

ÉPIDÉMIOLOGIE

Le trouble de l'adaptation avec anxiété. Caractéristiques cliniques et psychométriques chez des patients consultant en médecine générale

Adjustment disorders with anxiety. Clinical and psychometric characteristics in patients consulting a general practitioner

D. Servant^{a,*}, A. Pelissolo^b, L. Chancharme^c, M.-E. Le Guern^c,
J.-P. Boulenger^d

^a Consultation spécialisée sur le stress et l'anxiété, hôpital Fontan, CHRU de Lille, rue Verhaeghe, 59037 Lille cedex, France

^b UPMC, CNRS USR 3246, service de psychiatrie adulte, hôpital Pitié-Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

^c Centre de recherche Biocodex, ZAC de Mercières, chemin d'Armancourt, 60200 Compiègne, France

^d Service universitaire de psychiatrie adulte, université Montpellier I, hôpital de la Colombière, CHRU de Montpellier, 39, avenue Charles-Flahaut, 34295 Montpellier cedex 05, France

Reçu le 25 avril 2012 ; accepté le 8 août 2012

MOTS CLÉS

Anxiété ;
Émotions ;
Événements de vie ;
Trouble de
l'adaptation ;
Stress

Résumé Quatre-vingt-dix-sept patients répondant au diagnostic de trouble de l'adaptation avec anxiété (TAA) ont été recrutés dans cette étude multicentrique réalisée en médecine générale et comparés à 30 sujets témoins appariés pour l'âge et le sexe. Le diagnostic était posé à partir de la passation du Mini-International Neuropsychiatry Interview (MINI) complétée d'une recherche standardisée des événements stressants et d'une évaluation de la symptomatologie anxieuse au moyen de différents instruments d'évaluation : échelle de la symptomatologie anxieuse et dépressive (HAD), échelle d'évaluation de l'anxiété de Hamilton (HAM-A), questionnaire sur les inquiétudes du Penn-State (QIPS), inventaire d'anxiété état de Spielberger (STAI-S), échelle d'émotionnalité positive et négative à 31 items (EPN-31). Les résultats montrent que les événements concernant le domaine de la vie professionnelle sont les plus fréquemment en cause (43%). Sur le plan de la symptomatologie, les résultats montrent que le TAA présente un niveau d'anxiété — tant sur le plan général (physique et somatique) que des ruminations et des émotions négatives — proche des résultats obtenus avec les autres troubles anxieux, particulièrement le trouble anxieux généralisé. Des recherches futures permettront d'apporter les éléments nécessaires pour mieux connaître le trouble et en préciser les limites diagnostiques qui restent encore un sujet à controverse, particulièrement vis-à-vis de la réponse homéostatique au stress et les autres catégories de troubles anxieux. Les résultats de notre étude plaident

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dominique.servant@chru-lille.fr (D. Servant).

KEYWORDS

Adjustment disorder;
Anxiety;
Emotions;
Life events;
Stress

pour que cette entité sub-syndromique soit reconnue et prise en charge, particulièrement en médecine générale où elle est très fréquente.

© L'Encéphale, Paris, 2012.

Summary

Background. – The DSM-IV and ICD-10 descriptions of adjustment disorders are broadly similar. Their main features are the following: the symptoms arise in response to a stressful event; the onset of symptoms is within 3 months (DSM-IV) or 1 month (ICD-10) of exposure to the stressor; the symptoms must be clinically significant, in that they are distressing and in excess of what would be expected by exposure to the stressor and/or there is significant impairment in social or occupational functioning (the latter is mandatory in ICD-10); the symptoms are not due to another axis I disorder (or bereavement in DSM-IV); the symptoms resolve within 6 months, once the stressor or its consequences are removed. Adjustment disorders are divided into subgroups based on the dominant symptoms of anxiety, depression or behaviour. Adjustment disorder with anxiety (ADA) is a very common diagnosis in primary care, liaison and general psychiatry services but we still lack data about its specificity as a clinical entity. Current classifications fail to provide guidance on distinguishing these disorders from normal adaptive reactions to stress. *Method.* – Ninety-seven patients with ADA according DSM-IV were recruited in this primary care study and compared with 30 control subjects matched for age and sex. The diagnosis was made according to the MINI questionnaire completed with a standardized research of stressful events and an assessment of anxiety symptoms using different scales: the Hamilton Anxiety rating Scale (HAM-A), the Hospital Anxiety and Depression scale (HAD), The Penn-State Worry Questionnaire (PSWQ), the Positive and Negative Emotionality scale, 31 items (EPN-31 scale) and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI-S).

