



### Cas n° 1

M<sup>me</sup> P vous confie, la larme à l'œil, qu'elle évite de rencontrer les membres de sa famille parce qu'elle est incapable de réprimer un sentiment d'anxiété intense et un besoin de déglutir. La crainte d'être ridicule lui fait éviter toute situation où elle se sent observée. Bien que le problème ait débuté il y a 10 ans, elle n'osait pas vous en parler, autant de peur de ne pas être comprise (elle ne le comprend pas elle-même) que parce qu'elle ne croit pas que vous puissiez l'aider. Elle dit souffrir tellement lors de ses contacts sociaux – souvent inévitables – qu'elle en perd toute raison de vivre et est prête à faire n'importe quoi pour s'en sortir.

Selon la National Comorbidity Survey<sup>1</sup>, 13,3 personnes sur 100 souffrent ou ont déjà souffert de phobie sociale, ce qui en fait le trouble psychiatrique le plus fréquent après la dépression et les toxicomanies. La prévalence à vie de la phobie sociale varie de 3 à 13 %, selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)<sup>2</sup>. (La classification des troubles phobiques est résumée au tableau I.)

La phobie sociale se caractérise par une peur persistante des situations où la personne est l'objet de l'observation d'autrui.

La réponse anxieuse est immédiate et peut prendre la forme d'une attaque de panique. Bien que le patient reconnaisse le caractère excessif de sa peur, il évite le plus souvent les situations sociales ou de performance. Si l'évitement est impossible, il affronte la situation avec une anxiété intense. Le diag-

# La phobie sociale

par Alain Côté

Il y a quelques années à peine, le médecin de famille avait peu à offrir à ses patients souffrant de timidité excessive. Aujourd'hui, des traitements efficaces existent.

## Tableau I

### Classification sommaire des phobies

#### Phobie sociale

- De performance (donner une conférence, par exemple)
- Généralisée, c'est-à-dire qui touche la majorité des contacts sociaux

#### Phobie spécifique

- Animal (insectes)
- Environnement naturel (hauteurs, orages)
- Sang, injections (prélèvements sanguins), accidents. Il s'agit d'un sous-type hautement familial caractérisé par une réponse vasovagale intense.
- Situationnelle (ponts, voyages aériens)
- Autres types (peur qu'ont les enfants des personnages déguisés, peur de vomir, etc.)

nostic n'est justifié que si l'évitement, la peur ou l'anticipation anxieuse entrave de façon importante le fonctionnement social et professionnel, ou si le patient ressent une souffrance marquée liée à la phobie.

Elle s'installe souvent précocement, dans l'adolescence, chez des patients déjà prédisposés par la timidité. Pensant qu'ils sont ainsi de nature, ils n'en parlent pas à leur médecin, comme M<sup>me</sup> P.

Les situations sociales déclenchent des pensées automatiques (dans le sens que lui donne l'approche cognitive) comme la faible estime de soi, le manque d'assurance, l'hypersensibilité à la critique et la surévaluation de

la probabilité d'un échec. L'augmentation de l'anxiété cause des réactions physiologiques (tremblements, bafouillage, rougissement, etc.), augmente la probabilité de bévues et, par conséquent, entraîne une baisse de performance et renforce l'évitement ainsi que l'échappement (figure 1).

#### Diagnostic différentiel

Les situations évitées par les patients atteints de phobie sociale et de trouble panique avec agoraphobie se ressemblent beaucoup. Par contre, plusieurs aspects les différencient.

