

Troubles émotionnels en médecine de famille ou le visage caché d'une souffrance*



Rev Med Suisse 2010; 6: 1000-5

**L. Herzig
N. Mühlemann
T. Bischoff**

**Drs Lilli Herzig et Nicole Mühlemann
Pr Thomas Bischoff
Institut universitaire de médecine
générale (IUMG)
PMU, 1011 Lausanne
lilli.herzig@hin.ch
nicmmh@romandie.com
Thomas.Bischoff@hospvd.ch**

Mental disorders in Primary care

Mental disorders (depression, anxiety and somatization) are frequent in Primary care and are often associated to physical complaints and to psychosocial stressors. Mental disorders have in this way a specific presentation and in addition patients may present different associations of them. Sometimes it is difficult to recognize them, but it is important to do so and to take rapidly care of these patients. Specific screening questions exist and have been used in a research of the Institute of General Medicine and the Department of Ambulatory Care and Community Medicine (PMU), University of Lausanne, Switzerland.

En médecine de premier recours, les troubles émotionnels (dépression, anxiété, somatisation) sont fréquents, souvent associés à une plainte physique et à des stressors psychosociaux. Ils ont donc une présentation bien spécifique avec en plus un recoupement important entre les différents troubles émotionnels. Leur reconnaissance est ainsi parfois difficile, mais indispensable afin d'organiser rapidement une prise en charge et de limiter les coûts de la santé. Des outils de dépistage spécifiques et validés existent et ont été utilisés dans une étude conduite par l'IUMG en collaboration avec la PMU.

INTRODUCTION

Les problèmes psychiatriques sont fréquents en médecine de premier recours (MPR) (20% des consultations¹), et représentent des troubles souvent graves, affectant les pensées, les sentiments et la capacité de fonctionner efficacement dans la vie de tous les jours. Repérer de tels troubles permet de diminuer la souffrance, d'améliorer le pronostic et de diminuer les coûts de la santé directs et indirects.² Les «troubles émotionnels» (TE) – somatisations et troubles de l'humeur (dépression, anxiété, mixte) – sont les problèmes psychiatriques les plus

fréquents en MPR. Malgré cette fréquence, seul un cas sur deux en moyenne serait identifié par les praticiens d'après certains auteurs.³ On peut cependant se demander si les outils et les connaissances des psychiatres correspondent aux besoins de la médecine de famille et si les patients évoluent différemment s'ils sont pris en charge par le spécialiste ou par le MPR. La présentation particulière des troubles émotionnels en MPR est bien décrite et la nécessité d'y adapter les futurs manuels diagnostiques (DSM-V, CIM-11) est soulignée par plusieurs auteurs.^{4,5}

L'Institut universitaire de médecine générale de Lausanne (IUMG) a conduit en 2004 une recherche sur les troubles émotionnels, en collaboration avec des praticiens et la Polyclinique universitaire de Lausanne (PMU). Il s'agit de l'étude SODA (somatisation, dépression, anxiété).

Nous décrivons ici les connaissances de la littérature mondiale et de la pratique des troubles émotionnels, en les mettant en relation avec certains résultats de l'étude, dans le but d'améliorer les outils du MPR.

PRÉSENTATION DES TROUBLES ÉMOTIONNELS EN MÉDECINE DE PREMIER RECOURS

Près de la moitié des consultations en MPR est motivée par une plainte physique – dont un tiers reste médicalement inexpliqué.^{6,7} Des recherches ont démontré la forte association entre symptômes physiques inexpliqués et troubles émotionnels. Plusieurs auteurs se sont demandés si les troubles émotionnels ne correspondaient pas à un seul syndrome, avec des symptômes plus ou moins marqués selon les différents diagnostics.⁴

Dans la dépression, deux tiers des patients présentent des symptômes somatiques. Dans le DSM-IV (tableau 1), nous trouvons trois symptômes physiques,

* Un projet de l'Institut universitaire de médecine générale (IUMG), Faculté de biologie et de médecine, Université de Lausanne.



