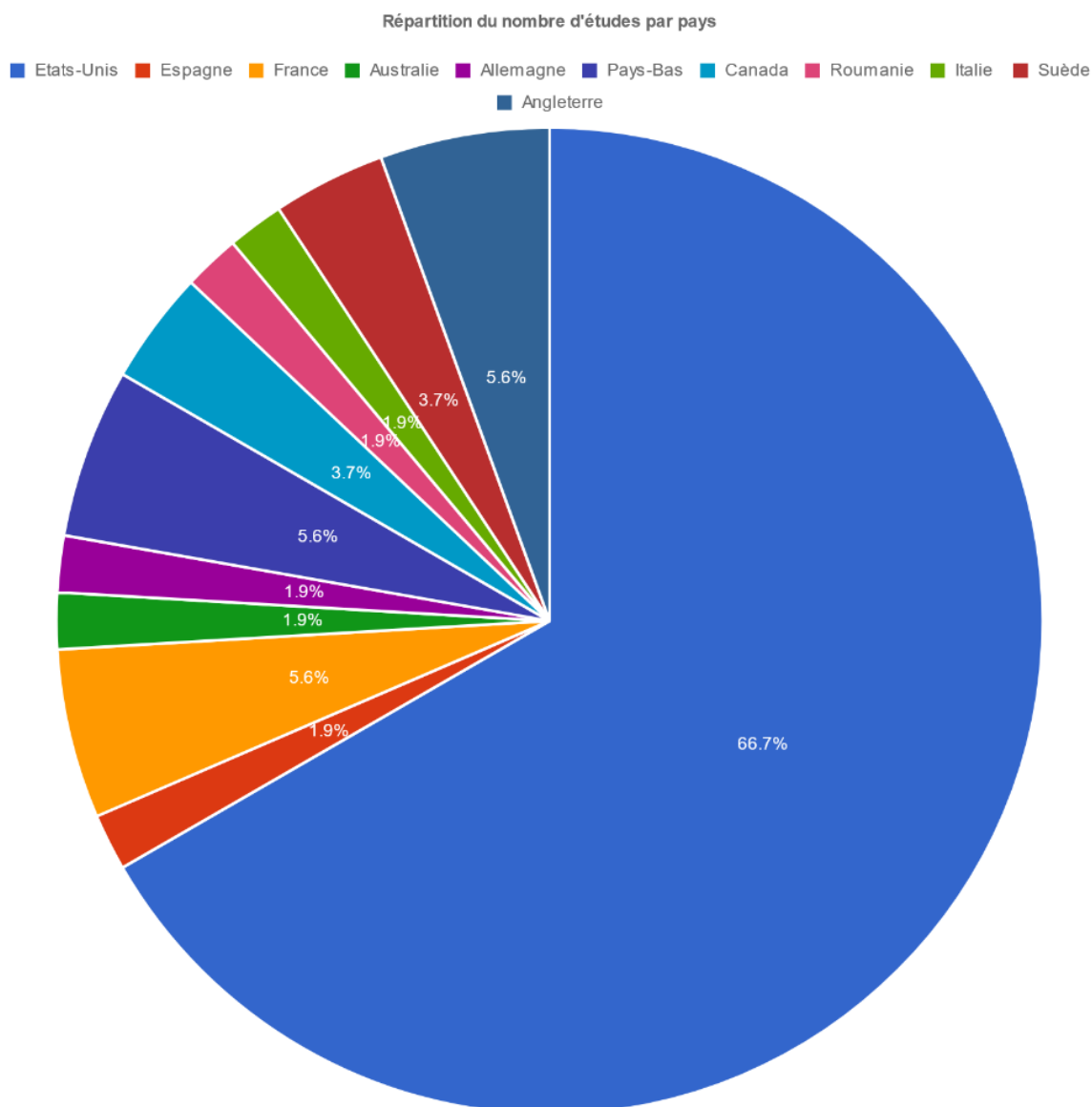


Fig. 3. Répartition du nombre d'études par pays

Concernant les caractéristiques sociodémographiques, la plupart des études ont précisé la répartition par sexes des participants (23,24,27–49), la majorité des répondants étant des femmes avec un pourcentage d'environ 65-70% pour l'ensemble des études. 15 études ont précisé le statut marital et seulement ont précisé l'ethnie (24,27–31). La moyenne d'âge pour les participants a été de 42 ans - l'âge étant précisé dans 24 études (23,24,28–48,50) - avec des moyennes d'âge entre 37 et 49 ans pour l'ensemble des études. L'influence de ces critères

(âge, sexe, ethnie) sur les propriétés psychométriques des études a été analysée par 6 études (23,26,34,38,40,51)

III. Evaluation des outils de repérage de l'anxiété

1. Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)

Le test a été initialement composé de 13 questions, qui demandait aux patients combien de fois, au cours des 2 dernières semaines, ils avaient été dérangés par les symptômes mentionnés. Les réponses possibles étaient : « jamais », « plusieurs jours », « plus de la moitié du temps », « presque tous les jours » et les scores représentatifs de 0, 1, 2 et 3. Un item supplémentaire a été additionné pour évaluer la durée des symptômes. Les nombre et les items ont été sélectionnés pour obtenir une bonne fiabilité et une bonne validité des critères diagnostiques et de construction. (45)

Le test final est composé de 7 items. Le score total de l'échelle est compris entre 0 et 21 et les scores représentatifs pour des symptômes d'anxiété légers, modérés ou sévères sont 5, 10 et 15. (45,51)

Les items présentent la corrélation la plus élevée avec le score total de l'échelle de 13 éléments ($r = 0,75-0,85$). L'analyse a montré une aire sous la courbe aussi bonne que celle de l'échelle contenant les 13 items. Les 2 critères fondamentaux de la définition du TAG sont réunis par les 3 premiers éléments du questionnaire. (45)

Un seuil qui a permis d'optimiser la sensibilité (89%) et la spécificité (82%) a été retrouvé. Même si les symptômes de trouble anxieux généralisé et de dépression coexistent fréquemment, l'analyse factorielle du questionnaire a permis une distinction claire entre les deux. Le GAD-7 est un outil de diagnostic validé à la fois dans le contexte des soins primaires et dans la population générale, (40,45) avec une fiabilité test-retest (corrélation intra classe 0.83). (52)

Le GAD-7 a été validé également pour le repérage du trouble de stress post-traumatique, du trouble d'anxiété sociale et du trouble panique (31).