L'attaque de panique n'est jamais spontanée dans la phobie sociale. Ainsi, dans une file d'attente, le patient craint

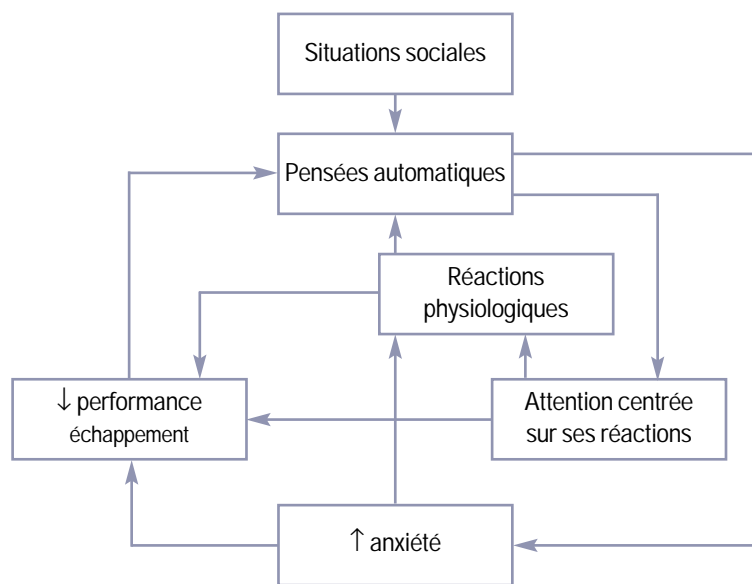
Le Dr Alain Côté, omnipraticien, exerce au sein de l'équipe de maintien à domicile du CLSC-CHSLD Sainte-Rose, à Laval.

La prévalence à vie de la phobie sociale varie de 3 à 13 %, selon le DSM-IV.

Repère

Figure 1

### Cercle vicieux des phobies sociales



Reproduit avec l'autorisation du D<sup>r</sup> Jean Goulet, psychiatre à la Cité de la Santé de Laval.

principalement d'être au centre de l'attention des gens derrière lui. Dans un restaurant, il recherche les endroits sombres où il ne sera pas remarqué.

Dans le trouble panique, les attaques de panique sont spontanées, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas provoquées par une pensée ni par un événement. Les symptômes sont d'ordre cardiovasculaire, et le patient craint principalement d'avoir un malaise en public. Il s'inquiétera donc du nombre de personnes devant lui dans une file d'attente : pourra-t-il sortir rapidement en cas d'attaque ? Au restaurant,

il s'installe habituellement près de la porte, à proximité des sorties<sup>3</sup>.

### Cas n° 2

*Tom, 26 ans, travaille dans une chaîne de montage de camions. Toujours considéré comme un bon employé, il est incapable de parler devant un groupe, d'aller au restaurant ou de faire la queue à la banque. Tom a peur de devenir trop anxieux dans ces circonstances et d'être jugé. Il va jusqu'à renoncer à demander sa « blonde » en mariage de peur de s'exposer à être observé par les invités.*

L'attaque de panique n'est jamais spontanée dans la phobie sociale. Ainsi, dans une file d'attente, le patient craint principalement d'être au centre de l'attention des gens derrière lui. Au restaurant, il recherche les endroits sombres où il ne sera pas remarqué.

La psychothérapie cognitivo-comportementale et les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) sont avérés efficaces et sécuritaires dans le traitement de la phobie sociale.

*Tom reconnaît que ces peurs sont illogiques, mais est incapable de les changer. Il a refusé des promotions au travail pour éviter des situations sociales difficiles.*

### Traitement

La psychothérapie cognitivo-comportementale consiste en une désensibilisation, en commençant par les situations sociales les moins anxiogènes, de concert avec le traitement des cognitions (pensées) dysfonctionnelles. Aidé par le psychologue, le patient acquiert l'habitude de prendre conscience de ses pensées au moment où l'émotion l'envahit, d'en examiner la validité et de leur substituer des pensées plus réalistes.

Ce traitement s'est avéré particulièrement efficace en thérapie de groupe avec des exercices d'exposition.

### Pharmacothérapie<sup>4</sup>

Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) sont très efficaces, mais d'usage restreint à cause de leurs effets secondaires. Le moclobémide, le seul IMAO réversible sur le marché, fonctionne bien.

