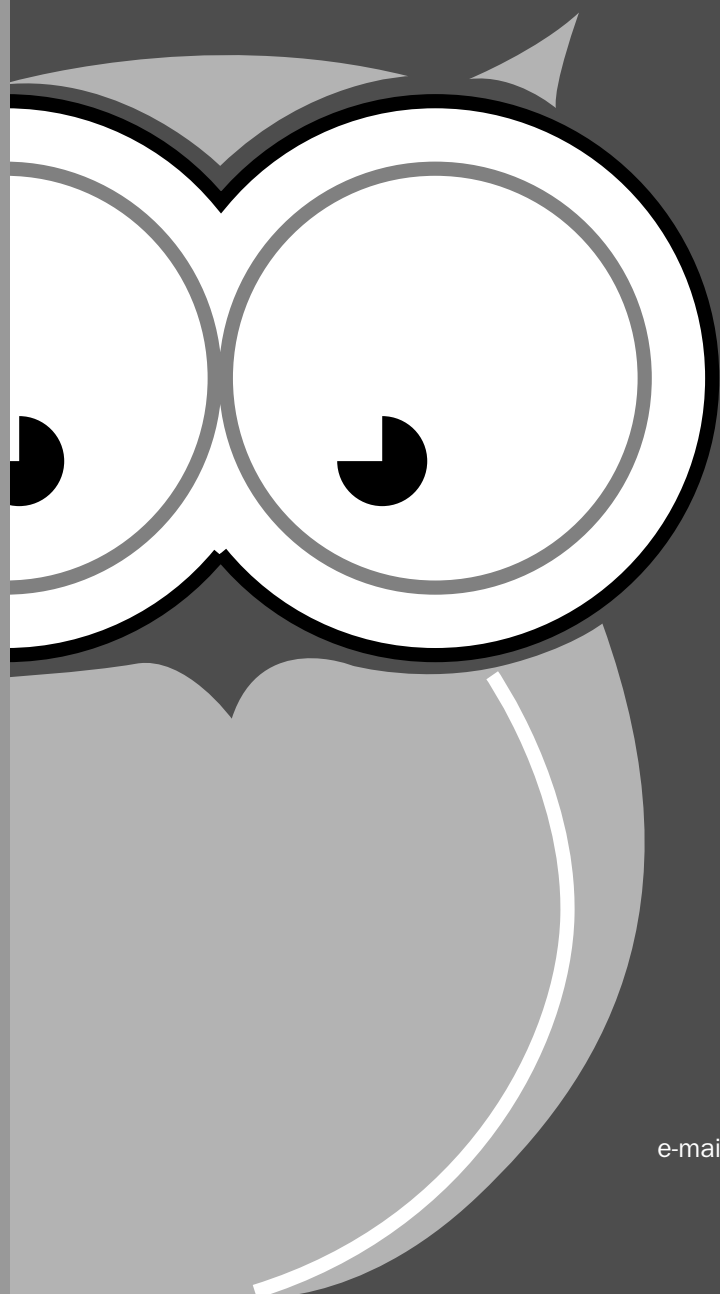


documents *de recherches*

en

médecine *générale*



**Société Française
de Médecine Générale**
Société Savante

27, boulevard 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.sfmng.org>

O.N.G. agréé auprès de l'O.M.S.
Représentant la France à la WONCA

Angoisse et anxiété

Dr François RAINERI

d **UN SYMPTÔME BIPOLAIRE**
 écrite par les médecins Grecs (agheïn : "serré"), connue par les Romains (angustia : "resserrement", angore "oppresser, serrer à la gorge"), l'expression angoisse "*de grant angoisse*" est utilisée par Chrétien de Troyes pour désigner une étreinte âpre et douloureuse ressentie sous le coup d'une émotion violente. Cette description quasi sémiologique met déjà en évidence la double polarité des troubles anxieux. Au début du XIX^e siècle, l'angoisse si familière aux Romantiques ("Il y a dans ma tête... des années de rêves, de projets et d'angoisses qui voudraient se presser dans une phrase, dans un mot" Gérard de Nerval) reste assez proche de cette double signification. Le bouleversement scientifique de l'époque amène le développement rapide de la neurologie et de la psychopathologie et dès la fin du siècle, anxiété et angoisse sont comprises comme :

- l'association de modifications somatiques oppressantes (tension *nerveuse*, un malaise *physique*, sensation d'*étouffement*) et d'une perception psychologique de *danger* (attente *inquiète*, sentiment de *menace*),
- qui surviennent en *l'absence* de danger objectif et en *l'absence* de contexte organique.