Tableau 1. Episode dépressif majeur selon le DSM-IV

Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur : au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur)
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider

fréquents et peu spécifiques, parmi les neuf items de la dépression : fatigue, troubles du sommeil et troubles du comportement alimentaire.

Le diagnostic de «somatisation» est un diagnostic étonnamment difficile, regroupant différentes entités hétérogènes. Le nombre de plaintes physiques, avec ou sans cause organique, augmente la probabilité d'un trouble somatoforme.

Selon le Prime-MD, on parle en effet de trouble somatoforme si un patient présente > 6 symptômes physiques (d'une liste de quinze symptômes) et ceci indépendamment de la présence d'une cause organique.

Dans l'étude SODA, nous avons choisi les critères de définition du «trouble multisomatoforme», nécessitant la présence d'au moins trois symptômes physiques sans cause organique apparente et une anamnèse personnelle de symptômes somatoformes chroniques.

Les somatisations sont l'expression physique d'une souffrance réelle, non verbalisable d'une autre manière et en aucun cas il ne s'agit d'une chose «imaginée». C'est comme si le patient n'avait aucune possibilité de mentaliser son vécu émotionnel, même pas de façon inconsciente et que tout est vécu et exprimé à travers le soma. Cette souffrance sera dès lors bien différemment perçue par le patient et par le médecin, pouvant devenir source d'incompréhension mutuelle et rendant soins et relations délicats. Il est dès lors impératif de prendre encore plus en considération le patient dans sa globalité.

En outre, il est important que le MPR reste attentif aux comorbidités (addictions, comportements à risque, expression extrasomatique), car c'est souvent une des formes de présentation des troubles émotionnels.

PRÉVALENCE

Tout au long de leur vie, 5-10% des hommes feront une dépression contre 10-25% des femmes. Des études euro-

péennes décrivent 4% de dépressions majeures dans la population générale et en MPR sa prévalence varie entre 5-14%.^{3,8-12} Selon l'OMS, la dépression est la quatrième cause d'invalidité mondiale et sera la deuxième en 2020 !

Aux Etats-Unis, l'anxiété touche 25% des personnes¹³ (*life time prevalence*). Plus de 75% des patients avec dépression souffrent aussi d'anxiété. En MPR, le diagnostic le plus fréquent est celui «d'état anxio-dépressif»,¹⁴ diagnostic n'existant pas vraiment dans le DSM-IV mais semblant décrire une réelle entité clinique.

DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC

Les troubles émotionnels sont des diagnostics graves à mauvais pronostic (risque de suicide, mortalité précoce¹⁵) et coûtent cher humainement et économiquement. Il est donc important de les reconnaître et de les prendre en charge à des stades encore précoces.

Dépistage et diagnostic causent plusieurs difficultés :

- La même plainte physique peut être secondaire à des problèmes émotionnels, organiques ou mixtes. Le MPR doit faire un diagnostic différentiel pertinent, cibler les investigations sans négliger aucune hypothèse. Le diagnostic différentiel entre cause organique et cause psychiatrique demande beaucoup de sens clinique et de temps surtout.
- Le patient, lui, met très souvent en avant la plainte physique et peut avoir d'énormes difficultés à comprendre la relation entre le vécu émotionnel et physique.
- Les troubles émotionnels en MPR sont, comme d'autres diagnostics, souvent rencontrés à des stades précoces et associés ou masqués par d'autres problèmes. Ils peuvent évoluer tant vers des stades graves que se résoudre spontanément.
- Trop investiguer sur le plan somatique peut engendrer un cercle vicieux bien connu : plaintes, investigations, examens négatifs, soulagement pour le médecin, mais déception pour le patient qui ne comprend pas, qui refuse d'imaginer que cela «se passe dans sa tête» et aggravation de plaintes. Ne pas investiguer risque au contraire de négliger une cause organique.
- Le diagnostic de troubles émotionnels est encore trop souvent un diagnostic d'exclusion, ce qui complique l'acceptabilité pour le patient avec lequel nous devons construire un diagnostic et non seulement l'exclure.

