

SFMG



Le plaisir de comprendre

DRMG N°49

juillet 1997

supplément

la lettre

d e l a m é d e c i n e g é n é r a l e

documents *de recherches* en médecine *générale*

Société Française de Médecine Générale

Société Savante

27, boul Gambetta - 92130 Issy Les Moulineaux

Tél 01 41 90 98 20 - Fax 01 41 90 98 21

e-mail : SFMG@Club-Internet.fr • <http://www.upml.fr/sfmg>

O.N.G. agréé auprès de l'O.M.S.

Représentant officiel de la France à la WONCA

Troubles psy en médecine générale :

comparaisons CIM 10-SSP / Dictionnaire des Résultats de Consultation

Dr Pierre FERRU

Les articles publiés ici le sont sous la responsabilité de leur auteur. Le Docteur Pierre FERRU a participé comme expert aux essais sur le terrain de la CIM 10-SSP. Il nous livre ici une réflexion personnelle qui n'engage aucunement la Société Française de Médecine Générale.

Une version pour médecins généralistes

La version Soins de Santé Primaire du chapitre de la CIM-10 sur les troubles mentaux (CIM10-SSP) a été mise au point par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour "répondre aux besoins des médecins généralistes, tout en restant compatible avec la version intégrale du chapitre V de la CIM-10"¹. C'est dire que les interrogations déjà anciennes de la Société Française de Médecine Générale sur l'adaptation de la CIM à son utilisation en temps réel par les médecins généralistes trouvent ici une réponse éclatante. C'est ici l'occasion de mener une réflexion générale sur les troubles psychiatriques : auraient-ils une sémiologie différente au cabinet du médecin généraliste et au cabinet du psychiatre, puisque l'un et l'autre n'utiliseraient pas le même outil diagnostique ? Réflexion particulière tendant à comparer le Dictionnaire des Résultats de Consultation et la CIM 10-SSP : comparaison de leurs items respectifs d'inclusion, d'une part, comparaison de leurs méthodes de validation sur le terrain, d'autre part.

I - Voyons-nous les mêmes malades

La question n'est pas nouvelle. Cremniter² y répondait l'an dernier d'une manière un peu abrupte : généralistes et psychiatres ne voient pas les mêmes dépressions. Les arguments développés sont toujours ceux de la formation insuffisante des médecins généralistes, et de leur motivation trop variable à s'occuper de leurs malades psychiatriques. Ainsi, les praticiens généralistes n'identifieraient que 50 à 60 % des cas de dépression qui s'adressent à eux³. D'ailleurs, même s'ils arrivent à reconnaître un syndrome dépressif, les médecins généralistes prescriraient un anxiolytique et non pas un antidépresseur. Enfin, ils qualifieraient de dépressifs des patients qui ne le sont pas, sur des critères comme l'insomnie, l'anxiété ou l'asthénie.

En attendant que la Société Française de Médecine Générale puisse fournir une réponse plus objective, grâce à son réseau de l'Observatoire de la Médecine Générale, on ne peut qu'avancer quelques pistes de recherche :

- La population qui consulte les médecins généralistes n'est guère différente de la population générale, si l'on excepte les deux tranches d'âge des moins de 4 ans et des plus de 60 ans⁴, sur représentées par rapport à la population française. On devrait donc s'attendre à retrouver la même prévalence d'affections psychiatriques en médecine générale qu'ailleurs.

Cependant, la possibilité pour un même malade de consulter plusieurs spécialités en dehors de la médecine générale est un élément dont on tient rarement compte dans les études de prévalence. Si le patient consulte pour une angine, il sera difficile de lui faire parler de sa perte d'intérêt, de son sentiment d'auto-dévaluation ou de ses idées suicidaires. Et pourtant, si un enquêteur lui fait remplir un questionnaire d'auto-évaluation sur le trottoir du cabinet, nul doute qu'il y aura un déprimé de plus à n'avoir pas été diagnostiqué par son médecin généraliste !

- La mentalité française - tant celle des patients que celle des médecins généralistes - s'accorde mal avec les questionnaires d'auto-évaluation que proposent très facilement nos confrères anglo-saxons à leurs patients en les plaçant devant un clavier et un écran⁵.

- La présentation des malades atteints d'une affection authentiquement psychiatrique, dans un cabinet de médecine générale, peut avoir, comme on le sait une connotation ou bien d'avantage "psychologique" ou bien d'avantage "somatique". On peut comprendre que le médecin généraliste dans la crainte bien connue de "passer à côté" d'une affection somatique, ait tendance à favoriser une prise en charge physique traditionnelle. Inversement, il serait intéressant de considérer les affections somatiques négligées dans la clientèle des psychiatres.

- De quels outils disposaient jusque-là les médecins généralistes, dans le domaine psychiatrique ? D'une liste de termes non définis, ceux de la CIM, encore qu'en 1976 dans la 9^o révision, le chapitre consacré aux troubles mentaux était un peu plus détaillé et comportait un glossaire (description des termes). Du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (DSM) dans sa III^{ème} puis III^{ème} Révisée puis plus récemment sa IV^{ème} édition. Mais la difficulté de maniement en temps réel au cours de la consultation de ces ouvrages (y compris le "mini" DSM) ne pouvait que rebuter les praticiens. En outre, les affections auxquelles il sont fréquemment confrontés, se trouvent noyées dans un grand nombre de pathologies qu'ils rencontrent peu, voire jamais.

