

Congrès internationaux

par le Dr Patricia Eeckeleers, médecin généraliste, 5590 Leignon

WONCA psychiatrie

Grenade, du 17 au 21 juin 2008

Peut-on encore vivre sans médecins ?

Depuis quelques années, on assiste à une médicalisation croissante des événements normaux de l'existence humaine. De plus en plus, les problèmes sociaux sont réduits à des problèmes pathologiques personnels à prendre en charge médicalement et individuellement. Ce processus touche tous les domaines de la médecine mais surtout la santé mentale. Actuellement, 60 % des incapacités de travail résultent de problèmes douloureux ou psychiques.

En consultation tout venant, 76 % des patients entrent dans les critères du DCM concernant les troubles mentaux !!

Les interventions psychomédicales classiques bien conduites selon les recommandations de bonne pratique conduisent à la déresponsabilisation des patients de leurs conduites et émotions. Le patient, devenu spectateur de sa propre vie, demande LA solution au thérapeute. Le médecin est de plus en plus poussé à être un régulateur social, permettant la survie dans une société de plus en plus pathogène. Cette médicalisation est renforcée par le discours des médias, de l'administration publique et des professionnels de santé eux-mêmes mais aussi par l'industrie pharmaceutique suite aux découvertes scientifiques touchant le domaine psychique.

Les répercussions socioculturelles ne sont pas anodines : douleur, mort, deuil deviennent des pathologies nécessitant prise en charge spécialisée et médicaments. L'adaptation personnelle aux événements de la vie, les situations sociales injustes ne sont plus prises en compte. La révolte, l'insatisfaction, le burn-out deviennent pathologiques, ce qui ne va pas sans poser quelques problèmes éthiques...

Les répercussions économiques au niveau des services de santé sont impressionnantes : la médicalisation du mal-être dans un centre de santé espagnol a coûté en 12 mois 52 journées de travail soit 36.250 ! Les incapacités de travail flambent : elles ont été multipliées par 2 entre 1996 (1,8/1000 habitants) et 2001 (3,4/1000 habitants), avec une augmentation de la demande en psychothérapeute et coa-

ching, au détriment des patients qui en ont réellement besoin, et une prescription de plus en plus importante des psychotropes à mauvais escient, avec iatrogénicité d'autant plus inacceptable que non justifiée. Et ces effets secondaires importants, conséquence paradoxale interfèrent eux-mêmes avec la qualité de vie.

Entre 1997 et 2004, la prescription d'antidépresseurs, principalement des nouveaux types (SSRI, NSRI) a été multipliée par trois...

Garder une attitude critique face aux avancées techniques et au champ extensif de la pathologie mentale est donc nécessaire. Face à des phénomènes complexes où interviennent des facteurs sociaux, culturels, économiques ou politiques, médecins généralistes et psychiatres doivent résister au réflexe d'établir un diagnostic psychopathologique avec traitement à la clef.

Il est important de dire à celui qui vient nous consulter que les émotions qu'il vit sont normales, non pathologiques, que la souffrance et la douleur morale sont inhérentes à la condition humaine... La tristesse, le mal-être, les problèmes au travail, les soucis financiers, sociaux ou politiques ne peuvent être réduits à des phénomènes intrapsychiques pathologiques nécessitant un traitement psychiatrique.

Ces émotions étaient auparavant assumées comme normales et atténuées et gérées grâce au support familial et social. En les plaçant au niveau de pathologies mentales à traiter, le risque est grand non seulement de les chroniciser mais aussi de supprimer toute possibilité d'évolution personnelle, donc d'interférer avec l'avenir de nos patients.

D'après l'exposé des Drs ALVAREZ, CARRERO, LOBO ET RENDUELES, psychiatres (Espagne)

Satisfaction en consultation : étude REMEDIO

L'étude REMEDIO a été réalisée par le département de médecine préventive de l'Université de Malaga. Ses objectifs étaient d'abord d'évaluer la qualité et l'intensité des émotions des médecins géné-

ralistes face aux difficultés de leurs pratiques et ensuite, de rechercher les facteurs influençant ces émotions.