Results. – Life events in relation to work were the most frequent (43%). In terms of symptomatology, results showed that ADA is associated with a level of anxiety close to those obtained in other anxiety disorders, particularly GAD, in relation to general symptoms (physical and somatic) as well as anxious rumination and negative emotions.

Conclusion. – Further research is needed to better understand the disorder and clarify its frontiers, which still remain a controversial issue with regard to the homeostatic response to stress and other types of anxiety disorders. The results of our study suggest that this sub syndromic entity should be recognized and adequately treated, especially in general practice where it is very common.

© L'Encéphale, Paris, 2012.

Les troubles de l'adaptation (TA) sont reconnus depuis une trentaine d'années dans les classifications internationales comme le DSM et la CIM. Cependant, plusieurs questions restent posées concernant la validité diagnostique de cette catégorie. Dans la classification internationale DSM-IV [1], les TA constituent des états de perturbation émotionnelle survenant en réaction à un ou plusieurs événements de vie particuliers et entravant le fonctionnement et les performances sociales. Il existe six sous-catégories de TA en fonction de la symptomatologie dominante, mais la symptomatologie apparaît peu spécifique et le diagnostic repose sur trois éléments : l'identification d'un ou plusieurs événements stressants et celle d'un lien chronologique (les symptômes surviennent dans un délai maximum de trois mois après la survenue de[s] l'événement stressant[s] et temporel ; la symptomatologie ne peut persister dans un délai après la disparition de l'événement), avec une réaction qui dépasse la réaction considérée comme « normale » et adaptative et, enfin, l'élimination d'autres diagnostics ou d'une situation de deuil qui expliquerait mieux le trouble.

Plusieurs études épidémiocliniques réalisées à partir d'échantillons en médecine générale, en psychiatrie de liaison et en psychiatrie générale montrent que les TA sont fréquents : 10 à 20 % en médecine générale et en psychiatrie de liaison, 5 à 10 % en psychiatrie libérale ou générale [2–4].

La prévalence du trouble de l'adaptation avec anxiété (TAA) varierait de 4,5 % dans sa forme isolée à plus de 9,2 % dans sa forme associée à une autre pathologie psychiatrique, chez les patients consultant en médecine générale pour motifs psychologiques [5].

La description de la symptomatologie anxieuse du TAA reste assez floue tant sur le plan psychologique que somatique, contrairement au trouble anxieux généralisé (TAG) où les éléments centraux sont représentés par les ruminations incontrôlables, les soucis de menace anticipée et les signes somatiques. Des études psychométriques sont nécessaires pour mieux préciser la sémiologie du TAA (ruminations, émotions, manifestations physiques) et ses circonstances de survenue. Le but de cette étude est de mieux préciser les événements stressants précipitants et la symptomatologie anxieuse au moyen d'instruments standardisés chez des sujets présentant un TAA et consultant en médecine générale.

Méthodes

Il s'agit d'une étude multicentrique (Paris, Lille et Montpellier) réalisée en médecine générale. Les médecins acceptant de participer à l'étude ont été formés

préalablement au diagnostic du TAA et à l'entretien du Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI).

Sujets

Tous les patients étaient informés des buts de l'étude et ont donné leur consentement écrit. Pour être inclus, un patient devait satisfaire à tous les critères suivants :

- homme ou femme, âgé(e) de 18 à 60 ans ;
- patient ambulatoire consultant en médecine générale pour des symptômes évoquant un TAA et répondant aux critères du DSM-IV ;
- patient actuellement non pris en charge pour le TAA ou consultant pour la première fois pour cet épisode ;
- patient dont le score sur l'échelle anxiété de Hamilton (HAM-A) est supérieur ou égal à 15 ;
- patient dont le score sur l'échelle de la symptomatologie anxieuse et dépressive (HAD) est inférieur ou égal à 10 pour la dépression ;
- patient ne recevant pas de prescription médicamenteuse pour le TAA ;
- les patients présentant une pathologie psychiatrique actuelle autre qu'un TAA selon le MINI, ne pouvaient être inclus.

Tous les patients étaient évalués au moyen du MINI [6] pour vérifier qu'ils répondaient au diagnostic de TAA selon le DSM-IV. L'investigateur identifiait l'événement stressant déclencheur et sa date de survenue pour ensuite cocher sur une liste le domaine concerné par la situation.

Par ailleurs, un groupe de sujets témoins volontaires a été constitué, sur la base d'un appariement sur le sexe et l'âge du groupe de patients, avec un effectif de 30 sujets (environ un témoin pour trois patients). Les sujets témoins ne devaient présenter aucune pathologie psychiatrique ni somatique.