1 Caria A. Verta P. Guelfi J-D. et coll La CIM-10 soins de santé primaires (I). Une classification des troubles mentaux à l'usage des médecins généralistes. Rev Prat Méd Gén T 10, 330, 26.02.96.

2 Cremniter D. Aspects épidémiologiques de la dépression vue en médecine générale. Généralistes et psychiatres ne voient pas les mêmes dépressions. Rev Prat Méd Gén T 10, N° 325, 22.01.1996.

3 Jebel L. Micoque D. Lecrubier Y. Traitement de la dépression en médecine générale. Thérapeutiques, N°16, Novembre 1996.

4 Gallais JL. et Coll Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. Documents de Recherches en Médecine Générale N° 45, Décembre 1994.

5 Wright A.F. L'ordinateur va vous recevoir dans un instant, ou combien de malades mentaux présentent des symptômes physiques ? Journée annuelle de communications de la SFMG, Versailles 12.12.1989.

- Enfin, on ne soulignera jamais assez que le *praticien généraliste se trouve souvent à l'émergence des troubles de santé*. Il peut à ce stade de l'évolution, ne constater qu'un symptôme ou un signe isolé, qui ne lui permette pas (ni à lui ni à tout autre praticien) d'établir un diagnostic. Il en est de la psychiatrie comme des autres pathologies : un état fébrile non caractéristique *peut* être le premier symptôme d'une pneumonie franche lobaire aiguë à pneumocoque. Mais il *peut* aussi paraître sans faire sa preuve.

II - DICTIONNAIRE DES RESULTATS DE CONSULTATION ET CIM10-SSP

1. Leur présentation

- Le Dictionnaire se trouve sous forme d'un fascicule relié, où les Résultats de Consultation sont classés par ordre alphabétique. Il existe également une forme informatique permettant de choisir rapidement, en cours de consultation, la définition correspondante après avoir "cliqué" les critères obligatoires et les éventuels critères facultatifs.

- La CIM-SSP se présente sous forme de 24 fiches semi-rigides, de format 21 x 29,7 cm, comportant au recto la définition et au verso des conseils de prise en charge.

2. Ils ont ensemble les mêmes objectifs

- Rassembler les troubles mentaux le plus fréquemment rencontrés en médecine générale.
- Permettre une utilisation facile, en temps réel au cours de la consultation.
- Permettre à tous les utilisateurs de retrouver ainsi le même "résultat de consultation" ou "diagnostic".
- Rester compatible avec la CIM-10 en ce qui concerne le transcodage.

3. Ils rassemblent un nombre pratiquement équivalent de situations, 22 pour le Dictionnaire des résultats de consultation, 24 pour la CIM10-SSP

3.1. Quinze dénominations recouvrent les mêmes notions (Tableau I)

3.2. D'autres au nombre de quatre peuvent, mais pas toujours, recouvrir les mêmes situations (Tableau II)

LISTE DES RESULTATS DE CONSULTATION	LISTE DES CATEGORIES DE LA CIM-10-SSP
ALCOOLISME	TROUBLES LIES A L'UTILISATION D'ALCOOL
ANOREXIE-BOULIMIE	TROUBLES DE L'ALIMENTATION
ANXIETE ANGOISSE	ANXIETE GENERALISEE
COMPORTEMENT (TROUBLES)	TROUBLES DES CONDUITES
DEMENCE	DEMENCE
DEPRESSION	DEPRESSION
ENURESIE	ENURESIE
INSOMNIE	PROBLEMES DE SOMMEIL
PHOBIE	TROUBLES PHOBIQUES
PLAINTES POLYMORPHES	PLAINTES SOMATIQUES INNEXPLIQUEES
REACTION A SITUATION EPROUVANTE	TROUBLE DE L'ADAPTATION
SEXUELLES (DYSFONCTIONS)	TROUBLES SEXUELS
SYNDROME MANIACO-DEPRESSIF	TROUBLE BIPOLAIRE
TABAGISME	UTILISATION DE TABAC
TOXICOMANIE	TROUBLES LIES A L'UTILISATION DE DROGUES

Tableau I : les 15 dénominations communes

LISTE DES RESULTATS DE CONSULTATION	LISTE DES CATEGORIES DE LA CIM-10-SSP
ACCES ET CRISE	TROUBLE DISSOCIATIF ?
HUMEUR DEPRESSIVE	NEURASTHENIE ?
	ANXIETE ET DEPRESSION MIXTE ?
NERVOSISME	
PSYCHIQUES (AUTRES TROUBLES)	PSYCHOSE AIGUE ?
SUICIDE (TENTATIVE)	PSYCHOSE CHRONIQUE ?
	Classée à la cause supposée (Dépression...)
TIC	
TRAC	TROUBLE PANIQUE
	RETARD MENTAL
	TROUBLE HYPERKINETIQUE
	DELIRIUM
(7)	(9)

Tableau II : Les dénominations ne se recouvrent pas toujours

3.2.1. Accès et Crise définit dans le Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC) le plus souvent la même chose que Trouble dissociatif (Hystérie de conversion). C'est la "crise de tétanie" ou autre "spasmophilie". Mais il peut aussi servir à classer les cas non caractéristiques de manifestations paroxystiques où l'hystérie n'a rien à voir. Ce peut être le premier résultat de consultation pour désigner un accident vasculaire ischémique transitoire, une poussée de sclérose en plaques jusque là méconnue. C'est dire que, contrairement à la CIM10-SSP, Accès et Crise ne colle pas l'étiquette "Hystérie" aux manifestations constatées ou rapportées : l'ouverture du Dictionnaire est plus grande sur l'évolution possible, dans la lignée de la théorie professionnelle de Braun.