Le dépistage est en revanche facilité par d'autres points :

- Le praticien, par sa position, connaît souvent son patient depuis très longtemps, il a une bonne connaissance de son histoire, de son entourage et d'éventuels facteurs psychosociaux stressants.
- Souvent la situation ne nécessite pas une intervention d'urgence, le médecin a donc toujours la possibilité de revoir le patient et de l'investiguer ultérieurement.
- Une relation de confiance unique existe entre le médecin et son patient – du fait de leur histoire relationnelle librement choisie par le patient – et permet d'accompagner et de soigner l'individu.
- Le praticien a l'habitude de prendre en charge des maladies chroniques, il sait et accepte qu'accompagner et

soulager peut être aussi important que guérir, souvent impossible dans ces situations.

- Des outils de dépistage formaté ont été mis au point tant pour la dépression (tableau 2) que pour les somatisations (tableau 3). Ces questions peuvent s'intégrer facilement dans un dialogue pendant la consultation. Ils ont été validés et utilisés dans l'étude SODA.¹⁶⁻¹⁸

ÉTUDE SODA

L'étude SODA a été conduite par 21 praticiens romands et trois médecins assistants de la PMU. 917 adultes > 18 ans, randomisés selon une liste préétablie, se plaignant spontanément d'au moins un symptôme physique ont été inclus. Les urgences vitales, les consultations téléphoniques et les patients ne maîtrisant pas le français ont été exclus.

Lors de la consultation initiale, le MPR a posé six questions de dépistage : quatre pour les troubles somatoformes et deux pour la dépression : « Est-ce que durant le mois qui a précédé, vous vous êtes senti(e) souvent triste, déprimé(e), désespéré(e) ? » et « Durant le mois qui a précédé, avez-vous ressenti un manque d'intérêt et de plaisir dans la plupart des activités que d'habitude vous appréciez ? » (tableaux 2 et 3).^{16,18,19}

En fin de consultation, l'accord du patient obtenu, celui-ci a rempli une version française du PHQ (Patient Health Questionnaire), un questionnaire raccourci, auto-administré du PRIME-MD, notre référence diagnostique.¹ Le PRIME-MD est un questionnaire validé pour détecter des troubles émotionnels en MPR (dépression, anxiété, abus d'alcool, anorexie, boulimie et troubles somatoformes).

Tableau 2. Dépistage d'un trouble dépressif par deux vs trois questions^{16,17}

1. Est-ce que durant le mois qui a précédé, vous vous êtes senti(e) souvent triste, déprimé(e), désespéré(e) ? Oui/Non
2. Durant le mois qui a précédé, avez-vous ressenti un manque d'intérêt et de plaisir dans la plupart des activités que d'habitude vous appréciez ? Oui/Non
3. Souhaitez-vous de l'aide pour cela ? Oui/Non ; Oui, mais pas aujourd'hui

Tableau 3. Dépistage de troubles émotionnels selon Jackson/Kroenke^{18,20}

*Certaines études du Prime-MD utilisent treize symptômes, la majorité utilise quinze symptômes.

1. Au cours de la semaine passée, avez-vous été sous stress ? Oui/Non (positif si oui)
2. Décrivez la gravité de votre symptôme actuel (si présent) de 0 (absent) à 10 (insupportable) (positif si > 6)
3. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est excellente, très bonne, bonne, moyenne ou mauvaise (positif si moyenne ou mauvaise)
4. Le nombre des symptômes somatiques, selon liste ci-dessous, (identique au Prime-MD) : 1. Maux d'estomac, 2. Douleurs au dos, 3. Douleurs dans les bras, les jambes ou les articulations (genoux, hanches, etc.), 4. Douleurs menstruelles ou problèmes de règles, 5. Douleurs ou problèmes pendant les rapports sexuels, 6. Maux de tête, 7. Douleurs dans la poitrine, 8. Vertiges, 9. Évanouissements, 10. Palpitations, 11. Difficultés à respirer, 12. Constipation – selles molles, 13. Diarrhées, nausées – flatulences – indigestion, 14. Fatigue, 15. Troubles du sommeil (positif si > 6 symptômes)*

Chaque patient a été revu ou recontacté à une année pour une nouvelle évaluation.