Generalized Anxiety Disorder-2 (GAD-2)

Le GAD-2 est une version rapide du GAD-7 et intègre seulement les 2 premières questions de celui-ci, étant des éléments essentiels du trouble anxieux. Il arrive à mettre en évidence les éléments importants quel que soit le diagnostic spécifique sous-jacent. Les études réalisées ont confirmé une bonne sensibilité à 76% et une spécificité à 81%. (20,31,53,54)

Le questionnaire a été validé dans plusieurs études, qui ont confirmé la préservation des propriétés psychométriques du GAD-7. (20,53,55)

2. Generalized Anxiety Disorder Questionnaire for DSM-IV (GADQ-IV)

Le GADQ-IV est un questionnaire d'auto-évaluation composé de 9 éléments, basé sur les critères DSM-IV et DSM-5. Il comprend 4 questions oui/non qui évaluent si le participant a éprouvé une inquiétude excessive et/ou incontrôlable, une autre section du questionnaire

évalue les sujets d'inquiétude les plus fréquents et une question pour savoir si le participant a éprouvé des inquiétudes dans la plupart du temps. Si la réponse est affirmative, les participants continuent avec l'autre partie du questionnaire, qui comprend une liste de contrôle de 6 symptômes spécifiques pour le trouble anxieux généralisé. Les deux dernières questions demandent au participant de préciser l'intensité de détresse engendrée par l'inquiétude, sur une échelle de Likert de 8 points, pour laquelle la note 0 signifie aucune, 4 modérément et 8 signifiant très sévère. (56)

Il a été validé par Newman et al en 2002 et il a été comparé avec d'autres outils de repérage ultérieurement. Il a été utilisé pour la population plus âgée, étant un test adapté pour cette population, selon Diefenbach et al. (30,56)

Le questionnaire a une bonne sensibilité (de 85 à 97%) et une spécificité à 74-92% (57,58) Le seuil de 5.7 établi antérieurement montrait une sensibilité à 96% et une spécificité à 67%. (56)

3. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

L'échelle HAD est un outil de dépistage des troubles anxieux et dépressifs. Elle est composée de 14 éléments avec une cotation de 0 à 3. Il y a 7 questions qui captent l'anxiété (total A) et 7 questions concernant la dépression (total D), avec le score maximal de chacun qui est de 21. Elle a été conçue initialement pour les dépistages hospitalières, mais sa performance n'est pas négligeable pour les soins primaires ;

Les études menées sont tout à fait cohérentes en ce qui concerne l'affirmation de la validité, ainsi que la fiabilité de cette échelle en soins primaires. (23,39,41,43,47,59,60)

La consistance interne mesurée par le coefficient Cronbach alpha a été retrouvée satisfaisante et cela confirme la fiabilité de l'instrument. (43)

La sensibilité de la sous-échelle d'anxiété s'est étalée de 66 à 88%, avec une meilleure spécificité entre 75 et 93%. La valeur prédictive positive était de 53%, la valeur prédictive négative de 90% et l'aire sous la courbe ROC de 0.76. Il semble adapté de mentionner que les sous-échelles HADS (HADS-A et HADS-D) lorsqu'elles sont utilisées séparément, passent à côté d'environ 20% des patients souffrant de dépression ou de trouble anxieux. (43,47,61)

4. Questionnaire sur les inquiétudes et l'anxiété (QIA)

Le questionnaire est composé de 6 questions, réalisées selon les critères diagnostiques DSM-IV-TR. Elles mesurent les inquiétudes les plus fréquentes, le caractère de l'inquiétude (excessif ou incontrôlable), la fréquence et la durée du trouble, les symptômes somatiques associés (irritabilité, insomnies, fatigabilité, tensions musculaires, agitation etc) ainsi que la détresse associée. Chaque élément (sauf le premier qui est une question ouverte) a une cotation de 0 à 8 pour une évaluation qualitative, 0 correspondant à aucune difficulté, 4 une difficulté modérée et 8 une difficulté extrême. (42)

La sensibilité a été de 84,2 % et la spécificité de 61,5 %. La valeur prédictive positive obtenue a été évaluée à 76.2% et la valeur prédictive négative à 72.7%.

Le QIA s'avère donc un instrument utile, facile d'administration et souple. Cependant, la qualité de cette étude est moindre, avec une randomisation insuffisante et une taille de l'échantillon trop petite pour affirmer ces résultats avec certitude. (42)

5. *The State-Trait anxiety inventory (STAI)*

Initialement publiée sous la forme STAI-X, STAI-Y est la version plus récente, validée par Spielberger et al en 1983, qui ne contient plus les éléments liés à la dépression. Ainsi, celle-ci ne mesure que la composante anxieuse.

Cette mesure comprend 2 échelles : l'échelle d'anxiété d'état (S-Anxiety) qui évalue l'état d'anxiété actuel et l'échelle d'anxiété « trait » (T- Anxiety) qui mesure les aspects relativement stables concernant l'anxiété (y compris les états généraux de calme, de sécurité et de confiance). Il est composé de 40 items, 20 pour chaque échelle. Le score est attribué en fonction de la fréquence des symptômes, allant de 1 (pas de tout) à 4 (tout à fait). Le score final est de 25-80, le score le plus élevé indiquant un niveau plus élevé d'anxiété. (61,62)

Le STAI-Y est très sensible au changement et peut ainsi être utilisé pour évaluer l'évolution des niveaux d'anxiété à différents moments. La sensibilité a été à 81%, la spécificité à 77.5%, une valeur prédictive positive à 42% et une valeur prédictive négative à 95.4% l'aire sous la courbe à 84,7 %.(61)

Selon une étude plus récente, il a été observé que l'activité cérébrale serait différente dans le contexte d'une anxiété généralisée « trait » du cas de l'anxiété de performance. Ces différences impliquent également une pratique différente dans la prise en charge des patients. (63)

Il existe également une variante plus courte, de 6 items :

Chlan et al, 2003, ont développé une variante plus courte, avec seulement 6 éléments, après une analyse des 20 éléments du questionnaire original. Le coefficient de corrélation a été entre 0.7 et 0.83 et la variante de 6 éléments a obtenu une bonne corrélation avec la variante de 20 éléments ($r = 0.92$). Les propriétés psychométriques de cette variante confirment une alternative valide du questionnaire original de 20 items. (38,64)

6. *Beck Anxiety Inventory (BAI)*

Le BAI est composé de 21 éléments qui reflètent les symptômes affectifs comme « terrifié », « nerveux », « peur du pire » et de symptômes somatiques comme « battements du cœur ou accélérations », « difficultés respiratoires ». Les symptômes sont évalués sur une échelle de 4 points, qui évalue à quel point la personne a été gênée par ces symptômes au cours de la dernière semaine, 0 signifiant « pas du tout » et 3 « gravement ». (30)

C'est un outil largement utilisé, dont les propriétés psychométriques sont établies. La sensibilité a été à 85%, la spécificité à 88.1%, avec un AUC à 92%. (65)