3.2.2. Humeur dépressive pourrait être comparé à la Neurasthénie de la CIM 10-SSP. Mais certains éléments ne sont pas communs (Baisse des fonctions de relation - Tendance à la tristesse - repli sur soi).

3.2.3. Nervosisme ne recouvre pas exactement Trouble Hyperkinétique et sa notion indiquée en sous-titre de "déficit de l'attention", bien qu'elle en soit proche.

3.2.4. Psychiques (autres troubles) est un résultat de consultation transitoire peut-on dire. Il implique la perception par le médecin d'un trouble de la communication. Il pourrait correspondre à Troubles psychotiques aigus et Troubles psycho-

tiques chroniques, avant qu'on puisse classer le cas dans ces catégories. Mais il peut aussi parfois correspondre à Troubles des conduites dès lors que s'y associent des troubles de la communication.

3.3. Les trois dernières ne se retrouvent pas dans la CIM-SSP

3.3.1. Suicide (tentative), qui dans la CIM doit être classé à la cause supposée (dépression ...).

3.3.2. Tic

3.3.3. Trac

3.4. La CIM-SSP comporte par ailleurs quatre catégories n'existant pas dans le Dictionnaire :

3.4.1. Trouble panique : il est dans le dictionnaire intégré à Anxiété-Angoisse sous forme d'un critère facultatif (+- état de panique ...).

3.4.2. Retard mental.

3.4.3. Trouble hyperkinétique : il se trouve intégré à la définition Nervosisme sous forme également d'un critère obligatoire à choix multiples (+ + 2 || agitation hyperkinésie).

3.4.4. Délirium, exclu du dictionnaire pour une raison de fréquence insuffisante en médecine générale.

4. ICD10-SSP a pour objectif supplémentaire d'être une sorte de "guide-line"

	Dictionnaire des R.D.C.	CIM10°-SSP
Critères obligatoires	++++ (1 critère) ++1 choisir au moins 1 critère ++2 choisir au moins 2 critères ++3 choisir au moins 3 critères	MAJUSCULES GRAS
Critères facultatifs	+ -	Minuscule Fréquemment associé S'accompagne souvent Peut s'accompagner

Tableau III : symboles graphiques des critères d'inclusion

DICTIONNAIRE DES RESULTATS DE CONSULTATION DEPRESSION (Projet version 97.2)	CIM 10°-SSP DEPRESSION
+ + + + TRISTESSE + + 2 perte d'intérêt ou de plaisir + + 2 auto-dévaluation + + 2 pensée récurrente de la mort + + + + TROUBLE DU SOMMEIL (insomnie, somnolence, hypersomnie) + + + + BAISSSE DES ACTIVITES + + 1 physiques (asthénie, sexe, appétit, algies) + + 1 psychiques (parole, mémoire, concentration) + + + + BAISSSE DES FONCTIONS DE RELATION SOCIALE (famille, scolaire, professionnelle) + + 1 légère + + 1 moyenne + + 1 sévère + - prédominance matinale des symptômes + - récurrence + - anxiété	ABAISSEMENT DE L'HUMEUR OU TRISTESSE PERTE D'INTERET OU DE PLAISIR Symptômes <u>fréquemment</u> associés : - troubles du sommeil - culpabilité ou auto-dépréciation - fatigue ou perte d'énergie - difficultés de concentration - trouble de l'appétit - idée ou tentatives de suicide Le trouble <u>peut</u> s'accompagner d'un ralentissement des mouvements et du discours ou au contraire d'une agitation. Le trouble <u>s'accompagne souvent</u> d'une anxiété et d'une nervosité.

Tableau IV : DEPRESSION, comparaison du RDC et de la carte CIM-10-SSP

Le terme de "guide-line" peut être traduit par "aide à la décision", ou "recommandation pour une bonne pratique". Il n'est indiqué nulle part quelle est l'origine de ces recommandations. S'agit-il d'un consensus international de psychiatres hospitalier ?

Chacune des 24 cartes comprend :

- . Les plaintes/motifs de la consultation
- . Les caractéristiques diagnostiques
- . Le diagnostic différentiel
- . et au verso des conseils pratiques pour la prise en charge comportant quatre chapitres : information pour le patient et la famille - conseils spécifiques pour le patient et sa famille - traitements médicamenteux - dans quel cas demander une consultation de spécialistes.

Le chapitre plaintes/motif de la consultation ne correspond pas, nous semble-t-il à ce qui figure dans le CISP⁶. Il est ici manifestement construit a posteriori, en fonction des caractéristiques diagnostiques. Il regroupe en fait le "signes" dits

"fonctionnels".