Les bêta-bloquants sont inefficaces contre la phobie sociale de type généralisé. Ils ne traitent que les signes neurovégétatifs de l'anxiété de performance. Par exemple, le patient peut prendre de 50 à 100 mg d'aténolol avant de donner une conférence publique. Notons que, à cause de certains effets secondaires gênants (la diarrhée, par exemple), il faut faire un essai thérapeutique en dehors d'une situation de performance.

Les benzodiazépines sont très efficaces, mais les cliniciens doivent redouter la pharmacodépendance. L'alprazolam (2 à 6 mg par jour) et le clonazépam (1 à 3 mg par jour) sont les plus utilisés.

Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) sont des agents efficaces et sécuritaires : paroxétine (20 à 60 mg par jour), fluvoxamine (100 à 150 mg par jour), fluoxétine (20 à 80 mg par jour) et sertraline (50 à 200 mg par jour), mais seul le premier est approuvé<sup>5</sup> par la Direction générale de la protection de la santé du Canada (DGPS). La buspirone (Buspar®) est plutôt inefficace.

On recommande un traitement minimum de 12 semaines avec une phase d'entretien de 12 mois. Par la suite, il faut réduire très progressivement la posologie pour éviter les rechutes. L'effet thérapeutique est plus tardif (8 à 16 semaines à dose adéquate) et semble davantage symptomatique, car le taux de récurrence post-traitement est élevé.

On a prescrit à M<sup>me</sup> P 20 mg par jour de Paxil®. Son état s'est amélioré de 70 % après un mois de traitement, et de 85 % après six mois. Depuis deux ans, elle essaie d'arrêter de prendre le médicament, mais sans succès, car les symptômes anxieux récidivent après trois semaines sans médicament.

Tom a bien répondu au clonazépam (1 mg b.i.d.). Associé à un programme de désensibilisation, ce traitement lui a permis de se débarrasser de la plupart de ses symptômes. Il a accepté une promotion, s'est marié et ne prend plus de benzodiazépine aujourd'hui.

**L**A PHOBIE SOCIALE est un trouble anxieux grave, fréquent et très souvent sous-diagnostiqué et sous-traité. Les patients en souffrent beaucoup et longtemps<sup>6,7</sup>.

Comme des traitements efficaces existent, on doit s'employer à dépister la phobie sociale. □

### Summary

**Social phobia.** The four main features of phobic disorders are persistence, avoidance, unreasonableness and disability. The patient experiences an anxiety reaction (possibly panic) in response to a social situation where he is exposed to possible scrutiny by other people.

Social phobia is effectively treated with benzodiazepines and serotonin reuptake specific inhibitors. Cognitive and behavioral therapy is often found effective.

**Key words:** social phobia, patient assessment, anxiety management.

**Date de réception :** 17 novembre 1999.

**Date d'acceptation :** 15 décembre 1999.

**Mots clés :** phobie sociale, évaluation du patient, traitement de l'anxiété.

### Bibliographie

1. Magee WJ. Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 : 159-68.
2. American Psychiatric Association. *DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson, 1999.
3. Goulet J. Phobies sociales. *Le Clinicien* avril 1999 (Suppl).
4. Association trouble anxieux du Québec. *Phobie sociale : un trouble caché. Consensus*. Ville Saint-Laurent : ATAQ, 1997 : 48 pages.
5. Stein MB, Lielowitz MR, Lydiard RB, et al. Paroxetine treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder). *JAMA* 1998 ; 280 : 708-13.
6. André C, Legeron P. *La Peur des autres : trac, timidité et phobie sociale*. Paris : Éditions Odile Jacob, 1995.
7. Goulet J, Esche I, Van Ameringen M. *La santé mentale, ça compte : quoi faire en cas de phobie sociale*. Mississauga : The Medicine Group, 1999 : 25 pages.
8. Weiller E, et al. Social phobia in general health care: an unrecognized undertreated disabling disorder. *Brit J Psych* 1996 : 168-71.