

Ce que le médecin de famille doit savoir

Alfred Künzler¹, Alexander Minzer²

¹ Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz / chronischkrank.ch

² Hausarzt, Präsident SAPP

Plus d'un quart de la population suisse souffre d'une maladie chronique. Selon les calculs de l'Organisation Mondiale de la Santé OMS, leur nombre va augmenter pour atteindre en 2020 environ 60% de toutes les maladies. Les contraintes psychosociales et comorbidités psychiques sont largement répandues parmi les personnes concernées (ainsi que leurs proches). Non seulement elles limitent leur qualité de vie, mais constituent également un facteur de risque de problèmes psychiatriques consécutifs. Elles peuvent en outre entraver la relation médecin-patient. Ainsi, le programme national contre le cancer requiert par exemple la prise en considération systématique de l'aspect psychique en cas de maladie oncologique.

Le «Chronic Disease Management» exige de gros efforts de la part de toutes les personnes concernées: médecins traitants, patients, ainsi que leur environnement. Les traitements complexes constituent une grande partie de nos dépenses sanitaires. Les comorbidités psychiques fréquentes représentent un risque pour la relation médecin-patient, ainsi que pour le succès thérapeutique. Les taux de congés maladie (souvent longs) et de rentes pour raisons psychiques sont élevés. Pour des raisons médicales, économiques et autres, la reconnaissance précoce de situations de problèmes psychiques et, si besoin, le triage en vue d'un traitement qualifié sont essentiels.

Forte prévalence des comorbidités psychiques

Au vu des multiples contraintes psychosociales associées aux maladies chroniques, la prévalence des comorbidités psychiques est élevée. Elle est d'environ 32% chez les patients cancéreux au stade initial et de 50% au stade palliatif [1, 2]. Suite à un infarctus myocardique, 20-40% des patients développent un trouble dépressif [3]. Une BPCO s'accompagne à 30% d'une dépression et à 15% d'un trouble anxieux [4]. Les patients souffrant de douleurs chroniques présentent un risque de dépression deux fois plus

élevé [5]. Par ailleurs, un patient sur trois développe une dépression dans les mois qui suivent un séjour en soins intensifs [6]. Il est particulièrement important de noter que ces troubles psychiques s'expriment principalement sur le plan somatique, notamment sous forme de faiblesses, de perte d'appétit ou d'abattement! Au total, il faut s'attendre à ce qu'un tiers des patients (comorbides) rencontrés au cabinet médical présentent une situation de problèmes psychiques [7].

Pourquoi moi? Espérer, oui mais quoi?

La cause de nombreux cancers et autres maladies chroniques ne peut souvent pas être déterminée de manière définitive. Les personnes concernées, qui se demandent presque toujours «pourquoi», se retrouvent ainsi livrées à leurs explications subjectives ou leurs thèses non scientifiques [8]. Au vu de l'étiologie non claire, un traitement curatif est rarement disponible et l'évolution est généralement progressive à court ou long terme. Comme chacun sait, «l'espoir fait vivre», pourtant de nombreux patients atteints d'une maladie chronique s'interrogent, du moins ponctuellement, sur ce qu'ils doivent et peuvent bien espérer si ce n'est la guérison. Cela constitue l'une des contraintes psychiques du malade chronique.

Reconnaître et déstigmatiser les situations de détresse psychique

Les offres d'aide psychologique et psychiatrique continuent d'être perçues comme une stigmatisation par une partie de la population [9]. Même dans une situation exceptionnelle de contraintes, comme c'est le cas d'une maladie maligne, le seuil d'inhibition susceptible d'empêcher le recours à une aide psychologique peut être élevé [10].

De brefs dépistages de contraintes peuvent servir de moyen d'identification des patients nécessitant un soutien psychosocial [11, 12]. Une seule croix marquée sur l'échelle visuelle analogique permet d'enregistrer de manière fiable la contrainte que subit le patient. Une valeur égale ou supérieure à cinq est souvent interprétée comme l'indication d'une mise au point approfondie réalisée par un expert. Si besoin, la contrainte peut être analysée plus en profondeur dans une deuxième partie. Lorsque le patient est par ex. prié de remplir le formulaire dans la salle d'attente avant la consultation, le médecin traitant reçoit une rapide vue d'ensemble de la situation psychosociale de la personne. L'introduction d'un tel instrument comme partie intégrante de la prise en charge ordinaire peut contribuer par ailleurs à déstigmatiser la problématique psychique et favoriser sa thématization, ainsi que la sollicitation d'une aide adéquate [10]. Les critères décrits par l'OFSP et la CDS concernant le recours à des experts en psychologie ou psychiatrie peuvent également être employés (même hors contexte palliatif) [13].