On retrouve en somme pour chacune des cartes la tétralogie habituelle : signes fonctionnels - signes physiques - diagnostic différentiel - traitement

5. Comparaison des différents items d'inclusion

5.1. Les symboles graphiques utilisés dans le Dictionnaire des Résultats de Consultation et dans la CIM-10-SSP.

Ils ont dans les deux systèmes la même valeur : ou bien celle de critères d'inclusion obligatoires, ou bien celle de critères facultatifs. (Tableau III)

5.2. Exemple appliqué pour Dépression (Tableau IV)

- Les critères obligatoires communs aux deux définitions : on y retrouve uniquement la Tristesse
- Les autres critères obligatoires du Dictionnaire se retrouvent en critères facultatifs ("fréquemment associés ou pouvant accompagner") dans la CIM-10

6 Classification Internationale des Soins Primaires.

DICTIONNAIRE DES RESULTATS DE CONSULTATION : INSOMNIE	CIM 10-SSP PROBLEMES DE SOMMEIL
<p>++++ PLAINTÉ DE MAUVAIS SOMMEIL</p> <p>++1 endormissement difficile</p> <p>++1 réveils fréquents</p> <p>++1 réveils précoces</p> <p>++1 autre (cauchemars, sensation de sommeil de mauvaise qualité, etc..)</p> <p>+ - au moins trois fois par semaine depuis un mois.</p> <p>+ - occasionnelle</p>	<p>DIFFICULTES D'ENDORMISSEMENT</p> <p>SOMMEIL AGITE NON REPARATEUR</p> <p>INSOMNIES fréquentes ou prolongées.</p> <p>Les patients sont épuisés et parfois gênés par les conséquences diurnes de leur mauvaise qualité de sommeil.</p> <p>Les facteurs de stress, les affections médicales aiguës et les changements d'horaire peuvent être à l'origine de problèmes de sommeil transitoires.</p>

Tableau V : INSOMNIE, comparaison du RDC et de la carte CIM-10-SSP

Les Troubles du sommeil
L'Auto dépréciation
La Baisse des activités physiques et psychiques

Les Idées ou tentatives de suicide
- En critères facultatifs communs, on retrouve l'Anxiété
Il n'est pas de notre propos ici de dire quelle est la meilleure

HUMEUR DEPRESSIVE (DRC) (Projet version 97.2)	ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION MIXTE (CIM)	NEURASTHÉNIE (CIM)
<p>++++ TENDANCE A LA TRISTESSE</p> <p>++1 baisse d'intérêt ou de plaisir</p> <p>++1 manque de confiance en soi</p> <p>++++ BAISSÉ DES ACTIVITÉS</p> <p>++1 physiques (asthénie, sexe, appétit, algie)</p> <p>++1 psychiques (parole, mémoire concentration)</p> <p>++1 de relation ou repli sur soi</p> <p>++++ ABSENCE D'AUTO-DEVALUATION MAJEURE</p> <p>++++ ABSENCE D'IDÉE SUICIDAIRE</p> <p>++++ ABSENCE DE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ</p> <p>+ - insomnie</p> <p>+ - anxiété</p> <p>+ - prédominance matinale des symptômes</p> <p>+ - récidive</p>	<p>ABAISSEMENT DE L'HUMEUR OU TRISTESSE</p> <p>PERTE D'INTERET OU DE PLAISIR</p> <p>ANXIÉTÉ OU INQUIÉTUDE MANIFESTES</p> <p>Symptômes fréquemment associés : troubles du sommeil</p> <p>fatigue ou perte d'énergie</p> <p>difficultés de concentration</p> <p>trouble de l'appétit</p> <p>idée ou tentatives de suicide</p> <p>tremblements</p> <p>palpitations</p> <p>étourdissements</p> <p>sécheresse de la bouche</p>	<p>FATIGUE MENTALE OU PHYSIQUE</p> <p>FATIGUE APRES UN EFFORT MINIME</p> <p>BAISSÉ DE L'ÉNERGIE</p> <p>Autre symptômes fréquents : étourdissements</p> <p>troubles du sommeil</p> <p>irritabilité</p> <p>céphalées</p> <p>incapacité à se détendre</p> <p>maux et douleurs</p> <p>le trouble peut survenir après une infection ou une autre maladie physique</p>

Tableau VI : comparaison Humeur dépressive (DRC), Neurasthénie (CIM) et Dépression mixte (CIM)



re méthode pour permettre à tous les médecins (généralistes) en face du même cas de choisir le même résultat de consultation. On peut dire en tous cas qu'il y a là une source de réflexion ouverte : la tristesse et la perte d'intérêt peuvent-ils être les seuls critères obligatoires pour qualifier un malade de dépressif ?

5.3. Deuxième exemple appliqué : Insomnie (Tableau V)

La comparaison des critères obligatoires est ici plus difficile :

- Dans le dictionnaire, tout mauvais sommeil est un critère d'inclusion puisque un seulement des critères précédés de ++1|| suffit à classer le cas ici.