Évaluations

Différents outils psychométriques spécifiques ont été utilisés : l'échelle de HAD, l'échelle d'évaluation de HAM-A, l'échelle d'émotionnalité positive et négative à 31 items, émotionnalité positive et négative à 31 items (EPN-31) [7], ainsi que le questionnaire sur les inquiétudes du Penn-State [8], l'inventaire d'anxiété trait-état de Spielberger (STAI-S) : seule la partie anxiété état a été utilisée, et l'échelle analogique visuelle de Norris sur deux dimensions : tendu-relaxé et inquiet-tranquille.

Analyses

Après le calcul des moyennes et écart-types de toutes les variables dimensionnelles, et une vérification de la bonne comparabilité des deux groupes (âge et sexe), une comparaison de moyennes des différentes échelles psychométriques des deux groupes a été effectuée. Le test non paramétrique de Mann-Whitney a été utilisé en raison de l'absence de normalité des distributions de la plupart des variables. Puis, une régression logistique multivariée pas à

pas a été effectuée, avec l'appartenance aux deux groupes comme variable dépendante, et tous les scores aux échelles psychométriques ayant montré des différences significatives entre les deux groupes en analyse bivariée comme variables indépendantes. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS 9.1.

Déclaration au comité de protection des personnes

Un consentement écrit a été demandé aux patients, et un avis favorable a été obtenu auprès du comité de protection des personnes Nord Ouest IV (Lille).

Résultats

Quatre-vingt-dix-sept patients répondant au diagnostic de TAA selon le DSM-IV ont été recrutés. L'échantillon était constitué de 34 hommes (35,1%) et 63 femmes (64,9%). L'âge moyen était de 41,2 ans (écart-type : 12,9, extrêmes 18–70 ans). Vingt-huit sujets (28,9%) présentaient une pathologie somatique associée et 34 (35,1%) des antécédents médico-chirurgicaux. Un groupe de 30 témoins indemnes de toutes pathologies psychiatriques et somatiques a été recruté pour cette étude et évalué au moyen des instruments d'évaluation prévus par le protocole. Les témoins étaient comparables au groupe de patients concernant les données démographique : neuf hommes (30%) et 21 femmes (70%) et l'âge moyen était de 40,9 ans (10,9). Pour les patients, l'ancienneté du trouble était en moyenne de 5,3 mois (8,8). Huit patients (8,2%) consultaient pour des motifs psychiques uniquement, dix (10,3%) pour des motifs somatiques uniquement et 79 (81,4%) pour les deux motifs associés.

Parmi les domaines des événements stressants identifiés comme déclencheurs, le travail, la famille et la santé sont les plus fréquents (Tableau 1). Le recueil du détail des événements en cause montre une majorité de stress professionnels ($n=27$), de ruptures, séparations ou divorces ($n=18$), et de problèmes de santé d'un proche ($n=15$). Viennent ensuite les problèmes de santé personnels ($n=10$), les licenciements ou chômage ($n=7$), les conflits familiaux ($n=5$), les problèmes financiers ($n=4$), les examens ou concours ($n=4$), et le harcèlement au travail ($n=3$). Les

Tableau 1 Domaines concernés par les événements stressants à l'origine du trouble de l'adaptation avec anxiété (TAA) ($n=97$).

Domaines	Nombre de sujets (%)
Travail	43 (44,3)
Famille	35 (36,1)
Vie sentimentale	26 (26,8)
Santé	22 (22,7)
Ressources financières	17 (17,5)
Problème légal ou avec la justice	4 (4,1)
Dépense entretien (maison, voiture)	4 (4,1)
Transports	4 (4,1)
Amis	3 (3,1)

Tableau 2 Comparaison des moyennes et écarts types (entre parenthèses) des scores obtenus aux échelles d'évaluation entre les patients (trouble de l'adaptation avec anxiété [TAA]) et les témoins.