7. *Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)*

Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation conçu pour le dépistage du trait d'inquiétude, qui est la caractéristique principale du TAG. Il a été réalisé en 1990 par Meyer et al et validé dans la langue française en 2001 par Gosselin et al. (66)

Il est composé de 16 éléments, chacun évaluant la fréquence et la gravité des inquiétudes dans différents contextes. Les réponses à ces questions sont réparties sur une échelle allant de 1 (pas du tout caractéristique) à 5 (extrêmement caractéristique). L'échelle permet une compréhension plus approfondie de l'inquiétude, grâce à la construction psychologique

distincte. Le score final se situe entre 16 et 80, avec les valeurs plus élevées indiquant des niveaux plus élevés d'inquiétude. (66,67)

Le PSWQ représente une cohérence interne excellente (alpha de Cronbach moyen de 0,90). La sensibilité est à 90-92% et la spécificité à 88-90%. (66)

PSWQ est également un des outils les plus utilisés et a montré également une validité convergente supérieure par rapport aux autres mesures d'auto-évaluation qui existent pour les personnes âgées. (68)

8. Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS)

L'OASIS est un outil bref d'évaluation de la gravité de l'anxiété et de la déficience fonctionnelle. Il peut être appliqué pour tous les troubles anxieux, ainsi que des multiples troubles anxieux. (69)

Il a démontré une excellente fiabilité test-retest sur un mois et une validité convergente et divergente. Le Cronbach était à 0.80. La sensibilité a été évaluée à 87% et la spécificité à 71%. (69,70)

Le test est composé de 5 éléments de la semaine précédant le test et est notée sur une échelle Likert de 0 à 4, le score final étant entre 0 et 20. Un score plus élevé indique une gravité plus grande et une déficience liées à l'anxiété. La gravité est mesurée par des questions qui demandent la fréquence et l'intensité des symptômes. Il comprend également une question qui évalue l'évitement en tant que symptôme spécifique de l'anxiété. (70)

Une version plus courte du questionnaire existe également, avec une corrélation très bonne. (71)

9. Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)

Ce questionnaire a été conçu pour les unités de soins primaires en 1994. Il contient 26 questions oui/non sur les symptômes que le patient peut avoir ressentis au cours du dernier mois. (49,72)

Le questionnaire PRIME-MD a une sensibilité à 69% et une spécificité à 90%. (73)

Une version simplifiée du PRIME-MD, le PHQ (Patient Health Questionnaire). Le PHQ est composé de 3 pages avec des questions qui couvrent les maladies psychiatriques les plus courantes en soins primaires (troubles dépressifs, anxieux, alcooliques, somatoformes et alimentaires). Ces 5 groupes peuvent être utilisées ensembles ou séparément pour cibler une maladie spécifique. (39,41,49)

10. Generalized Anxiety Disorder Severity Scale (GADSS)

Le GADSS est un questionnaire composé de 10 éléments qui évaluent la gravité de l'anxiété chez les personnes âgées de plus de 18 ans. Il a été conçu pour être complété après avoir reçu un diagnostic ou devant des symptômes cliniquement significatifs. Ces questions concernent les 7 derniers jours. Chaque question est notée de 0 (jamais) à 5 (tout le temps). Le score total

est entre 0 et 40, avec le score plus élevé indiquant une sévérité plus importante de l'anxiété. (46)

Le GADSS a démontré une cohérence interne élevée, une bonne validité et une bonne sensibilité au changement, sur une population d'âge mixte. (46) Il est un instrument valide et fiable. Le score total et les scores de chaque élément de l'échelle étaient plus élevés chez les participants au TAG que chez ceux avec un trouble de panique, ce qui soutient sa spécificité pour le TAG. La sensibilité a été à 88% et la spécificité à 81% (30,46,74)

11. Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)

Le MINI a été conçu comme un bref entretien, ayant à la base les 5 principaux troubles psychiatriques du DSM-5 et de la CIM-10. Les résultats des études ont montré que le MINI est fiable et valide. La sensibilité pour le trouble anxieux a été entre 61 et 85% et la spécificité entre 72 et 97%, la valeur prédictive positive a été basse (0.34), mais la valeur prédictive négative a été très bonne pour toutes les pathologies. (75,76)

Le M.I.N.I. est divisé en modules identifiés par des lettres et chacun correspond à un diagnostic. Les caractéristiques principales de la pathologie sont présentées dans un encadré gris et à la fin de chaque section il y a des cases de diagnostic qui permettent à l'évaluateur d'apprécier si les critères de diagnostic sont remplis. (77)

12. Hopkins Symptom Checklist in 25 items (HSCL-25)

Le HSCL-25 aide au repérage de l'anxiété et de la dépression en soins primaires.

Il a une sensibilité à 59.1%, une spécificité à 91.4%, la valeur prédictive positive à 69.8% et celle prédictive négative à 87%, avec un Cronbach alpha à 0.93. (33)

Le test est composé de 25 questions en deux sous-sections liées à la présence et à l'intensité des symptômes d'anxiété et de dépression, concernant la semaine précédente. Les réponses sont réparties sur une échelle Likert de 0 (fortement en désaccord) à 4 (tout à fait d'accord). Le score final entre 1.00 et 4.00 et il est obtenu en divisant la somme de tous les éléments par 25. Un seuil qui est établi. Le dépassement de ce seuil correspond à une pathologie plus sévère.(33)

13. My Mood Monitor (M-3) checklist

Ce questionnaire a été élaboré pour des patients d'établissements de soins primaires. Il est composé de 27 questions au total, qui évaluent au cours des 2 dernières semaines, la présence de symptômes de trouble dépressif (7 questions), d'anxiété généralisée (2 questions), de trouble de panique (2 questions), de trouble d'anxiété sociale (1 question), de syndrome de stress post-traumatique (4 questions), de trouble obsessionnel compulsif (3 questions), antécédents de trouble du spectre bipolaire (4 questions). Les 4 dernières questions concernent la déficience fonctionnelle. Le score de chaque réponse varie de 0 (« pas du tout ») à 4 (« la plupart du temps »).

La sensibilité a été 0.83 et la spécificité 0.76, une valeur prédictive positive 0.65 et celle prédictive négative 0.89 pour tout trouble de l'humeur ou trouble anxieux.(29)

14. Depression Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21)

Le test a prouvé une excellente consistance interne et une validité convergente. La sensibilité a été 0.65 et la spécificité 0.68. Il a été validé pour la population adulte, mais également pour la population âgée. (25)

Une variante plus courte, de seulement 8 éléments existe également, avec une bonne cohérence avec le test d'origine. (78,79)

Le test comprend 21 questions, réparties en 3 sous-échelles qui évaluent la dépression, l'anxiété et le stress. Chacune contient 7 éléments. Le score final est obtenu en multipliant les scores de chaque sous-échelle par 2. Un score plus élevé montre une pathologie plus grave. (79)

15. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ)

Le 4DSQ a été conçu pour aider les médecins généralistes à différencier la détresse psychologique et les troubles psychologiques (somatisation, anxiété, dépression).