- Dans la CIM, sont pris en compte A LA FOIS les difficultés d'endormissement, le sommeil agité non réparateur et la notion de fréquence et de prolongation du trouble (sans indiquer d'ailleurs quelle fréquence ni quelle durée est nécessaire)

Les critères facultatifs ont en commun la notion de trouble "occasionnel", dont les causes possibles sont détaillées dans la CIM-10.

5.4. Troisième exemple appliqué :

Humeur dépressive (Tableau VI)

Comme nous l'avons indiqué, deux cartes de la CIM-10 peuvent correspondre à cette définition : soit dépression et anxiété mixte, soit Neurasthénie.

Comme on le voit sur le tableau VI, Humeur dépressive se trouve dans le Dictionnaire des Résultats de Consultation, être une entité particulière qui dépasse la Neurasthénie (il existe une tendance à la tristesse), mais qui reste un peu en deçà d'Anxiété et Dépression mixte (il n'y a pas de tendance suicidaire)

5.5. Conclusions

Le principe de choix de critères d'inclusion obligatoires reste le même dans les deux méthodes. La Société Française de Médecine Générale semble avoir une certaine avance dans les symboles graphiques utilisés. En effet dans les premières années de mise au point du Dictionnaire (appelé alors lexique), certains termes étaient utilisés :

Avec

Sans

Avec ou sans

Le plus souvent

Souvent

Il est vite apparu à l'usage que les qualificatifs "le plus souvent" et "souvent" ne permettait pas de rendre discriminantes deux définitions entre elles. Seuls les critères "Avec" et "Sans", rendaient compte des critères obligatoires pour choisir une définition et aucune autre.

Par ailleurs, l'utilisation de l'informatique nécessitait le choix de symboles faciles à mémoriser. C'est ainsi qu'ont été choisis les symboles graphiques décrits plus haut :

++++ critère obligatoire

++||x x des critères est ou sont obligatoires

+ - critère facultatif (quelque soit la probabilité plus ou moins grande de l'avoir)

Nous avons ainsi supprimé un symbole qui a existé de façon transitoire : +++ qui indiquait "le plus souvent", puisque rien ne distinguait ce qualificatif d'un critère facultatif.

III - LES METHODES DE VALIDATION

1. L'OMS a donc testé sur le terrain la CIM 10-SSP dans 19 pays et 43 sites différents, avec 564 médecins généralistes⁷.

En France, le Centre Collaborateur de l'OMS à Paris (CCOMS) a mené les essais en collaboration avec la Société Française de Médecine Générale et l'Université Paris V en avril et Mai 1994. 12 médecins généralistes ont participé à ces essais sur le terrain. A l'aide des remarques qu'ils marquaient sur un cahier de bord, les suggestions et critiques étaient retenues. En outre, un questionnaire rempli avant et après l'étude permettait d'apprécier la modification de l'intérêt des médecins pour le sujet psychiatrie.

Par ailleurs, il était demandé à un certain nombre de médecins, en dehors des 12 ayant participé au travail, de remplir une "feuille d'opinion d'expert". Nous avons été parmi ces "experts" et nous avons gardé une impression mitigée de ce genre de questionnaire d'opinion :

- Il fallait par exemple donner le nombre de patients vus chaque mois pour chacun des 24 troubles mentaux figurant à la CIM10-DSS. La réponse aurait nécessité d'analyser sa clientèle sur un an et de faire une moyenne en divisant par douze. En l'absence de ce travail, impossible à réaliser en 8 jours, nous avons donc répondu qu'il était impossible de répondre.

- Il fallait aussi donner une note de 1 à 3 aux 24 cartes, avec toute la subjectivité qu'entraîne ce genre de notation.

- Enfin, il était demandé un avis plus détaillé sur la carte Dépression : "entourez les items dont vous n'êtes pas satisfait". Nous avons sur ce sujet particulier, entouré les verbes et adjectifs manquant de rigueur pour le choix ou non d'un critère d'inclusion : "Symptômes fréquemment associés", "le trouble peut s'accompagner", "le trouble s'accompagne souvent", etc...

Signalons enfin que l'O.M.S. a fait appel à de nombreux laboratoires pharmaceutiques privés pour financer ces différentes opérations, réunions, rémunérations.

2. La méthode de validation du Dictionnaire des Résultats de Consultation par la Société Française de Médecine Générale.

Elle a été décrite en annexe du Dictionnaire⁷. dix huit médecins dits du petit réseau étaient chargés du travail de création, révision et rédaction des définitions qu'il s'utilisaient en temps réel pendant leur activité de médecins généralistes. Les définitions étaient ensuite utilisées par les 109 médecins dits du grand réseau. Des échanges entre les deux réseaux avaient lieu régulièrement.

L'exploitation statistique a porté sur la fréquence d'utilisation des définitions (qui devait avoir une fréquence supérieure ou égale à 1/3000).

7 CARIA, VERTA, GUELFU et coll LA CIM-10 soins de santé primaires (II) Premiers résultats des essais sur le terrain en France. Rev Prat Méd Gén T 10 331 04.03.96.

8 Dictionnaire des Résultats de Consultation en Médecine Générale. DOCUMENTS DE RECHERCHES numéro spécial 47-48, Décembre 1996.