La durée moyenne de la consultation était de 27 minutes, ce qui semble plutôt long. L'étude confirme ainsi que la détection des troubles émotionnels nécessite une disponibilité réelle de la part du MPR comme suspecté initialement.

63% des patients étaient des femmes, l'âge moyen 55 ans. Les motifs de consultation concernaient :

- L'appareil locomoteur dans 30% des cas.
- Une affection respiratoire dans 12%.
- Une cause psychiatrique associée à une plainte physique dans 11%.
- Un problème digestif dans 9%.

Nous retrouvons plus de troubles somatoformes chez les femmes ; quant aux plus jeunes ou les étrangers, ils souffrent plus fréquemment d'anxiété ou de dépression.

Parmi les 917 patients, 183 (20%) souffraient de dépression (dont 9% dépression mineure et 11% dépression majeure) et 142 (16%) d'anxiété, ce qui correspond aux données de la littérature mondiale. Nous avons trouvé 225 (28%) problèmes somatoformes : l'étude SODA ayant inclus tout patient avec une plainte physique, nous avons ensuite exclu les causes organiques et nous trouvons 21% de syndromes « multisomatoformes » correspondant à la littérature.

Au total, un quart de patients souffrait soit de dépression, soit d'anxiété et un recoupement entre les différents troubles émotionnels a été observé (figure 1). Bien que souvent suspecté par les MPR, ce recoupement n'a été que rarement démontré. L'étude confirme ainsi les présentations spécifiques des troubles émotionnels en MPR et la difficulté du diagnostic. La recherche en médecine de famille doit donc se faire en parallèle avec la recherche spécia-

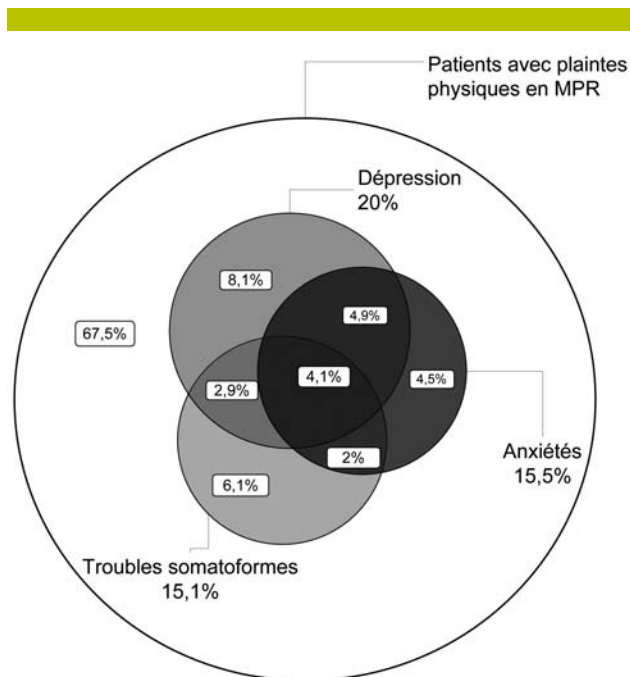


Figure 1. Résultats de l'étude SODA: recoupement entre les troubles émotionnels

MPR : médecine de premier recours.

Tableau 4. Stresseurs psychosociaux

1. En souci pour sa santé
2. En souci pour son poids et son aspect physique
3. Peu ou absence de désir sexuel ou de plaisir pendant les rapports sexuels
4. Difficultés dans le couple, avec partenaire, amant, amis
5. Stress dans la prise en charge d'enfants, parents ou autres membres de la famille
6. Stress au travail, à la maison ou à l'école
7. Soucis financiers
8. N'avoir personne vers qui se tourner en cas de problème
9. Une expérience traumatisante récente
10. Penser ou rêver à quelque chose terrible du passé