Le test a été traduit dans plusieurs langues, avec des mesures qui ont montré une équivalence entre la traduction française et le questionnaire néerlandais original. (80) Le score d'anxiété a eu une sensibilité à 62-90% et une spécificité à 56-85% pour la détection du trouble anxieux généralisé et qui est plus spécifique pour le trouble de panique. L'AUC concernant l'anxiété a été à 0.66. Il est également important de préciser que l'échelle d'anxiété a donné de meilleurs résultats concernant la détection du trouble de panique, de l'agoraphobie, de la phobie sociale, du trouble obsessionnel compulsif et du trouble du stress post-traumatiques que le TAG. (26,32,44,59)

Le 4DSQ est un questionnaire d'auto-évaluation de 50 éléments. Les items explorent 4 échelles : détresse, dépression, anxiété et somatisation. Il y a 6 éléments pour la dépression, 4 pour l'anxiété, 4 éléments spécifiques des troubles dépressifs et anxieux, 16 éléments qui évaluent la détresse, 3 éléments qui mesurent différents aspects liés au travail, à la famille, aux événements de vie ou aux difficultés psychosociales, 16 éléments associés à la détresse somatique. Les choix des réponses sont de type Likert de 0 (non), 1 (parfois) et 2 (régulièrement, souvent, très souvent ou constamment). L'interprétation du score est réalisée en fonction du seuil, sachant qu'il existe des scores normaux, modérés et sévères. (44,80)

L'avantage du 4DSQ est de permettre aux médecins généralistes une exploration des problématiques particulièrement difficiles à aborder que les patients peuvent éviter ou nier (80)

IV. Evaluation de la faisabilité en soins primaires des outils de repérage

1. GAD-2 et GAD-7

Les chercheurs ont conclu que le GAD-2 et le GAD-7 fonctionnent de manière similaire, pouvant être tout aussi efficace concernant le dépistage. Ils ont suggéré d'utiliser le GAD-2 en première intention pour le dépistage du trouble anxieux généralisé et d'ajouter les autres 5 questions supplémentaires du GAD-7 pour obtenir plus d'informations en ce qui concerne la gravité des symptômes (pour ceux ayant un dépistage positif). Le temps de passation pour le GAD-7 a été estimé à 5 minutes maximum. (34,40,51)

Il est adapté également pour la population âgée et pour les adolescents. (40)

Les tests ont été réalisés pour une auto-administration, mais ils peuvent être utilisés également sous la forme d'un interrogatoire. Ce sont des outils qui ne consomment pas beaucoup de temps et la faisabilité en ambulatoire a été confirmée, ainsi que la traduction en français. (28)

il a une bonne corrélation avec des mesures de handicap. Les niveaux des TAG plus élevés sont corrélés avec des états d'invalidités plus graves. Cela pourrait être utile en médecine ambulatoire pour dépister les patients qui exigent plus d'attention en matière de soins. (45)

2. Generalized Anxiety Disorder Questionnaire for DSM-IV (GADQ-IV)

Le GADQ-IV est un outil d'auto-évaluation conçu pour le repérage du TAG, selon la définition DSM-IV. (56)

L'outil a démontré une bonne fiabilité test-retest,(57) et il est fiable pour une utilisation en médecine ambulatoire pour le dépistage du GAD. Il a été traduit en français et a été validé.

La durée de passation est estimée à environ 7 minutes. (56)

3. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Sa passation prend 2 à 5 minutes. Il s'est avéré acceptable par la population pour laquelle il a été réalisé, mais également en soins primaires. La variante en français présente de bonnes propriétés psychométriques pour le dépistage en ambulatoire et également pour les patients avec des comorbidités.(23)

4. Questionnaire sur les inquiétudes et l'anxiété (QIA)

Il n'y a pas de notion de la durée de passation de ce questionnaire, mais il a été considéré comme un outil adapté à la médecine ambulatoire. La qualité et le nombre d'études insuffisants pourrait remettre cet argument en question. (42)

La traduction française du questionnaire n'a pas encore été réalisée.

5. The state-trait anxiety inventory (STAI)

Le questionnaire STAI-Y est destiné à l'auto-administration, avec un temps de passation entre 5-10 minutes par échelle. Il est conseillé de répondre aux deux questionnaires et de remplir la version ETAT avant la version TRAIT. Utile en ambulatoire, il permet une meilleure compréhension de la nature de l'anxiété. (61)

Le test est utile également pour un dépistage dans la population gériatrique. (81)

La variante plus courte, composée de 6 items et qui a une bonne corrélation avec le questionnaire de base, pourrait être une meilleure alternative en ambulatoire, mais également dans la recherche. (38) Le temps de passation n'a pas été estimé, mais il serait possible de le calculer.

6. Beck anxiety inventory (BAI)

Les résultats des études suggèrent que le BAI peut être utilisé en soins primaires pour indiquer la gravité de l'anxiété. Cependant, comme il peut évaluer également la gravité de la dépression il ne semble pas un instrument utile pour faire la distinction entre les deux. (37)

Il est proposé pour une usage pour la population âgée également. (30)

7. Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)

La fiabilité du test en médecine ambulatoire a été prouvée, avec un temps de passation estimé entre 5 et 10 minutes. Il a été validé en français par Gosselin et al. (66)

Le questionnaire abrégé pourrait être un outil plus pratique. (67)

8. Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS)

Ce test est fiable pour l'utilisation en soins primaires. Le temps de passation n'a pas été retrouvé.

Le temps de passation de la version plus courte est de 2-3 minutes. (69,71)

9. Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)

La faisabilité est questionable. Même si le questionnaire a un temps de passation de seulement 8.4 minutes, cela représente une durée importante pour une réalisation en ambulatoire. (24,57)

La version simplifiée du test, PHQ, permet un temps de passation de moins de 3 minutes. (39,41)

10. Generalized Anxiety Disorder Severity Scale (GADSS)

Le GADSS est un outil d'auto-évaluation avec une faisabilité en soins primaires prouvée. Son temps de passation a été estimé à 6.7 minutes. (46) Cependant, il n'existe pas encore de version française de ce questionnaire pour l'instant.

11. Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)

Le MINI est un questionnaire d'auto-évaluation qui a été très bien accepté par les patients et par les médecins généralistes, il n'a pas été considéré comme intrusif, ni fatiguant par les patients. Il existe en format papier et également en format électronique.