9 Contrat CNAMTS -SFMG Convention N° 1397/93.

10 Mini DSM-IV Critères diagnostiques, avertissement, Masson, Paris 1996.

Elle a porté également sur la fréquence de saisie des items obligatoires, des items à choix multiples et des items facultatifs. Il a été convenu qu'un item obligatoire devait être coché à 95 % pour être validé (lorsqu'une définition était choisie 100 fois, le ou les critères obligatoire(s) observés devaient avoir été cochés 95 fois). Les items à choix multiples devaient être cochés ensemble à plus de 100 % lorsqu'il fallait choisir un seul item parmi d'autres, à plus de 200 % lorsque le choix devait porter sur au moins 2 critères etc... Enfin les items facultatifs devaient avoir un taux de choix inférieur à 95 %.

Ce travail s'est déroulé sur deux ans. Il a été financé par contrat avec la CNAMTS⁹.

Il ne s'agit pas d'un travail figé dans le temps. L'analyse des résultats du grand réseau qui poursuit toujours un recueil en continu dans le cadre de l'Observatoire de la Médecine Générale, doit permettre d'améliorer sans cesse la qualité des définitions et donc l'observation du champ de la médecine générale.

CONCLUSIONS

Cette étude comparative du Dictionnaire des Résultats de Consultation et de la CIM 10-SSP (dite encore PHC, Primary Health Care) est encourageante pour la SFMG :

- Elle montre bien que tous les chercheurs et cliniciens ont la même obsession : "Fournir des descriptions claires des catégories diagnostiques des divers troubles mentaux, échanger des informations à leur sujet, les étudier et les traiter"¹⁰.

- Elle permet à la Société Française de Médecine Générale de ne pas rougir du travail qu'elle a commencé avec énergie et ténacité depuis 15 ans. La méthode de validation qu'elle a utilisée paraît plus objective que celle utilisée par l'O.M.S.

- Elle met en évidence les difficultés de ce genre de travail. Les auteurs de l'Association Américaine de Psychiatrie en ont été les pionniers en 1980 avec la

publication du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux. La S.F.M.G. a connu elle aussi les mêmes difficultés en s'attachant à décrire les situations les plus fréquentes en médecine générale. L'O.M.S. traverse elle aussi et malgré tout, les mêmes problèmes.

- Elle confirme enfin que le Dictionnaire, peut répondre aux exigences de comparaisons entre système hospitalier et extra-hospitalier, par l'intermédiaire d'un transcodage avec la CIM 10.

Qu'il me soit permis pour terminer de citer cette belle histoire par laquelle le Docteur Elestair. F. Wright concluait sa communication à la Journée de Communications de la S.F.M.G. à Versailles en Décembre 1989 :

"Bonjour, dit le petit prince qui était malade. Bonjour dit l'ordinateur. C'était un petit ordinateur malin qui avait été programmé pour enregistrer tous les détails du passé médical des malades. "Pourquoi est-ce que vous me posez ces questions et pas le docteur ?" demanda le petit prince qui était malade. "Parce que, grâce à moi, le docteur peut gagner tellement de temps. Les experts ont calculé que je peux faire gagner au docteur cent cinquante trois minutes par jour." "Et qu'est-ce que le docteur fait de ces cent cinquante trois minutes ?" dit le petit prince qui était malade. "Il en fait ce qu'il veut". "Et bien moi, dit le petit prince qui était malade, si mon docteur a cent cinquante trois minutes par jour à passer comme il veut, je voudrais bien qu'il en consacre quelques une à me parler à moi".

ICD-10 PHC
MNH/MND/93.1

DÉPRESSION - F32

Plaintes/Motifs de la consultation

Le patient peut consulter pour un ou plusieurs symptômes physiques (fatigue, douleurs). Par la suite, l'examen met en évidence une dépression ou une perte d'intérêt.

La dépression se présente parfois sous la forme d'une irritabilité.

Caractéristiques diagnostiques

ABAISSEMENT DE L'HUMEUR OU TRISTESSE

PERTE D'INTÉRÊT OU DE PLAISIR

Symptômes fréquemment associés :

- troubles du sommeil
- culpabilité ou autodépréciation
- fatigue ou perte d'énergie
- difficultés de concentration
- trouble de l'appétit
- idées ou tentatives de suicide

Le trouble peut s'accompagner d'un ralentissement des mouvements et du discours, ou au contraire d'une agitation.

Le trouble s'accompagne souvent d'une anxiété et d'une nervosité.

Diagnostic différentiel

Si la dépression s'accompagne d'hallucinations (voix, visions) ou d'idées délirantes (croyances étranges ou inhabituelles), voir la carte : Troubles Psychotiques Aigus - F23*.

Si possible, demander l'avis d'un spécialiste.

Si le patient a des antécédents de manie (agitation, euphorie, logorrhée).

Si le patient a des antécédents de manie (agitation, euphorie, logorrhée), voir la carte : Trouble bipolaire - F31.

Si le patient fait des abus importants d'alcool ou d'une autre substance psycho-active, voir les cartes : Troubles liés à l'utilisation d'alcool F10*

Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives - F11*.

ICD-10 PHC
MNH/MND/93.1

DÉPRESSION - F32*

Conseils pratiques pour la prise en charge

Information pour le patient et sa famille

- 1) La dépression est un trouble fréquent et il existe des traitements efficaces.
- 2) La dépression n'est pas une faiblesse ou une paresse; le patient fait de son mieux.