13,6 % des consultations sont considérées comme insatisfaisantes par les médecins interrogés. Mais parmi les patients impliqués dans ces consultations insatisfaisantes, seuls 20 % ont également perçu cet inconfort. Les rencontres avec généralistes et patients ont permis de déterminer sept facteurs influençant la perception de la qualité des consultations : peur de comportement violent du patient, angoisse générée, personnalité anxieuse, dépressive ou froide et distante du médecin, sensation d'impuissance devant la situation du patient, caractère optimiste ou pessimiste. Les aspects évalués chez les patients incluaient des facteurs socioéconomiques, des scores de dépression et angoisses, la présence de maladies chroniques, de support social, de santé mentale. D'autres éléments ont aussi été analysés chez les généralistes : âge, sexe, type de personnalité, état de burn-out ainsi que le type de structure de travail, la charge de travail, l'aide apportée par des aidants.

La satisfaction émotionnelle du médecin est surtout liée à la qualité de sa relation interpersonnelle avec le patient. Les patients dépressifs, souffrant de pathologies chroniques, avec peu de support social et une mauvaise qualité de vie engendrent plus souvent des émotions négatives chez les médecins traitants. De même, les consultations l'après midi et surtout après 19h, les mardis et mercredis, le patient de sexe féminin, surtout si le médecin est un homme, l'âge plus élevé du médecin et un état dépressif de celui-ci sont aussi des facteurs négatifs. Par contre, sont protecteurs : le caractère empathique, sympathique et respectueux du médecin envers le patient, le médecin prenant plaisir à la relation et à son métier, l'attitude positive orientée solution du médecin.

Globalement pour améliorer la satisfaction des généralistes vis-à-vis de leur travail, il est important de reconnaître les propres émotions et pensées négatives du médecin. Ceci permet une meilleure compréhension de ce qui se passe dans la relation entre le généraliste et certains patients jugés à

problèmes, avec une meilleure efficacité médicale d'où découle une diminution du risque d'erreur médicale mais aussi, chez le médecin, une augmentation du plaisir au travail en consultation et une diminution de risque de burn-out.

D'après le symposium des Drs. BELLÓN SAAMEÑO ET TORRES-GONZÁLEZ, psychiatres, Espagne

Hyperlaxité & troubles de l'humeur

Le syndrome d'hyperlaxité ligamentaire est très fréquent : sa prévalence est de 10 à 17% dans la population générale. Les critères de diagnostic principaux sont : l'hyperextension passive des doigts supérieure à 90°, la mise en contact passive du pouce avec l'avant-bras, l'hyperextension du coude et/ou des genoux supérieur à 10°, la capacité de mettre ses mains à plat au sol, torse fléchi et genoux raides (trois critères positifs sur cinq confirment le diagnostic). Ses complications sont fréquentes : tendinites, luxations, ecchymoses fréquentes, prolapsus utérin, rectal ou de la valve mitrale... Or on constate que près de 25% des patients présentent des troubles paniques et de l'agoraphobie (versus 5,7% dans la population générale). Inversement, 67,6% des patients avec troubles paniques présentent une laxité ligamentaire (versus 10% dans la population générale).

En présence d'hyperlaxité ligamentaire, le risque d'accès de panique est multiplié par 8,19, d'agoraphobie par 5,89 et de phobie sociale par 7,79. Un patient hyperlaxe a un risque relatif de 22,7% de faire des attaques de paniques ou de l'agoraphobie. Il ne semble pas y avoir de relation avec les phobies simples et la dépression majeure. Or, le syndrome d'hyperlaxité est lié au chromosome 15, qui semble donc porter aussi des gènes de susceptibilité pour les troubles paniques et phobiques.

D'après l'exposé du Pr Bulbena VILARESSA, psychiatre, Espagne.

TDAH: psychostimulants, toxicomanie et risque cardio-vasculaire

Les troubles du comportement sont hétérogènes. Un pourcentage important de ceux-ci sont associés au Trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité (TDAH) et aux troubles de l'adaptation, ces derniers posant la question de l'utilité d'un traitement médicamenteux.

Sous psychostimulants, la pression artérielle s'élève en moyenne de 5 mm HG. La prudence s'impose lors d'anomalies congénitales ou de cardiomyopathie hyper-

tensive obstructive. Ces médicaments sont toutefois considérés comme sûrs. Un bilan cardiaque avant traitement et un suivi cardio-vasculaire au cours du traitement ne sont pas nécessaires. Seule une bonne anamnèse explorant les antécédents cardio-vasculaires personnels et familiaux est nécessaire.