Ainsi Freud en 1895, à partir de la neurasthénie de Beard, décrit une "névrose" d'angoisse liée à l'accumulation d'excitation sexuelle. Dans le même temps, l'histoire montre que les troubles phobiques, obsessionnels et post-traumatiques sont déjà individualisés par nombre d'auteurs sous des appellations diverses.

Si le philosophe Heidegger affirme en 1936 la nature intrinsèquement humaine de l'angoisse en la considérant comme : "la disposition fondamentale qui nous place face au néant", le pathologiste Hans Selye décrit en 1946 à la suite des travaux du physiologiste américain W. Cannon le "Syndrome Général d'Adaptation au stress" et ouvre la voie à l'étude des modifications physiologiques liées à l'anxiété.

DE MULTIPLES ENTITÉS CLINIQUES

Depuis les années 70, avec l'apport des approches neurobiologiques, cognitivo-comportementales, éthologiques et la "révolution conceptuelle" que représente pour la description des troubles mentaux le DSM III puis III-R, les troubles anxieux ont été démembrés en une dizaine d'entités cliniques. Des catégories diagnostiques considérés comme fiables par leurs auteurs et compatibles avec la CIM 10, qui reste la classification internationale de référence, permettent de construire lors des recherches menées en milieux spécialisés des cohortes homogènes de patients. Cependant, mentionner entre autres démembrements sémiologiques l'attaque de

panique, l'anxiété généralisée, les troubles obsessionnels et compulsifs, l'agoraphobie, les phobies simples, les phobies sociales, la névrose post traumatique, les somatisations, les troubles anxio-dépressifs, c'est aussi illustrer la complexité sémiologique de l'anxiété conçue aujourd'hui comme "une condition ordinaire du vivant, dès qu'il pense" mais qui peut devenir pathologique par son intensité, sa durée, son retentissement cognitif et fonctionnel.

Les médecins généralistes sont, dans le cadre de troubles psychologiques, les médecins les plus fréquemment consultés en premier recours (Gater). Chacune des entités cliniques précédemment citées semblant désormais pouvoir bénéficier, aux dires de l'industrie pharmaceutique, d'une prise en charge spécifique, il importerait que le généraliste puisse mieux apprécier les caractéristiques cliniques de ces troubles comme les critères de qualité de leur prise en charge. Cependant, les classifications internationales se révèlent "d'un abord direct difficile et quelque peu rébarbatif pour un médecin généraliste en activité". En pratique elles sont encore loin d'être adaptées à une pratique quotidienne de la médecine générale en temps réel, y compris la CIM 10 SSP et son chapitre psy disponible en cartes. Aussi, en l'absence de langage commun, d'un vocabulaire fiable et aisément utilisable (désormais informatisé) en médecine générale, une conclusion indiscutable du rapport Zarifian demeure "qu'il n'existe pas d'étude épidémiologique faite dans des conditions satisfaisantes et sur une très grande échelle dans notre pays"... Et nombres d'interrogations restent sans réponse. Pour exemple, la France est souvent montrée du doigt en ce qui concerne le volume de vente de médicaments psychotropes (notre pays vient en tête parmi les pays européens) ; mais il n'a jamais été scientifiquement répondu à la question : l'adéquation diagnostic-traitement est-elle pertinente ?