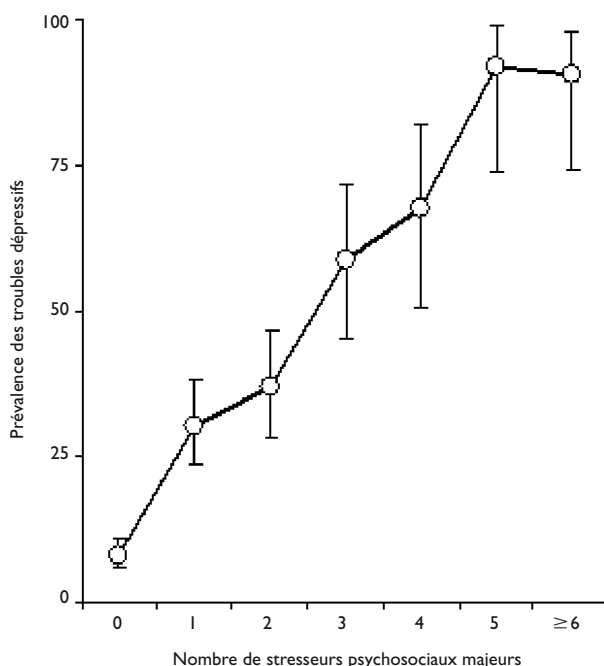


Figure 2. Association entre stresseurs psychosociaux et états anxio-dépressifs (résultats étude SODA)

lisée, pour pouvoir établir des liens, une démarche diagnostique adaptée et une réflexion autour d'une prise en charge généraliste.

En outre, l'étude SODA analyse les associations entre trouble émotionnel et stresseurs psychosociaux comme le chômage, la solitude, les problèmes familiaux, de santé ou financiers (tableau 4, figure 2). En effet, plus un patient est exposé à des stresseurs, plus le risque de présenter un trouble émotionnel est grand. Inversement, les troubles émotionnels peuvent aggraver une situation vulnérable préexistante. Ces associations n'ont été que peu investiguées en MPR et l'étude SODA est l'une des seules recherches explorant ce sujet, mais ne permet pas d'établir de relation de cause à effet.

CONCLUSION

Les troubles émotionnels – dépressions, anxiétés et troubles somatoformes – sont fréquents en MPR où ils ont une présentation spécifique, souvent associés à ou «masqués derrière» des symptômes physiques.

Le recoupement entre les différents troubles est important. Les troubles émotionnels sont source d'une souffrance réelle, non imaginaire, de mauvais pronostic, causant mortalité précoce et surcoûts de santé. Dépister ces troubles dans les phases précoces en MPR est donc indispensable et les praticiens y sont sensibilisés. Le défi consiste à déterminer l'origine somatique, organique, émotionnelle ou mixte d'une plainte physique et d'y répondre adéquatement.

Le MPR reste l'interlocuteur indispensable pour les patients, voire souvent le seul capable de faire une prise en charge globale, physique et émotionnelle tout en permettant au patient d'évoluer dans son contexte spécifique (somatique, psychique, familial et social). En outre, le MPR est particulièrement bien placé pour évaluer la présence d'éventuels stresseurs psychosociaux. Connaissant son patient de longue date, il détectera un changement même minime dans ses affects et ses attitudes et pourra alors ouvrir un dialogue et aborder les questions personnelles dans un climat de confiance.

Remerciements à tous les médecins participants à l'étude SODA

C. Bonnard, M. Bonnard, J.-P. Bussien, C. Chapuis, G. Conne, M. Dafflon, M. Danese, C. Dvorak, M. De Vevey, M. Junod, G. Lorenz, A. Michaud, F. Pilet, P.-A. Schmied, A. Schwob, J.-P. Studer, F. Verdon, M. Wenner et K. Würzner. Nous remercions aussi Françoise Secretan et le Dr B. Chiarini pour le management des dates.

Implications pratiques

- > Les troubles émotionnels sont fréquents en médecine de premier recours (MPR) et ont une présentation spécifique
- > Les troubles émotionnels se rencontrent souvent à des stades précoces, sont associés à des plaintes physiques et à différents stresseurs psychosociaux
- > Des études en MPR doivent être conduites pour répondre aux besoins spécifiques de la médecine de famille dans le domaine des troubles émotionnels
- > Le MPR est souvent le seul interlocuteur possible pour les patients avec troubles émotionnels, du fait de leur complexité et de leur recoupement entre problèmes organiques, émotionnels, personnels, familial et social

Bibliographie

- 1 Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. JAMA 1994;272:1749-56.
- 2 Valenstein M, Vijan S, Zeber JE, Boehm K, Buttar A. The cost-utility of screening for depression in primary



care. Ann Intern Med 2001;134:345-60.