Tableau 1: Dépression: symptômes fréquents.

Physiques

Troubles du sommeil

Perte d'appétit

Céphalées/douleurs articulaires

Fatigue ou nervosité

Emotionnels

Morosité

Indifférence/tristesse

Perte d'entrain/manque d'énergie

Cognitifs

Troubles de la concentration/de la mémoire

Sociaux

Retrait

Spirituels

Crise du sens

Actuellement, une campagne nationale destinée à déstigmatiser les maladies psychiques est en cours (www.comment-vas-tu.ch). Les patients qui ont l'habitude de rechercher des informations relatives à la santé sur Internet peuvent y être renvoyés. Les médecins traitants peuvent eux aussi y trouver des conseils utiles pour les entretiens, ainsi que des renseignements concernant les maladies psychiques et les soins de santé psychique. D'autres sources d'informations fiables sont disponibles [14].

Les dépressions sont fréquentes

En cas de maladie maligne, les dépressions sont fréquentes sous forme de trouble singulier ou en comorbidité avec d'autres entités psychiatriques. Le tableau 1 énonce les symptômes fréquents. Là aussi, le problème de la stigmatisation est naturellement présent. Dans le contexte de la migration, les symptômes physiques sont souvent observés. Une brochure utile destinée aux patients et intitulée «La dépression peut frapper chacun» est disponible auprès de la CRS dans les langues nationales, ainsi que dans sept langues des populations migrantes [15]. Un autre message clé émane du programme *Alliance contre la dépression*: «La dépression peut être traitée» [16]. Une brochure générale intitulée «Crise psychique – que faire?» est également disponible en plusieurs langues des populations migrantes auprès de Pro Mente Sana [17].

Rapport de cas: psychisme et comorbidité en cas de maladie maligne

Homme âgé de 73 ans, ancien contremaître, chef de chantier, marié, 3 enfants, autrichien.

Infection par le virus de l'hépatite C dans les années 1980 (transfusion). Puis, développement d'une hépatite C chronique. Ignorée jusqu'en 2005.

En 2005, diagnostic d'un carcinome hépatocellulaire.

Traitement au service d'oncologie.

Printemps 2006, fin du traitement et du suivi médical au service d'oncologie. «On ne peut plus rien pour lui.»

Automne 2006, développement d'une phase dépressive agitée sévère.

A partir de 2007, agitation croissante avec divers changements de médecins, y compris du médecin traitant, recours à diverses offres thérapeutiques «anti-cancéreuses».

Manque d'autoréflexion concernant le développement dépressif.

Forte contrainte émotionnelle exercée par le patient sur son épouse.

A partir de 2008, suite à de longues discussions, traitement par ISRS avec amélioration de la symptomatologie dépressive associée.

En 2009, décès des suites de la tumeur.

L'aspect biopsychosocial l'emporte

Le «Chronic Disease Management» implique de toute façon pour le médecin l'utilisation quotidienne du modèle biopsychosocial [18]. Etant donné que des problématiques psychiques viennent souvent s'ajouter en comorbidité, il est utile de prendre en considération les particularités de ces troubles, notamment leur stigmatisation et leur approche spécifique en fonction de la culture. Les avantages qui en résultent sont une relation de soutien entre médecin et patient, impliquant également observance et succès thérapeutique, ainsi que qualité de vie, éventuellement pour les deux parties.

Les discussions ne sont certes pas toujours faciles à intégrer, mais elles valent finalement la peine. Les problèmes liés à la collaboration interdisciplinaire et aux longs temps d'attente chez le psychothérapeute sont malheureusement connus [19]. Toutefois, les délais d'attente peuvent souvent déjà être réduits efficacement par des temps de consultation écourtés (entretiens brefs et réguliers). Comme l'a depuis longtemps montré la recherche psychothérapeutique [20], la perspective d'un traitement prometteur contribue déjà à l'amélioration du bien-être (reprise de moral).

Résumé pour le cabinet médical

Les maladies malignes représentent généralement une forte contrainte psychique pour les personnes concernées (et leurs proches). Le surmenage psychique n'est pas toujours abordé, mais s'exprime également sous forme de symptômes physiques. L'observation de la situation biopsychosociale du patient peut profiter à la relation médecin-patient, ainsi qu'au succès thérapeutique.