Conseils spécifiques pour le patient et sa famille

- 1) **Évaluer le risque de suicide.** Peut-on être sûr que le patient ne passera pas à l'acte? L'état du patient peut nécessiter une surveillance étroite par la famille ou les amis.
- 2) **Proposer des activités qui font plaisir ou donnent confiance.**
- 3) **S'opposer au pessimisme et aux auto-accusations.** Ne pas abonder dans le sens des idées dépressives (p. ex. divorcer, démissionner). Ne pas renforcer les pensées négatives ou les idées de culpabilité.
- 4) **Si le patient présente des symptômes physiques, discuter des rapports entre les symptômes physiques et l'humeur** (voir la carte: plaintes somatiques non expliquées F45*).
- 5) Quand le patient va mieux, discuter avec lui de la possibilité de survenue d'une rechute, et de ce qu'il convient de faire dans ce cas.

Traitement médicamenteux

- 1) **Envisager un traitement par antidépresseurs si le patient présente une humeur dépressive ou une perte d'intérêts persistant pendant au moins 2 semaines, et au moins 4 des symptômes suivants:**

Fatigue ou perte d'énergie	Troubles du sommeil
Culpabilité ou auto-accusations	Difficultés de concentration
Idees de mort ou de suicide	Troubles de l'appétit
Agitation OU ralentissement (mouvements et discours)	

Si le patient a répondu favorablement à un médicament dans le passé, utiliser le même médicament.

Chez les patients âgés et chez les patients présentant une affection somatique, utiliser des médicaments récents, entraînant peu d'effets secondaires.

Chez les patients anxieux et chez les patients insomniaques, utiliser des antidépresseurs sédatifs.
- 2) **Passer progressivement à la dose efficace** (p. ex. commencer avec 25 à 50 mg d'imipramine tous les soirs et augmenter à 100-150 mg en une dizaine de jours). Utiliser des doses plus faibles chez les personnes âgées et chez les sujets présentant une affection somatique.
- 3) **Expliquer comment le traitement doit être suivi:**

Les médicaments doivent être pris tous les jours

L'état du patient va s'améliorer en 2-3 semaines

Le patient pourra avoir des effets secondaires, peu importants; ces effets ont tendance à disparaître en 7-10 jours

Ne pas arrêter le traitement sans en avoir discuté avec le médecin.
- 4) **Poursuivre le traitement antidépresseur pendant au moins 3 mois après l'amélioration de la symptomatologie.**

Consultation de spécialistes

- 1) En cas de **risque de suicide**, demander l'avis d'un spécialiste et envisager une hospitalisation.
- 2) En cas de **dépression persistante**, demander l'avis d'un spécialiste concernant d'autres traitements.
- 3) Les **psychothérapies spécifiques** (p. ex. cognitive, interpersonnelle) peuvent être utiles dans le traitement initial comme dans la prévention des rechutes.

ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION MIXTE - F41.2

Plaintes/Motifs de la consultation

Les patients peuvent présenter initialement un ou plusieurs symptômes physiques (fatigue, douleur). Par la suite l'examen met en évidence une humeur déprimée et de l'anxiété.

Caractéristiques diagnostiques

ABAISSEMENT DE L'HUMEUR OU TRISTESSE
PERTE D'INTÉRÊT OU DE PLAISIR
ANXIÉTÉ OU INQUIÉTUDE MANIFESTES

Symptômes fréquemment associés :

- Trouble du sommeil
- Fatigue ou perte d'énergie
- Difficultés de concentration
- Trouble de l'appétit
- Idées ou tentatives de suicide
- Tremblements
- Palpitations
- Étourdissements
- Sécheresse de la bouche

Diagnostic différentiel

Si les symptômes dépressifs ou anxieux sont sévères, ne pas utiliser ce diagnostic, voir les cartes Dépression - F32* et Troubles anxieux (F40*, F41.0, F41.1).

En présence d'hallucinations (voix, visions) ou d'idées délirantes (croyances étranges ou inhabituelles), voir aussi la carte sur les Troubles psychotiques aigus - F23* et leur prise en charge. Si possible, demander l'avis d'un spécialiste.

Si le patient a des antécédents de manie (agitation, humeur euphorique, logorrhée), voir la carte Trouble bipolaire - F31.

En présence d'une forte consommation d'alcool ou de drogue, voir la carte Troubles liés à l'utilisation d'alcool - F10, Troubles liés à l'utilisation de drogue - F11*.

ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION MIXTE - F41.2

Conseils pratiques pour la prise en charge

Information importante pour le patient et sa famille

- 1) Le stress ou les préoccupations ont beaucoup d'effets physiques et mentaux.
- 2) Ces problèmes ne sont pas dus à la faiblesse ou à la paresse; le patient fait de son mieux.