Le temps de passation est estimé à 26 minutes (entre 12 et 60 minutes) ou d'après Sheehan et al, à 18.7 minutes +/- 11.6 minutes et une médiane à 15 minutes. Devant sa complexité, il devrait être utilisé par les cliniciens après une courte formation (75,77)

12. Hopkins Symptom Checklist in 25 items (HSCL-25)

Le HSCL-25 est un questionnaire auto-administré fiable et ergonomique et sa faisabilité en médecine ambulatoire a été prouvée.

Le temps de réalisation du questionnaire est entre 5-10 minutes. (33)

13. My Mood Monitor (M-3) checklist

La réalisation du questionnaire prend moins de 5 minutes. 63% des participants à l'étude ont affirmé que le test a facilité la communication avec leur médecin et que le test les a aidé à parler à leur médecin de leurs sentiments et de leur humeur. (29)

Cependant, le questionnaire n'a pas encore été validé en France.

14. Depression Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21)

Le test a été validé dans la population française et il est adapté pour une utilisation en ambulatoire, malgré le fait que le temps de passation n'est pas précisé. (79)

15. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ)

Le 4DSQ est un auto-questionnaire qui existe également pour la population française. Sa durée de passation n'a pas été retrouvée. (80)

Test	Nombre de questions	Temps de passage	Version auto-administrée	Version rapide	Sensibilité	Spécificité	Population validée
GAD-7	7	5min	OUI	GAD-2	89%	82%	Adulte et Sénior
GADQ-IV*	9	7 minutes	OUI	NC	85-97%	74-92%	Adulte et Sénior
HADS	14	2 à 5 minutes	OUI	NC	66-88%	75-93%	Adulte
QIA*	6	NC	OUI	NC	84,2%	61,5%	Adulte
STAI	20x2	5-10 minutes par échelle	OUI	OUI	81%	77,5%	Adulte et Sénior
BAI	21	NC	OUI	NC	85%	88,1%	Adulte et Sénior
PSWQ	16	5-10 minutes	OUI	NC	90-92%	88-90%	Adulte et Sénior
OASIS*	5	2-3min version rapide	OUI	OUI	87%	71%	Adulte
PRIME-MD	26	8.4 minutes	OUI	PHQ	69%	90%	Adulte et Sénior
GADSS*	10	6.7 minutes	OUI	NC	88%	81%	Adulte et Sénior
MINI	5 modules	15 minutes	OUI	NC	61-85%	72-97%	Adulte
HSCL-25	25	5-10 minutes	OUI	NC	59.10%	91,4%	Adulte
M-3 Checklist*	27	5 minutes	OUI	NC	83%	76%	Adulte
DASS-21	21	NC	OUI	OUI	65%	68%	Adulte
4DSQ	50	NC	OUI	NC	62-90%	56-85%	Adulte

* Questionnaires pas encore validé en français

Tableau 1: Comparaison des propriétés psychométriques et des critères de faisabilité des tests de repérage de l'anxiété en soins primaires

DISCUSSION

Résultats principaux

Le GAD-7 est parmi les tests les plus utilisés et les plus évalués, pour le repérage et mesure de la sévérité de l'anxiété dans la pratique clinique et dans la recherche. Ses valeurs psychométriques et ses critères de faisabilité apportent une meilleure garantie concernant son utilisation en soins primaires. Il existe également en version française, en version auto-administrable. Sa variante raccourcie, le GAD-2 représente une copie fiable du GAD-7 et conserve les mêmes propriétés psychométriques, avec un temps de passation plus court. Parmi les 15 outils de dépistage retrouvés, il semble le plus adapté à l'usage dans la consultation de médecine générale.

Diversité des outils de repérage

Concernant le temps de passation, la durée est estimée à 2 minutes pour le HADS jusqu'à 15 minutes pour le MINI. Pour certains, le temps de passation n'a pas été précisé. Il y a peu de questions pour le GAD-2 (2 questions) davantage pour le 4DSQ (50 questions).

La qualité des études analysées était variable. Concernant la comparabilité des études, la grande variabilité a été donnée par la taille des échantillons, entre 47 et 14833 participants. L'origine des patients était identique pour toutes les études, en soins primaires, même si pour certaines études, l'origine des échantillons n'a pas été clairement définie.

Le GADSS et également le QIA seraient spécifiques pour le trouble anxieux généralisé, avec des résultats de l'étude qui restent en discussion concernant le dernier. Les autres outils peuvent être utilisés pour dépister plusieurs troubles anxieux en plus du TAG, comme le trouble de stress post-traumatique, le trouble d'anxiété sociale ou le trouble de panique (GAD-7, HADS-A, OASIS, DASS-21, PSWQ, BAI, GADQ-IV) ou autres troubles psychiatriques (PRIME-MD, MINI, M-3, 4DSQ). Le test STAI mesure l'anxiété sans faire la différence entre ces troubles.

L'évaluation de la faisabilité en ambulatoire des outils présentés a été évaluées par des médecins généralistes et des patients dans seulement une des études, pour le questionnaire MINI. Il a été très bien accepté par les patients et par les médecins généralistes.

Modalités d'administration

La majorité des tests ont été réalisés par une auto-administration, mais certains ont été utilisés en interrogatoire dans le cadre de l'étude (GAD-2, GAD-7, BAI, HADS-A, MINI, OASIS, GADSS, PHQ-9) et d'autres par entretien téléphonique.

Forces et limites

Limites

Cette revue systématique a interrogé seulement une base de données. Malgré le fait qu'elle représente une source fiable, elle est largement utilisée dans le champs de la discipline, certainement d'autres ressources auraient pu être explorées également. Cependant, les revues systématiques retrouvées, dont une qui traite le sujet général du trouble anxieux n'ont pas apporté de références supplémentaires.

L'absence de double lecture des références pourrait induire des biais. En effet, la sélection d'articles n'a pas été réalisée que par le thésard.

Hétérogénéité d'articles

La qualité des études reste discutable, la randomisation et une évaluation en aveugle n'ont pas clairement été définies pour la plupart des articles. Une étude mentionne une réalisation des interrogatoires par téléphone et 3 études ont proposé une rémunération aux personnes participant à l'étude.

La comparabilité des articles reste difficile, devant des échantillons de taille variable, les classes d'âge et les ethnies des populations différentes, le test de référence utilisé qui n'est pas toujours le même, ainsi que les objectifs qui ne sont pas les mêmes.

Conclusions et Perspectives

Devant le nombre élevé des consultations pour un trouble anxieux en médecine générale, un outil de dépistage valide et faisable serait important pour les médecins généralistes, pour une meilleur prise en charge de ces patients.

A l'heure actuelle, 15 questionnaires ont été identifiés par cette recherche, dont 10 validés dans la langue française.