Les variations des données épidémiologiques

Les chiffres actuellement avancés concernant la santé mentale de la population générale française proviennent d'études réalisées sur des échantillons réduits, utilisent souvent des critères différents et montrent de grandes variations dans les résultats publiés :

- dans l'enquête sur la santé et la protection sociale du CREDES (1988-1991), confirmée par l'étude de 1994, 1 % de la population générale souffrirait d'anxiété,
- dans l'enquête INSERM 1990 11 % des hommes et 23 % des femmes en population générale souffrirait d'anxiété pathologique et 20 à 30 % des consultants en médecine générale,
- dans l'enquête sur la santé et les soins médicaux réalisée par l'INSEE en 1991-1992, 4,7 % de la population souffrirait d'anxiété,
- on peut également citer l'étude de Savigny menée en région

parisienne selon laquelle les troubles anxieux auraient des prévalences variables selon les différents tableaux : troubles anxieux 29 %, troubles panique 2,6 %, troubles obsessionnels et compulsifs 9 %, phobies simples 18,3 %, phobies sociales 4,1 %, agoraphobie 6,9 %,

- pour mémoire l'enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) menée par IMS-France en 1991-92 en médecine libérale montrait que les troubles mentaux, avec 14 % des séances, constituaient la troisième cause de consultation tous médecins confondus, les patients ayant recours dans 65 % des cas à leur généraliste. Dans un tiers des cas, il s'agissait d'anxiété et dans un autre tiers des cas d'insomnie.

Les chiffres issus des études américaines, peut-être plus fiables du fait d'une méthodologie rigoureuse et de critères unifiés (DSM III-R) montrent :

- que les troubles anxieux sont une des manifestations les plus fréquentes en psychiatrie (*Régier*),
- qu'au moins 5 % de la population américaine présente chaque année de symptômes anxieux assez sévères pour entraîner une demande thérapeutique (*Lader*),
- que l'anxiété rend compte à elle seule de 10 à 15 % des consultations de médecine interne ou de cardiologie. (*Cameron*).

UN OUTIL SÉMIOLOGIQUE POUR LA MÉDECINE GÉNÉRALE : LE DICTIONNAIRE DES RÉSULTATS DE CONSULTATION

Un dictionnaire, permet de DÉFINIR les mots d'une langue ou les termes d'une science, d'un art et de les RANGER par ordre alphabétique ou autre dans un recueil. A partir de l'expérience clinique d'un réseau de recueil permanent de 109 médecins généralistes informatisés (Observatoire de la Médecine Générale), la SFMG a validé un Dictionnaire informatisé des Résultats de Consultation en Médecine Générale (Contrat CNAMTS - SFMG n°1397/93), outil sémiologique qui se veut un langage commun adapté à la pratique du médecin généraliste.

Ce Dictionnaire contient :

- les définitions des problèmes les plus fréquemment rencontrés en médecine générale (0,3/1 000 soit 1 fois/an) couvrant environ 97 % des situations cliniques,
- ces définitions sont fournies avec critères d'inclusion, obligatoires (++++) ou descriptifs (+/-), et d'exclusion ainsi que le rappel des situations voisines,
- chaque définition est caractérisée par son titre, sa position diagnostique, le transcodage CIM 10.

Ce Dictionnaire informatisé répond à trois critères indispensables :

- utilisation de données standardisées dans le temps et dans l'espace, quel que soit le médecin,
- adéquation avec les états pathologiques les plus fréquemment rencontrés en médecine générale,
- transcodage CIM 10 autorisant les comparaisons avec les études internationales.

DANS CE DICTIONNAIRE, LA DÉFINITION DU TABLEAU SÉMIOLOGIQUE "ANXIÉTÉ - ANGOISSE" EST LA SUIVANTE :

INCLUSIONS

+++ SENSATION DE CRAINTE DIFFUSE :

- ++1 || tension interne
- ++1 || sensation d'un danger imminent
- ++1 || attente craintive, inquiétude

+++ SENSATION SOMATIQUE PENIBLE :

- ++1 || motrice (tension musculaire, tremblements, etc.)
- ++1 || respiratoire (étouffement, tachypnée, etc.)
- ++1 || cardiaque (palpitations, tachycardie, précordialgies, etc.)
- ++1 || digestive (sécheresse buccale, "estomac noué", diarrhée, etc.)
- ++1 || neurovégétative (bouffées de chaleur, sueurs, sensations vertigineuses, etc.)
- +/- continue
- +/- paroxystique
- +/- état de panique, incoercibilité, aggravation des symptômes
- +/- insomnie
- +/- récursive

Voir aussi

- ACCES ET CRISE • ASTHÉNIE - FATIGUE • BOUFFÉES DE CHALEUR • CERVICALGIE • HUMEUR DÉPRESSIVE • DÉPRESSION • HUMEUR DÉPRESSIVE • MAL DE GORGE • PHOBIE • PSYCHIQUE (AUTRE TROUBLE) • RÉACTION A UNE SITUATION ÉPROUVANTE

En 1994, sur la base des 200 définitions que comptait alors le Dictionnaire, l'anxiété se situait au 12^{ème} rang des Résultats de Consultation classés par fréquence d'utilisation (hors vaccination et examen systématique).