Les psychostimulants actuellement prescrits dans les troubles de l'attention ont suscité une controverse importante quant à leur potentialité de favoriser la toxicomanie. Les différentes études réalisées jusqu'à présent sont très rassurantes et montrent un risque de toxicomanie de 70% chez les patients atteints de TDAH non traités par rapport à 25% chez les patients après 4 ans de traitement. On a retrouvé aussi une relation directe entre l'âge du début du traitement et le non-abus d'alcool. Il en est de même pour le tabac.

En cas de dépression majeure associée, des doses de 200 et 400 mg/j de bupropion^(a) ont démontré jusqu'à 80% d'amélioration, malheureusement au prix d'effets secondaires importants.

D'après l'exposé du Dr Javier CORREAS LAUFFER, psychiatre (Espagne)

Dépression majeure chez l'enfant et l'adolescent

Les troubles émotionnels sont retrouvés chez 1,7% des enfants et 8% des adolescents. Chez ces derniers, 15 à 20% présentent les critères d'une dépression majeure (MDD ou major depression disorders). 20 à 40% des adolescents avec MDD se révéleront bipolaires moins de cinq ans après le début de la maladie dépressive.

En l'absence de prise en charge de cette MDD, l'adolescent s'aggraverait avec une diminution de son fonctionnement général dans tous les axes : désinvestissement scolaire allant jusqu'à l'arrêt de la scolarité, des troubles importants de la fonction et de la structure familiale, un risque majeur de toxicomanie (la MDD précède de 4,5 ans l'entrée dans la toxicomanie) et un risque majeur de suicide réussi. On retrouve quatre fois plus de suicides chez les adolescents depuis 1950 avec toutefois une diminution au cours des 10 dernières années, date d'introduction des SSRI. Le suicide représente 12% du total de la mortalité dans cette tranche d'âge mais est la troisième cause de mortalité chez l'enfant et l'adolescent. Le risque suicidaire est d'autant plus élevé qu'il y a eu tentative de suicide antérieure : 25% des suicides réussis ont été précédés d'une tentative de suicide.

1 Wellbutrin®

À l'heure actuelle, le risque suicidaire engendré par les antidépresseurs est un sujet de polémique. Mais il a été prouvé que ce dernier est largement inférieur au risque suicidaire engendré par la non-prescription.

DD'après l'exposé du Dr QUINTERO GUTIERREZ DEL ALAMO, psychiatre, Espagne

Antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent

Les études concernant la prescription de psychotropes, dont les antidépresseurs, dans l'enfance et l'adolescence sont rares. Elles sont souvent rétrospectives. Voici les résultats fournis par une recherche sur ce thème dans la littérature.

La fluoxétine à la dose exclusive et maximale de 20 g/jour est le premier antidépresseur accepté par la FDA dans cette indication. L'augmentation de la dose ne montre aucun effet versus placebo.

La sertraline, dosée entre 50 à 200 mg/jour est la deuxième molécule approuvée par la FDA. La paroxétine n'a montré aucune supériorité par rapport au placebo. Par contre, le risque suicidaire et d'automutilation est significativement augmenté.

Le citalopram donne une réponse faible de 36% versus 24% sous placebo, différence significative mais faible.

La venlafaxine n'a montré aucune supériorité par rapport au placebo. Par contre, on constate une augmentation du risque suicidaire, de l'automutilation et de l'agressivité.

Aucune étude disponible n'existe actuellement concernant la fluvoxamine, la mirtazapine et le bupropion. Aucune étude n'a démontré l'efficacité des tricycliques dans cette indication.

D'après l'exposé du Dr QUINTERO GUTIERREZ DEL ALAMO, psychiatre, Espagne

Psychotropes dans l'enfance et l'adolescence

Actuellement, leur utilisation est limitée par le peu d'études réalisées. Leur prescription résulte souvent d'une extrapolation des résultats obtenus chez l'adulte. De plus, certaines de ces molécules, tel les antiépileptiques utilisés comme stabilisateur de l'humeur, présentent de nouvelles indications, hors notices officielles et reposant sur peu d'études surtout chez les patients de moins de 18 ans. Les études publiées sont essentiellement des études de cas avec extrapolations aux jeunes patients.

D'après l'exposé du Dr Crespo HERVAS, psychiatre (Espagne)