Parmi les 15 outils retrouvés, le GAD-7 avec sa version simplifiée, le GAD-2, se distinguent des autres par leur faisabilité en soins primaires, avec un temps court de passation et des valeurs psychométriques très bonnes concernant le diagnostic des troubles anxieux les plus courants en médecine générale. Il est adapté à la population adulte, mais également à la population âgée et les adolescents.

Une thèse de médecine générale présentée en 2023 par Clémence Decaux à Amiens a évalué l'utilisation des scores en médecine générale, en interrogeant des médecins généralistes de Picardie. Malgré le fait que les médecins ont considéré les tests comme de bons outils scientifiques, qui aident à la prise de décisions et à lever le doute, ils sont considérés trop chronophages ou trop complexes et qui ne peuvent pas remplacer l'interrogatoire et l'expérience(82). Pour donner suite à cette étude, il faudrait évaluer si le GAD-7 et le GAD-2 vont être utilisés et quel est le ressenti des médecins généralistes qui les utilisent régulièrement en consultation.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Natanson J. La peur et l'angoisse. *Imaginaire & Inconscient*. 2008;22(2):161–73.
2. Widlöcher D. Le langage de l'angoisse. *Libres cahiers pour la psychanalyse*. 2010;21(1):17–33.
3. Renaud Lebarbier- Psychologue à Vernon 27200 [Internet]. 2018 [cité 2024 May 19]. L'angoisse. Chapitre 2. Les premières théories de Freud. Disponible sur: <https://www.psychologue-vernon.fr/2018/10/12/l-angoisse-chapitre-2-les-premi%C3%A8res-th%C3%A9ories-de-freud/>
4. Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. 2001 Mar;
5. Olariu E, Forero CG, Castro-Rodriguez JI, Rodrigo-Calvo MT, Álvarez P, Martín-López LM, et al. Detection of anxiety disorders in primary care: a meta-analysis of assisted and unassisted diagnoses. *Depress Anxiety*. 2015 Jul;32(7):471–84.
6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision DSM-5-TR. In: 5ème édition. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; p. 250–4.
7. Lieb R, Becker E, Altamura C. The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005 Aug;15(4):445–52.
8. Inserm [Internet]. [cité 2024 Apr 7]. Troubles anxieux · Inserm, La science pour la santé. Available from: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-anxieux/>
9. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf [Internet]. [cité 2024 Apr 7]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
10. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 2024 Apr 7]. Available from: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_3.html
11. DeMartini J, Patel G, Fancher TL. Generalized Anxiety Disorder. *Ann Intern Med*. 2019 Apr 2;170(7):ITC49–64.
12. Chessick CA, Allen MH, Thase ME, Batista Miralha Da Cunha AA, Kapczinski F, Silva De Lima M, et al. Azapirones for generalized anxiety disorder. Cochrane Common Mental Disorders Group, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2006 Jul 19 [cité 2024 Jul 15];2015(6). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006115>
13. Dhawan K, Kumar S, Sharma A. Suppression of alcohol-cessation-oriented hyper-anxiety by the benzoflavone moiety of *Passiflora incarnata* Linnaeus in mice. *Journal of Ethnopharmacology*. 2002 Jul;81(2):239–44.
14. Pittler MH, Ernst E. Kava extract versus placebo for treating anxiety. Cochrane Common Mental Disorders Group, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2003 Jan 20 [cité 2024 Jul 16]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003383>
15. De Sousa D, Hocayen P, Andrade L, Andreatini R. A Systematic Review of the Anxiolytic-Like Effects of Essential Oils in Animal Models. *Molecules*. 2015 Oct 14;20(10):18620–60.
16. Norton J, Capdevielle D, Boulenger JP. 13. Épidémiologie, facteurs de risque, incapacité et coût social des troubles anxieux. In: *Les troubles anxieux* [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2014 [cité 2024 May 19]. p. 119–31. (Psychiatrie). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-troubles-anxieux--9782257204080-p-119.htm>
17. Anxiety and mood disorders in primary care practice - PubMed [Internet]. [cité 2024 May 26]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24926839/>
18. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 2024 Apr 7]. ALD n° 23 - Troubles anxieux graves. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_556489/fr/ald-n-23-troubles-anxieux-graves

19. Love AS, Love R. Anxiety Disorders in Primary Care Settings. *Nurs Clin North Am*. 2019 Dec;54(4):473–93.
20. Plummer F, Manea L, Trepel D, McMillan D. Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic metaanalysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;39:24–31.
21. Benjamin S, Herr NR, McDuffie J, Nagi A, Williams JW. Performance Characteristics of Self-Report Instruments for Diagnosing Generalized Anxiety and Panic Disorders in Primary Care: A Systematic Review [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US); 2011 [cité 2024 May 26]. (VA Evidence-based Synthesis Program Reports). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82540/>
22. K K, RI S, Jb W, B L. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General hospital psychiatry* [Internet]. 2010 Aug [cité 2024 Jul 4];32(4). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20633738/>
23. Roberge P, Doré I, Menear M, Chartrand E, Ciampi A, Duhoux A, et al. A psychometric evaluation of the French Canadian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large primary care population. *J Affect Disord*. 2013 May;147(1–3):171–9.
24. Rollman BL, Belnap BH, Mazumdar S, Zhu F, Kroenke K, Schulberg HC, et al. Symptomatic severity of PRIME-MD diagnosed episodes of panic and generalized anxiety disorder in primary care. *J Gen Intern Med*. 2005 Jul;20(7):623–8.
25. Gloster AT, Rhoades HM, Novy D, Klotsche J, Senior A, Kunik M, et al. Psychometric properties of the Depression Anxiety and Stress Scale-21 in older primary care patients. *J Affect Disord*. 2008 Oct;110(3):248–59.
26. Kleinstäuber M, Exner A, Lambert MJ, Terluin B. Validation of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) in a mental health setting. *Psychol Health Med*. 2021;26(sup1):1–19.
27. Moriana JA, Jurado-González FJ, García-Torres F, Contreras A, Muñoz-Navarro R, González-Blanch C, et al. Exploring the structure of the GAD-7 scale in primary care patients with emotional disorders: A network analysis approach. *J Clin Psychol*. 2021;78(2):283–97.
28. Ruiz MA, Zamorano E, García-Campayo J, Pardo A, Freire O, Rejas J. Validity of the GAD-7 scale as an outcome measure of disability in patients with generalized anxiety disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2011 Feb;128(3):277–86.
29. Gaynes BN, DeVeauh-Geiss J, Weir S, Gu H, MacPherson C, Schulberg HC, et al. Feasibility and diagnostic validity of the M-3 checklist: a brief, self-rated screen for depressive, bipolar, anxiety, and post-traumatic stress disorders in primary care. *Ann Fam Med*. 2010;8(2):160–9.
30. Diefenbach GJ, Tolin DF, Meunier SA, Gilliam CM. Assessment of anxiety in older home care recipients. *Gerontologist*. 2009 Apr;49(2):141–53.
31. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med*. 2007 Mar 6;146(5):317–25.
32. Terluin B, Oosterbaan DB, Brouwers EPM, van Straten A, van de Ven PM, Langerak W, et al. To what extent does the anxiety scale of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) detect specific types of anxiety disorder in primary care? A psychometric study. *BMC Psychiatry*. 2014 Apr 24;14:121.
33. Nabbe P, Le Reste JY, Guillou-Landreat M, Gatineau F, Le Floch B, Montier T, et al. The French version of the HSCL-25 has now been validated for use in primary care. *PLoS One*. 2019;14(4):e0214804.
34. Moreno E, Muñoz-Navarro R, Medrano LA, González-Blanch C, Ruiz-Rodríguez P, Limonero JT, et al. Factorial invariance of a computerized version of the GAD-7 across various