TABLEAU 1

Résultat de consultation	Fréquence d'utilisation en %
1 HTA	8,71
2 Etat fébrile	3,92
3 Hyperlipémie	3,13
4 Insomnie	2,73
5 Etat afebrile	2,46
6 Rhino-pharyngite	2,18
7 Insuffisance coronarienne	2,11
8 Arthropathie - périarthropathie	2,00
9 Lombalgie	2,00
10 Diabète sucré	1,88
11 Arthrose	1,73
12 Anxiété angoisse	1,60

Quelques caractéristiques de la base OMG 1995 (100 médecins, DRC 263 termes)



Répartition des patients en fonction de l'âge et du sexe

TABLEAU 2

Tranche d'âge	Patients	Patients (%)	F	F (%)	M	M (%)
0 à 2 ans	2 332	4,20	1 165	2,09	1 167	2,11
2 à 15 ans	11 550	20,81	5 896	10,62	5 654	10,19
16 à 39 ans	19 494	35,12	10 609	19,11	8 885	16,01
40 à 64 ans	14 450	26,04	7 654	13,79	6 796	12,25
65 à 79 ans	5 581	10,06	3 141	5,65	2 440	4,41
80 ans et plus	2 088	3,77	1 377	2,48	711	1,29
Total	55 495*	100,00	29 600	53,74	25 895	46,26*

*51,6 % Femmes et 48,4 % Hommes (chiffres pondérés) dans l'enquête CREDES 1996 (9 628 patients)

Répartition des séances en fonction de l'âge et du sexe

TABLEAU 3

Sexe	Total de Séances	0 à 2 ans	2 à 15	16 à 39	40 à 64	65 à 79	> 80
F	99 443	4 183	13 297	27 836	28 481	16 646	9 000
%	56,46	2,37	7,53	15,81	16,17	9,45	5,11
M	76 680	4 284	13 701	19 934	22 582	11 987	4 192
%	43,54	2,43	7,79	11,31	18,82	6,80	2,38
Total	176 123	8 467	26 998	47 770	51 063	28 633	13 192
%	100,00	4,80	15,32	27,12	28,99	16,25	4,60

Répartition des séances en fonction du type d'acte

TABLEAU 4

Total des séances	Femmes	Hommes
Consultation : 81 %*	55 %	45 %
Visites : 19 %*	63 %	37 %

* données identiques à celle du CREDES 1996

Fréquences comparée des items "troubles psychiques" pour 100 séances de médecine générale.

Données SFMG (recueil en continu, DRC) et CREDES 1994 (morbidité par enquête, CIM 9)*

TABLEAU 5

Problème	SFMG % (95)	CREDES IMS % (94)
Insomnie	4,30	3,00
Anxiété	2,55	3,30
Humeur dépressive	2,18	item non répertorié
Dépression	1,82	3,80
Asthénie	1,84	2,20
Nervosité	1,21	0,40
Réaction à situation éprouvante	1,02	item non répertorié
Autres troubles psychiques	0,78	2,30
Sous total	15,70	15,00

"Anxiété, dépression asthénie sont quantitativement plus importantes dans les données du CREDES, en particulier du fait de l'effet mécanique des items "humeur dépressive" et

"réaction à une stimulation éprouvante" pris en compte dans le dictionnaire des résultats de consultation de la SFMG. Mais la somme de ces items donne des résultats comparables".

* JL. Gallais "Mythe et réalité : le syndrome anxio-dépressif en questions" Exercer janvier/février 1998 N° 45 P 7

Résultats préliminaires concernant le tableau sémiologique "Anxiété - angoisse"

Position et Fréquence d'utilisation du RC "Anxiété - angoisse" selon l'âge.