En conséquence:

- Envisager et reconnaître la comorbidité psychique
- Aménager du temps pour les entretiens avec le patient et les proches
- Accompagnement avec recours aux médicaments (si besoin) et à la médecine familiale
- En cas d'incertitude, sollicitation éventuelle d'un conseil psychiatrique
- En cas de besoin et/ou sur demande du patient, orientation vers une psychothérapie
- Informer le patient sur les centres d'accueil locaux adaptés

Références

- 1 Singer S, Das-Munshi J, Brahler E. Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care – a metaanalysis. *Ann Oncol.* 2009;21(5):925–30.
- 2 Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer.* 2007;110(8):1665–76.
- 3 Carney RM, Freedland KE. Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease. *Biol Psychiatry.* 2003;54(3):241–7.
- 4 Maurer J, Rebbapragada V, Borson S, et al. Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest.* 2008;134(4 Suppl):43S–56S.
- 5 Demyttenaere K, Bruffaerts R, Lee S, et al. Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the World Mental Health Surveys. *Pain.* 2007; 129(3):332–42.
- 6 Jackson et al. Depression, post-traumatic stress disorder, and functional disability in survivors of critical illness in the BRAIN-ICU study: a longitudinal cohort study. *Lancet Respir Med.* 2014;2(5):369–79.
- 7 Schuler D, Burla L. Psychische Gesundheit in der Schweiz Monitoring 2012. *Obsan Bericht 52.* Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; Neuchâtel 2012.
- 8 Künzler A, Znoj HJ, Bargetzi M. Krebspatienten sind anders. *Schweiz Med Forum.* 2010;10(19–20):344–347.
- 9 Baer N, Cahn T. Psychische Gesundheitsprobleme. In Meyer K, Nationaler Gesundheitsbericht (pp. 211–230). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan); Neuenburg 2009.
- 10 Künzler A, Wernli M. Kulturwandel in der Onkologie: Einführung eines biopsychosozialen Belastungsscreenings. *Schweizer Krebsbulletin.* 2011;31:308–11.
- 11 Mehnert A, et al. Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie.* 2006;54(3):213–223.
- 12 Distress-Thermometer: Beispiel zum Download: www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/DistressThermometer.docx
- 13 BAG und GDK (Hrsg.): Empfehlungen für die allgemeine Palliative Care zum Beizug von Fachpersonen aus der Psychiatrie/ Psychotherapie. 2014. Verfügbar: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13777/14898/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6IoNTUo42l2Z6lnIacy-4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCMdIB5gWym162epYbg2c_JJKb-NoKSn6A-
- 14 www.npg-rsp.ch/de/metanav/betroffen.htm
- 15 www.migesplus.ch/publikationen/psyche-sucht-krise/show/depression-kann-jede-und-jeden-treffen
- 16 www.npg-rsp.ch/de/themen/ba14ndnis-gegen-depression.html
- 17 www.migesplus.ch/fileadmin/Publikationen/PMS_SRK_Broschuere_D.pdf
- 18 Fröhlich S, Rousselot A, Künzler A. Psychosoziale Aspekte chronischer Erkrankungen und deren Einfluss auf die Behandlung. *Schweiz Med Forum.* 2013;13(10):206–209.
- 19 Loeb P. Unbefriedigende Behandlung der Depression – nur Sache des Hausarztes? *Schweiz Ärztezeitung.* 2010;91(4):117–19.
- 20 Lueger JR. (1995). Ein Phasenmodell der Veränderung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut.* 1995;40:267–78.

Publications associées:

- Künzler A, Bandi-Ott E. Chronisch kranke Patienten: Psychische Komorbiditäten – erkennen, fragen, handeln. *Hausarzt Praxis.* 2014; 9(12):33–35.
- Alder J, Künzler A, Strittmatter R. Eine Krankheit kommt selten allein. Bei körperlichen chronischen Erkrankungen darf die Psyche nicht vergessen gehen. *Care Management.* 2011;4(1):12–14.

Conflits d'intérêts

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

Correspondance:
Dr Alfred Künzler
Fachpsychologe FSP für
Gesundheitspsychologie
und Psychotherapie,
zert. Onko-Psychologie
Leiter Koordinationsstelle,
Netzwerk Psychische
Gesundheit Schweiz /
Co-Präsident chronisch-
krank.ch
c/o Gesundheitsförderung
Schweiz
Dufourstrasse 30
3000 Bern 6
alfred.kuenzler[at]
psychologie.ch