- demographic groups and over time in primary care patients. *J Affect Disord*. 2019 Jun 1;252:114–21.
35. Kroenke et al. Patient Health Questionnaire Anxiety and Depression Scale: Initial Validation in Three Clinical Trials - PubMed [Internet]. 2016 [cité 2024 May 26]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27187854/>
 36. Muntingh ADT, De Heer EW, Van Marwijk HWJ, Adèr HJ, Van Balkom AJLM, Spinhoven P, et al. Screening high-risk patients and assisting in diagnosing anxiety in primary care: the Patient Health Questionnaire evaluated. *BMC Psychiatry*. 2013 Jul 17;13:192.
 37. Muntingh ADT, van der Feltz-Cornelis CM, van Marwijk HWJ, Spinhoven P, Penninx BWJH, van Balkom AJLM. Is the Beck Anxiety Inventory a good tool to assess the severity of anxiety? A primary care study in the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *BMC Fam Pract*. 2011 Jul 4;12:66.
 38. Court H, Greenland K, Margrain TH. Measuring patient anxiety in primary care: Rasch analysis of the 6-item Spielberger State Anxiety Scale. *Value Health*. 2010;13(6):813–9.
 39. Hansson M, Chotai J, Nordstöm A, Bodlund O. Comparison of two self-rating scales to detect depression: HADS and PHQ-9. *Br J Gen Pract*. 2009 Sep;59(566):e283-288.
 40. Löwe B, Decker O, Müller S, Brähler E, Schellberg D, Herzog W, et al. Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Med Care*. 2008 Mar;46(3):266–74.
 41. Cameron IM, Crawford JR, Lawton K, Reid IC. Psychometric comparison of PHQ-9 and HADS for measuring depression severity in primary care. *Br J Gen Pract*. 2008 Jan;58(546):32–6.
 42. Belleville G, Bélanger L, Ladouceur R, Morin CM. [Sensitivity and specificity of the worry and anxiety questionnaire (WAQ) in a sample of health-care users in the province of Quebec]. *Encephale*. 2008 Jun;34(3):240–8.
 43. Bunevicius A, Peceliuniene J, Mickuviene N, Valius L, Bunevicius R. Screening for depression and anxiety disorders in primary care patients. *Depress Anxiety*. 2007;24(7):455–60.
 44. Terluin B, van Marwijk HWJ, Adèr HJ, de Vet HCW, Penninx BWJH, Hermens MLM, et al. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry*. 2006 Aug 22;6:34.
 45. Spitzer et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7 - PubMed [Internet]. 2006 [cité 2024 May 26]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16717171/>
 46. Shear K, Belnap BH, Mazumdar S, Houck P, Rollman BL. Generalized anxiety disorder severity scale (GADSS): a preliminary validation study. *Depress Anxiety*. 2006;23(2):77–82.
 47. Olsson I, Mykletun A, Dahl AA. The Hospital Anxiety and Depression Rating Scale: a cross-sectional study of psychometrics and case finding abilities in general practice. *BMC Psychiatry*. 2005 Dec 14;5:46.
 48. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HMC, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med*. 2002 Jul;32(5):843–53.
 49. Staab JP, Datto CJ, Weinrieb RM, Gariti P, Rynn M, Evans DL. Detection and diagnosis of psychiatric disorders in primary medical care settings. *Med Clin North Am*. 2001 May;85(3):579–96.
 50. Byrne GJ, Pachana NA. Development and validation of a short form of the Geriatric Anxiety Inventory--the GAI-SF. *Int Psychogeriatr*. 2011 Feb;23(1):125–31.

51. Jordan P, Shedden-Mora MC, Löwe B. Psychometric analysis of the Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7) in primary care using modern item response theory. *PLoS One*. 2017;12(8):e0182162.
52. Herr NR, Williams JW, Benjamin S, McDuffie J. Does this patient have generalized anxiety or panic disorder?: The Rational Clinical Examination systematic review. *JAMA*. 2014 Jul 2;312(1):78–84.
53. Sapra A, Bhandari P, Sharma S, Chanpura T, Lopp L. Using Generalized Anxiety Disorder-2 (GAD-2) and GAD-7 in a Primary Care Setting. *Cureus*. 2020 May 21;12(5):e8224.
54. Ebell MH. Diagnosis of anxiety disorders in primary care. *Am Fam Physician*. 2008 Aug 15;78(4):501–2.
55. Hughes JL, Grannemann BD, Trombello JM, Martin WB, Fuller AK, Trivedi MH. Psychometric properties of the Generalized Anxiety Disorder 7-item scale in youth: Screening in a primary care sample. *Ann Clin Psychiatry*. 2011 Nov;33(4):241–50.
56. Newman MG, Zuellig AR, Kachin KE, Constantino MJ, Przeworski A, Erickson T, et al. Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV [Internet]. 2002 [cité 2024 Jul 11]. Disponible sur: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/t04994-000>
57. Webb SA, Diefenbach G, Wagener P, Novy DM, Kunik M, Rhoades HM, et al. Comparison of self-report measures for identifying late-life generalized anxiety in primary care. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2008 Dec;21(4):223–31.
58. Staples AM, Mohlman J. Psychometric properties of the GAD-Q-IV and DERS in older, community-dwelling GAD patients and controls. *J Anxiety Disord*. 2012 Apr;26(3):385–92.
59. Terluin B, Brouwers EPM, van Marwijk HWJ, Verhaak PFM, van der Horst HE. Detecting depressive and anxiety disorders in distressed patients in primary care; comparative diagnostic accuracy of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *BMC Fam Pract*. 2009 Aug 23;10:58.
60. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002 Feb;52(2):69–77.
61. Julian LJ. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care & Research* [Internet]. 2011 Nov [cité 2024 Jul 13];63(S11). Disponible sur <https://acrjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/acr.20561>
62. Spielberger. Inventaire d'anxiété État-Trait Forme Y [State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)]. 2012;
63. Saviola F, Pappaianni E, Monti A, Grecucci A, Jovicich J, De Pisapia N. Trait and state anxiety are mapped differently in the human brain. *Sci Rep*. 2020 Jul 6;10(1):11112.
64. Chlan L, Savik K, Weinert C. Development of a shortened state anxiety scale from the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) for patients receiving mechanical ventilatory support. *J Nurs Meas*. 2003;11(3):283–93.
65. Oh H, Park K, Yoon S, Kim Y, Lee SH, Choi YY, et al. Clinical Utility of Beck Anxiety Inventory in Clinical and Nonclinical Korean Samples. *Front Psychiatry*. 2018 Dec 4;9:666.
66. Gosselin P. Évaluation des inquiétudes : validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. 2001;
67. Hopko, Ma S, DI R, JI W, Jg B, Dm N, et al. Assessing worry in older adults: confirmatory factor analysis of the Penn State Worry Questionnaire and psychometric properties of an abbreviated model. *Psychological assessment* [Internet]. 2003 Jun [cité 2024 Jul 3];15(2). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12847777/>
68. Stanley MA, Novy DM, Bourland SL, Beck JG, Averill PM. Assessing older adults with generalized anxiety: a replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*. 2001 Feb;39(2):221–35.