TABLEAU 6

Tranche d'âge	Global	0-2ans	2-15	16-39	40-64	65-79	> 80
Nombre séances	4 498	4	42	985	1 782	1 273	412
Rang	14 ^e	—	—	11 ^e	9^e	10 ^e	20 ^e
% séances anxiété	100 %	—	1 %	22 %	40 %	28 %	9 %
% séances total	2,55 %	—	—	2,06 %	3,41 %	4,44 %	3,12 %

Toutefois il s'agit bien de signes dont se plaint le patient et que le médecin retient comme significatifs, ou de manifestations que le médecin va rechercher au moment de l'entretien : une large enquête épidémiologique menée chez 5 500 lycéens dans un comté du New Jersey a montré un taux de prévalence réelle du TOC de 1,00 % (+/- 0,5 %) et de 1,9 % (+/- 0,7

La fréquence de l'anxiété comme tableau symptomatique majeur semble apparaître en médecine générale et de façon significative au moment de la puberté, augmenter avec l'âge jusqu'à 80 ans pour diminuer ensuite, probablement du fait que les problèmes liés au vieillissement deviennent prépondérant dans cette tranche d'âge. L'enquête EPPM 1992 (IMS-France) aboutit aux mêmes conclusions.

%) sur la vie entière alors que la prévalence estimée avait été évaluée à 0,05 % en 1953. Il est vrai que les lycéens recrutés n'avaient jamais consultés.

Par ailleurs, la tranche d'âge 40-64 ans est sur-représentée par rapport aux autres classes d'âge (29 % des patients, 40 % des séances anxiété).

Position du RC "Anxiété - angoisse" et fréquence d'utilisation selon le sexe

Si "Anxiété - angoisse" se situe toujours au 14^e rang des résultats de consultation classés par ordre de fréquence d'utilisa-

TABLEAU 7

	Tous patients	Femmes	Hommes
Nombre total de séances	4 498	3 189	1 309
% séance anxiété	100	70,89	29,11
% nombre total de séances	2,55	1,81	0,74
Position RC	14 ^e	10 ^e	24 ^e

tion avec 2,55 % des séances totales, il existe une nette différence selon le sexe :

10^e rang avec 1,81 % des séances chez les femmes
26^e rang avec 0,74 % des séances chez les hommes

Répartition des patients "anxiété - angoisse" en fonction du sexe. Le tableau sémiologique "anxiété - angoisse" est deux fois et demi plus fréquemment relevé chez les femmes (71 % des

TABLEAU 8

	Total	Femmes	Hommes
Nombre de patients	1 722	1 217	505
Pourcentage patient	100 %	71 %	29 %

consultants) que chez les hommes (29 % des consultants). Le nombre moyen de séances par consultant : 2,6 est identique selon le sexe pour ce même motif.

Répartition des séances "anxiété - angoisse" en fonction du type d'actes.

Le type d'acte effectué dans le cadre de ce tableau sémiolo-

TABLEAU 9

	Total	Consultations	Visites
Nombre de séances	4 498	3 587	911
Pourcentage séances	100 %	80 %	20 %

gique est identique à la moyenne générale des actes. Cette constatation demande à être pondérée par le fait que l'anxiété est absente dans les tranches d'âge 0-2 ans et 2-15 ans.

Répartition des séances "anxiété - angoisse" en fonction du code suivi

Trois fois sur quatre, l'anxiété s'inscrit dans un tableau consi-

déré par le médecin comme permanent.

Une fois sur quatre, il s'agit d'une tableau nouveau.

Le diagnostic est révisé moins d'une fois sur mille (7/4 498)



Une première synthèse s'impose : l'anxiété apparaît à la puberté, est deux fois et demi plus fréquente chez les femmes que chez les hommes avec une fréquence maximale dans la tranche

d'âge 40-64 ans. Par ailleurs, le nombre de séance par consultant est identique dans les deux sexes.

TABLEAU 10

	Total	Permanents	Nouveaux
Nombre de séances	4 498	3 426	1 065
Pourcentage séances	100 %	76 %	24 %

“anxiété angoisse” et autres troubles psychiques

Fréquences des items “troubles psychiques” rapportées au nombre de patients différents et au sexe.