Conseils spécifiques pour le patient et sa famille

- 1) Recourir à des techniques de relaxation pour réduire les symptômes physiques.
- 2) Planifier à court-terme des activités relaxantes, distrayantes ou redonnant confiance. Inciter le sujet à reprendre des activités qui l'ont aidé dans le passé.
- 3) Préciser les peurs exagérées ou les pensées pessimistes (p. ex. quand sa fille a 5 minutes de retard en rentrant de l'école la patiente craint qu'elle n'ait eu un accident).
- 4) Chercher des moyens d'affronter ces pensées négatives quand elles surviennent (Quand elle commence à s'inquiéter du retard de sa fille, la patiente doit se dire : "Je suis encore en train de me laisser gagner par la crainte. Ma fille a seulement quelques minutes de retard et sera bientôt à la maison").
- 5) En présence de symptômes physiques, discuter du lien entre les symptômes physiques et la détresse mentale (voir la carte Plaintes somatiques inexplicables - F45). Si les symptômes liés à la tension sont prédominants, conseiller des méthodes de relaxation pour alléger les symptômes physiques.
- 6) Parler du risque de suicide - le patient est-il sûr de ne pas passer à l'acte ?

Traitement médicamenteux

- 1) Envisager des médicaments antidépresseurs si l'humeur triste ou la perte d'intérêt sont prédominants (voir la carte Dépression - F32*). Pour l'Anxiété et la Dépression Mixte des doses plus faibles peuvent être efficaces (p. ex. une dose initiale de 25 mg d'imipramine le soir, en augmentant jusqu'à 75-150 mg en 15 jours).
- 2) Expliquer comment le traitement doit être pris : Les médicaments doivent être pris tous les jours. L'état du patient va s'améliorer en 2-3 semaines. Des effets secondaires légers peuvent survenir et disparaissent habituellement en 7-10 jours. Ne pas arrêter le traitement sans en avoir discuté avec le médecin.
- 3) Poursuivre le traitement antidépresseur au moins pendant 3 mois après l'amélioration des symptômes.

Consultation de spécialistes

- 1) Si le risque de suicide est important, demander l'avis d'un spécialiste et envisager une hospitalisation.
- 2) Si des symptômes importants persistent, demander l'avis d'un spécialiste concernant d'autres traitements.

PROBLÈMES DE SOMMEIL - F51*

Caractéristiques diagnostiques

DIFFICULTÉS D'ENDORMISSEMENT
SOMMEIL AGITÉ OU NON RÉPARATEUR
INSOMNIES fréquentes ou prolongées

Les patients sont épuisés et parfois gênés par les conséquences diurnes de leur mauvaise qualité de sommeil.

Les facteurs de stress, les affections médicales aiguës et les changements d'horaire peuvent être à l'origine de problèmes de sommeil transitoires.

Diagnostic Différentiel

Si l'anxiété diurne est prédominante, voir la carte : Anxiété généralisée - F41.1

Si l'humeur dépressive ou triste est prédominante, voir la carte : Dépression - F32*

Envisager les affections médicales qui ont pu causer l'insomnie : insuffisance cardiaque, affection pulmonaire, états douloureux.

Envisager les médicaments qui peuvent entraîner de l'insomnie : stéroïdes, théophylline, décongestionnants.

Si le sujet ronfle, évoquer un diagnostic d'apnées du sommeil. Si possible, demander des renseignements supplémentaires au partenaire du S.

PROBLÈMES DE SOMMEIL - F51*

Conseils pratiques pour la prise en charge

Information importante pour le patient et sa famille

- 1) Les problèmes de sommeil transitoires sont fréquents à des moments de stress ou d'affection médicale.
- 2) Six heures de sommeil par jour peuvent être normales et suffisantes, surtout chez les personnes âgées.
- 3) Le meilleur traitement est l'amélioration des habitudes de sommeil (et non pas le recours à une médication sédatrice).
- 4) Se préoccuper de sa capacité à dormir peut aggraver l'insomnie.
- 5) L'alcool peut favoriser l'endormissement, mais il peut être à l'origine d'un sommeil agité ou d'un réveil précoce.
- 6) Des stimulants (p. ex. le café ou le thé) peuvent être à l'origine d'une insomnie ou l'aggraver.

Conseils spécifiques pour le patient et sa famille

- 1) Maintenir des habitudes de sommeil régulières : Activités relaxantes au cours de la soirée. Heures régulières de coucher et de lever. Se lever à l'heure régulière même si le sommeil de la nuit précédente était de mauvaise qualité.
- 2) Pratiquer des exercices de relaxation pour favoriser à l'endormissement.
- 3) Éviter la caféine et l'alcool.
- 4) En cas d'incapacité à s'endormir après 20 minutes, se lever et se recoucher quand on a sommeil.
- 5) Les exercices physiques au cours de la journée peuvent être utiles, alors que leur pratique dans la soirée peut aggraver l'insomnie.

Traitement médicamenteux

- 1) Traiter les troubles psychiatriques ou médicaux sous-jacents.
- 2) Effectuer les changements nécessaires de médication.
- 3) Une médication hypnotique peut être utile, mais elle ne doit pas être utilisée régulièrement pendant plus de 14 jours (p. ex. lorazepam 0,5 à 1 mg au coucher).

Consultation de spécialistes

- 1) Envisager une consultation chez un spécialiste quand on évoque un trouble du sommeil complexe (p. ex. narcolepsie, apnées du sommeil).
- 2) Envisager une consultation quand l'insomnie est sévère et persistante en dépit des mesures décrites ci-dessus.