3 Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA 1999; 282:1737-44.

4 * Lowe B, Spitzer RL, Williams JB, et al. Depression, anxiety and somatization in primary care: Syndrome overlap and functional impairment. Gen Hosp Psychiatry 2008;30:191-9.

5 ** Hanel G, Henningsen P, Herzog W, et al. Depression, anxiety, and somatoform disorders: Vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. J Psychosom Res 2009;67: 189-97.

6 Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. Arch Fam Med 1994;3:774-9.

7 Katon W, Kleinman A, Rosen G. Depression and somatization: A review. Part I. Am J Med 1982;72:127-35.

8 Ansseau M, Fischler B, Dierick M, Mignon A, Leyman S. Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxembourg: The GADIS study. Eur Psychiatry 2005;

20:229-35.

9 Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand 2004;420(Suppl.):28-37.

10 Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: Results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2010;45:201-10.

11 Ansseau M, Dierick M, Buntinx F, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. J Affect Disord 2004;78:49-55.

12 Norton J, De Roquefeuil G, Boulenger JP, et al. Use of the PRIME-MD Patient Health Questionnaire for estimating the prevalence of psychiatric disorders in French primary care: Comparison with family practitioner estimates and relationship to psychotropic medication use. Gen Hosp Psychiatry 2007;29:285-93.

13 Devane CL, Chiao E, Franklin M, Kruep EJ. Anxiety disorders in the 21st century: Status, challenges, opportunities, and comorbidity with depression. Am J Manag Care 2005;11(Suppl.12):S344-53.

14 Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: Results from the

WHO study on psychological disorders in primary health care. Br J Psychiatry 1996;30(Suppl.):38-43.

15 Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. JAMA 1993;270:1819-25.

16 Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: Cross sectional study. BMJ 2003;327:1144-6.

17 Arroll B, Goodyear-Smith F, Kerse N, Fishman T, Gunn J. Effect of the addition of a «help» question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: Diagnostic validity study. BMJ 2005;331:884.

18 Kroenke K, Spitzer RL, deGruy FV, Swindle R. A symptom checklist to screen for somatoform disorders in primary care. Psychosomatics 1998;39:263-72.

19 Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med 1997;12:439-45.

20 * Jackson JL, O'Malley PG, Kroenke K. Clinical predictors of mental disorders among medical outpatients. Validation of the «S4» model. Psychosomatics 1998;39:431-6.

* à lire

** à lire absolument

Calperos[®] D3
500 mg de calcium et 400 U.I. de vitamine D3

Et maintenant à chacune son arôme

Calperos D3. Indications: personnes âgées présentant une carence en calcium et vitamine D ou dans le cas d'un risque élevé de carence. **Composition:** 1 comprimé à sucer contient 1,25 g de calcium carbonates (correspondant à 500 mg de calcium ionisé), Cholecalciferolum (vitamine D3): 400 UI (10 µg). **Posologie:** 1 à 2 comprimés par jour. **Contre-indications:** hypersensibilité à l'un des composants de Calperos D3, hypercalcémie, hypercalciurie, néphrocalcinose ou urolithiase, hypervitaminose D, immobilité prolongée, insuffisance rénale, phénylalaninurie. **Effets indésirables:** des rares cas de troubles gastro-intestinaux ont été observés. Un traitement prolongé à haute dose peut favoriser la formation de dépôts dans les voies urinaires de patients prédisposés. **Grossesse/allaitement:** catégorie de grossesse C/(A). **Présentations:** comprimés à sucer: 24*, 60*, 180*. Liste D. Admis aux caisses. Pour de plus amples informations veuillez consulter le Compendium Suisse des Médicaments.

Robapharm AG, Groupe Pierre Fabre, Hegenheimermatweg 183, 4123 Allschwil, Tél. 061 487 88 88, Fax 061 487 88 99

www.robapharm.ch
www.calperos.ch

ROBAPHARM
Pierre Fabre Group

1005128