	TAA n = 97	Témoins n = 30	p
<i>HAM-A</i>			
Score total	23,3 (6,1)	2,5 (2,5)	Non applicable ^a
Anxiété psychique	13,2 (3,7)	1,4 (1,6)	
Anxiété somatique	10,0 (4)	1,0 (1,4)	
<i>HAD</i>			
Anxiété	11,2 (4,0)	3,6 (2,5)	< 0,001
Dépression	4,3 (2,4)	1,6 (1,4)	< 0,001
<i>STAI-état (Spielberger)</i>	52,1 (14,6)	23,8 (4,7)	< 0,001
<i>QIPS (Penn-State)</i>	55,3 (10,8)	36,1 (8,3)	< 0,001
<i>EPN-31</i>			
Émotions positives	53,8 (24,6)	72,1 (15,7)	< 0,001
Tendresse	59,5 (27,5)	78,4 (17,1)	< 0,001
Joie	48,2 (24,1)	65,7 (15,8)	< 0,001
Émotions négatives	45,6 (15,9)	13,7 (11,7)	< 0,001
Peur	72,0 (21,8)	20,8 (14,0)	< 0,001
Colère	39,2 (18,4)	12,9 (10,6)	< 0,001
Honte	31,4 (19,5)	10,6 (13,9)	< 0,001
Tristesse	47,2 (23,3)	12,1 (13,8)	< 0,001
Surprise	25,3 (16,9)	25,2 (16,9)	0,91
<i>EVA tendu-relax</i>	37,8 (24,4)	86,0 (16,8)	< 0,001
<i>EVA inquiet-tranquille</i>	37,0 (24,7)	88,5 (15,5)	0,001

^a Le test de comparaison de moyennes ne peut pas être appliqué à l'échelle Hamilton-anxiété, car il s'agit d'un des critères d'inclusion pour les sujets du groupe TAA (score total ≥ 15).

autres événements ne concernent seulement qu'un ou deux sujets de l'échantillon.

Les résultats des comparaisons des scores aux échelles d'auto- et d'hétéro-évaluation entre les deux groupes sont reportés dans le **Tableau 2**. On y constate que les moyennes de tous les scores sont significativement différentes entre les deux groupes, à l'exception du score « surprise » de l'échelle EPN-31. Une analyse de régression logistique multivariée pas à pas montre que deux scores sont prédictifs de l'appartenance à l'un ou à l'autre groupe : le score de l'échelle HAD-anxiété (OR = 1,67 ; $p < 0,001$) et celui de l'échelle STAI-état (1,26 ; $p < 0,001$).

Discussion

L'échantillon de notre étude est comparable sur le plan sociodémographique à celui des autres études déjà réalisées en France à savoir majoritairement féminin et d'un âge moyen d'environ 40 ans [5]. Les événements stressants appartenant au domaine professionnel sont les plus retrouvés, ce qui montre un changement par rapport aux études antérieures. Dans l'étude de Despland et al. les troubles familiaux (33%) étaient les plus fréquents suivis des problèmes sentimentaux (25%) et des problèmes professionnels (9%) dans le TAA [3].

Notre étude confirme que les patients diagnostiqués TAA présentent des niveaux symptomatiques, sur la base

d'échelles d'auto et d'hétéro-évaluation, assez proches de ceux observés dans les autres troubles anxieux, et particulièrement le TAG. Pour la HAM-A, il est habituel de distinguer l'anxiété mineure à partir de 6 à 14 et l'anxiété majeure à partir de 15. Pour la HAD-Anxiété, le score seuil généralement admis rendant probable le diagnostic de TAG est fixé à 8. Une étude norvégienne en médecine générale, sur un large échantillon de 1781 patients, montre qu'à partir d'un score à la HAD-anxiété supérieur à 8, 76% des patients sont correctement diagnostiqués par un questionnaire évaluant les critères de l'anxiété généralisée du DSM-IV [9].

En plus des symptômes anxieux eux-mêmes, notre étude permet de décrire le profil des patients souffrant de TAA sur deux dimensions cliniques importantes : la tendance à l'inquiétude (QIPS), et le profil émotionnel (EPN-31). Le score moyen d'inquiétudes obtenu au QIPS est élevé (55,3), presque le double de celui constaté chez les sujets témoins (36,1). Il est toutefois légèrement inférieur aux scores obtenus dans le TAG dans les études de validation : 67,7 avec la version anglaise et 62 à 65 avec la version française [8]. En ce qui concerne les symptômes émotionnels, on constate également des profils à l'EPN-31 très altérés par rapport aux sujets témoins, avec des émotions positives nettement réduites et des émotions négatives très augmentées, notamment en ce qui concerne la peur et la tristesse. Les moyennes obtenues sont très voisines de celles obtenues par Pélissolo [10] chez des patients psychiatriques souffrant de TAG.

Ces résultats, qui suggèrent des niveaux d'intensité symptomatique élevés et des dysfonctionnements cognitifs et émotionnels significatifs, voisins de ceux observés dans les troubles anxieux caractérisés, montrent la nécessité d'améliorer la compréhension du TAA et son dépistage.