69. Norman SB, Cissell SH, Means-Christensen AJ, Stein MB. Development and validation of an Overall Anxiety Severity And Impairment Scale (OASIS). *Depress Anxiety*. 2006;23(4):245–9.
70. Campbell-Sills L, Norman SB, Craske MG, Sullivan G, Lang AJ, Chavira DA, et al. Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *J Affect Disord*. 2009 Jan;112(1–3):92–101.
71. Norman SB, Campbell-Sills L, Hitchcock CA, Sullivan S, Rochlin A, Wilkins KC, et al. Psychometrics of a Brief Measure of Anxiety to Detect Severity and Impairment: The Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *J Psychiatr Res*. 2011 Feb;45(2):262–8.
72. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*. 1994 Dec 14;272(22):1749–56.
73. Puddifoot S, Arroll B, Goodyear-Smith FA, Kerse NM, Fishman TG, Gunn JM. A new case-finding tool for anxiety: a pragmatic diagnostic validity study in primary care. *Int J Psychiatry Med*. 2007;37(4):371–81.
74. Weiss BJ, Calleo J, Rhoades HM, Novy DM, Kunik ME, Lenze EJ, et al. The utility of the Generalized Anxiety Disorder Severity Scale (GADSS) with older adults in primary care. *Depress Anxiety*. 2009;26(1):E10-15.
75. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1998;22–33.
76. Lecrubier Y, Sheehan D, 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 psychiatr*. 1997;12(5):224–31.
77. Pettersson A, Modin S, Wahlström R, Af Winklerfelt Hammarberg S, Krakau I. The Mini-International Neuropsychiatric Interview is useful and well accepted as part of the clinical assessment for depression and anxiety in primary care: a mixed-methods study. *BMC Fam Pract*. 2018 Jan 24;19(1):19.
78. Ali AM, Alkhamees AA, Hori H, Kim Y, Kunugi H. The Depression Anxiety Stress Scale 21: Development and Validation of the Depression Anxiety Stress Scale 8-Item in Psychiatric Patients and the General Public for Easier Mental Health Measurement in a Post COVID-19 World. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Sep 27;18(19):10142.
79. Yohannes AM, Dryden S, Hanania NA. Validity and Responsiveness of the Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) in COPD. *Chest*. 2019 Jun;155(6):1166–77.
80. Chambe J, Le Reste JY, Maisonneuve H, Sanselme AE, Oho-Mpondo J, Nabbe P, et al. Evaluating the validity of the French version of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire with differential item functioning analysis. *Fam Pract*. 2015 Aug;32(4):474–9.
81. Kvaal K, Laake K. Anxiety and well-being in older people after discharge from hospital. *J Adv Nurs*. 2003 Nov;44(3):271–7.
82. Clémence Decaux. Utilisation des scores en médecine générale. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Spécialité médecine générale; 2023.

Vu, le Directeur de Thèse

Docteur Alain AUMARECHAL
Médecine Générale
MSPU, 53 rue Christiane Granger
41100 VENDÔME
Tél. 02 54 77 70 00 - Fax 02 54 77 97 87
N° RPPS 0005060206

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de
Tours Tours, le**

POP Alexandra

43 pages – 1 tableau – 3 figures

Résumé : Introduction : Le trouble anxieux est un motif très fréquent de consultation en médecine générale et son repérage est très important. Un outil qui facilite ce repérage serait nécessaire.

Objectif : Evaluer les outils de repérage du trouble anxieux validés et adaptés en soins primaires.

Méthode : Deux algorithmes de recherche ont été réalisés, le premier par des termes MeSH pour les trois items : repérage, trouble anxieux et soins primaires et le deuxième en termes libres, avec des mots d'usage dans la littérature anglo-saxonne. Dans cette analyse ont été inclus seulement les articles évaluant la validité ou la faisabilité de l'outil de repérage en soins primaires.

Résultats : 76 articles ont été inclus dans l'analyse. La recherche a retrouvé 15 outils de repérage du trouble anxieux fiables et valides, dont 10 outils validés dans la langue française, certains étant spécifiques pour le trouble anxieux généralisé. La différence entre les tests a été donnée par les propriétés psychométriques différentes, le nombre de questions variable (de 2 pour le GAD-2 à 50 pour le 4DSQ), ainsi que le temps de passation différent (de 2 à 15 minutes). Le GAD-7 occupe une place importante sur la liste des outils de repérage analysés.

Conclusion : Le GAD-7 avec sa version simplifiée, le GAD-2, se distinguent des autres par leur faisabilité en soins primaires, avec un temps court de passation et des valeurs psychométriques très bonnes concernant le diagnostic des troubles anxieux les plus courants en médecine générale. Le questionnaire a permis également une distinction entre les troubles anxieux et la dépression, même si les symptômes coexistent fréquemment. Il est adapté à la population adulte, mais également à la population âgée et les adolescents.

Mots clés : repérage, trouble anxieux et soins primaires

Jury :

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU

Directeur de thèse : Docteur Alain AUMARECHAL

Membres du Jury : Docteur Laurence PHILIPPE

Docteur Jean-Jacques COULON

Date de soutenance : 7 novembre 2024