On peut dès lors s'interroger sur la définition même du TAA et ses frontières avec les autres troubles anxieux. Il s'agit schématiquement d'un diagnostic par défaut, qui s'applique en général lorsqu'aucun autre diagnostic principal ne peut être posé. Par rapport au TAG, le critère le plus souvent discriminant est la survenue des symptômes uniquement dans les suites d'un événement stressant, avec un seul sujet de préoccupation et non plusieurs comme dans le TAG. Cette distinction peut sembler cependant un peu arbitraire dans nombre de cas, sachant que les sujets d'inquiétudes peuvent varier dans le temps et que l'établissement d'un lien causal entre un événement de vie donné et une réaction anxieuse s'avère souvent difficile à objectiver. L'évolution, proposée en 2010, des critères diagnostiques dans le DSM-5, avec notamment la réduction de la durée minimale du trouble de six mois à trois mois, risque de rendre la distinction entre TAG et TAA encore plus incertaine [11]. La durée moyenne d'évolution du TAA dans notre étude est en effet de 5,3 mois.

Il faut remarquer que, dans nos résultats, les deux variables les plus discriminantes en analyse multivariée entre les deux groupes sont les scores aux échelles HAD-anxiété et STAI, qui reflètent toutes deux un niveau d'anxiété générale. Les autres dimensions cliniques sont donc moins discriminantes face au poids de l'anxiété dans son ensemble.

La dimension représentée par les ruminations mériterait d'être étudiée de façon plus précise, car elle est centrée sur l'événement actuel et ses conséquences à court et long terme alors que, dans le TAG, elle concerne des événements futurs et incertains. Le QIPS est une échelle globale de ruminations sans précision du thème, et une analyse plus ciblée des ruminations pourrait être utile.

Conclusion

Il s'agit à notre connaissance de la première étude clinique étudiant les circonstances du diagnostic de TAA et les caractéristiques psychométriques de l'anxiété qui y est associée. Il apparaît, tant sur des échelles d'évaluation générale que sur des échelles de rumination ou d'émotionnalité, des résultats similaires dans leur intensité à ceux obtenus pour le TAG.

Le TAA est une pathologie encore mal identifiée par le médecin généraliste; il s'agit pourtant d'un trouble fréquent qui entraîne une véritable souffrance anxieuse et se révèle souvent précurseur d'affections psychiques

plus sévères. Compte tenu de la fréquence élevée de ce trouble et de sa grande variabilité, il est important à l'avenir de mieux étudier les symptômes cognitifs, physiologiques et émotionnels des patients présentant un TAA, pour une prise en charge précoce et efficace de sa symptomatologie.

Déclaration d'intérêts

D. Servant, A. Pelissolo et J.-P. Boulanger déclarent des collaborations scientifiques de communication ponctuelles avec des laboratoires pharmaceutiques au cours des trois dernières années.

Remerciements

Cette étude a été réalisée avec le soutien de Biocodex.

Références

- [1] American Psychiatric Association. MINI DSM IV TR Critères diagnostiques (Washington DC 2000). Traduction française par Guelfi JD. Paris: Masson; 2004.
- [2] Casey P. Adjustment disorder. *Epidemiology, diagnosis and treatment*. *CNS Drugs* 2009;23(11):927–36.
- [3] Despland JN, Monod L, Ferrero F. Clinical relevance of adjustment disorder in DSM III R and DSM IV. *Compr Psychiatry* 1995;36:454–60.
- [4] Samuëlian JC, Charlot V, Derynck F, et al. Troubles de l'adaptation : à propos d'une enquête épidémiologique. *Encéphale* 1994;20:755–65.
- [5] Semaan W, Hergueta T, Bloch J, et al. Étude transversale de la prévalence du trouble de l'adaptation avec anxiété en médecine générale. *Encéphale* 2001;27:238–44.
- [6] Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl. 20):22–33.
- [7] Pelissolo A, Rolland JP, Perez-Diaz F, et al. Évaluation dimensionnelle des émotions en psychiatrie: validation du questionnaire Émotionnalité positive et négative à 31 items (EPN-31). *Encéphale* 2007;33:256–63.
- [8] Gosselin P, Dugas M, Ladouceur R, et al. Evaluation of worry: validation of a French translation of the Penn-State Worry Questionnaire. *Encéphale* 2001;27(5):475–84.
- [9] Olsson I, Mykletun A, Dahl A. The Hospital Anxiety and Depression Rating Scale: a cross-sectional study of psychometrics and case finding abilities in general practice. *BMC Psychiatry* 2005;5:46.
- [10] Pelissolo A. Balance émotionnelle dans les troubles anxieux et dépressifs. *Ann Med Psychol* 2011;169:124–7.
- [11] Andrews G, Hobbs MJ. The effect of the draft DSM-5 criteria for GAD on prevalence and severity. *Aust N Z J Psychiatry* 2010;44:784–90.