Le nombre de femmes pour lesquelles sont relevés les items

se rapportant aux “troubles psychiques” est toujours beaucoup plus important que pour les hommes. L'ensemble de ces items semblent apparaître de façon significative en corrélation avec la puberté. Le ratio F/H varie de 2,83 (réaction à une stimulation éprouvante) à 1,76 (insomnie).

TABLEAU 11

Résultat Consultation	patients	% patients	F	% F	M	% M	ratio F/M
Insomnie	2 363	4,25	1 508	2,71	855	1,54	1,76
Anxiété	1 722	3,10	1 217	2,19	505	0,91	2,40
Réaction à situation éprouvante	1 422	2,56	1 050	1,89	372	0,67	2,83
Humeur dépressive	1 374	2,47	1 015	1,82	359	0,65	2,82
Nervosité	927	1,67	608	1,09	319	0,58	1,90
Dépression	921	1,65	669	1,20	252	0,45	2,65

Fréquences des items “troubles psychiques” rapportées au nombre de séances et au sexe.

La fréquence des séances “troubles psychiques” est nettement

plus élevée chez les femmes que chez les hommes pour l'ensemble des items. Le ratio F/H varie entre 2,84 (réaction à une stimulation éprouvante) et 1,83 (insomnie).

TABLEAU 12

Résultat Consultation	Séances	% (176123)	F	% F	M	% M	ratio F/H
Insomnie	7 577	4,30	4 905	2,78	2 672	1,52	1,83
Anxiété	4 498	2,55	3 189	1,80	1 309	0,75	2,44
Humeur dépressive	3 846	2,18	2 856	1,62	990	0,56	2,88
Dépression	3 206	1,82	2 337	1,32	869	0,50	2,69
Réaction à situation éprouvante	2 810	1,59	2 097	1,19	713	0,40	2,94
Nervosité	2 148	1,21	1 457	0,83	691	0,38	2,11

Classement des items “troubles psy” chez les femmes en fonction du nombre de séance.

TABLEAU 13

Résultat Consultation	Nb séances	Classement	Résultat Consultation	Nb séances	Classement
HTA	14 814	1	Lombalgie	2 941	12
Vaccination	7 713	2	Fatigue asthénie	2 947	13
Etat fébrile	5 846	3	Humeur dépressive	2 856	14
Insomnie	4 905	4	Contraception	2 669	15
Hyperlipidémie	4 499	5	Insuffisance coronarienne	2 664	16
Examen systématique	2 557	6	Diabètes	2 578	17
Etat afebrile	3 859	7	Constipation	2 442	18
Arthropathie	3 659	8	Algie	2 410	19
Arthrose	3 533	9	Dépression	2 337	20
Anxiété	3 189	10	Asthme	2 335	21
Rhino-pharyngite	3 059	11	Réaction à situation éprouvante	2 097	22

La plupart des troubles “psy” trouvent leur place dans les 22 premiers résultats de consultation chez les femmes. Chez les

hommes, seule l'insomnie, classée au 9^e rang, entre dans les 22 premiers résultats de consultation.

Conclusions provisoires

Le Résultat de Consultation "anxiété - angoisse" apparaît à la puberté, est deux fois et demi plus fréquente chez les femmes que chez les hommes avec une fréquence maximale dans la tranche d'âge 40-64 ans. Par ailleurs, le nombre de séance par consultant est identique dans les deux sexes. Ces quelques données à propos d'un syndrome connu et décrit depuis l'antiquité soulèvent nombres de questions en particulier :

- Les résultats obtenus plaident-ils en faveur d'un déterminisme sexuel de l'anxiété et plus généralement des capacités adaptatives au stress ?
- Existe-t-il en particulier une corrélation entre la sécrétion des oestro-progestatifs et les manifestations anxieuses ? Quelle serait alors l'influence de la prise de contraceptifs

oraux et la ménopause (non traitée) ? Marque-t-elle un retour à l'égalité des sexes pour ce type de syndrome ?

Quelle part jouent les conditionnements culturels dans l'expression de l'anxiété par le patient clinique et dans la détection des manifestations anxieuses par le médecin lors de la consultation ? Peut-on en particulier invoquer les préconceptions "masculines" d'un corps médical généraliste où prédominent encore les hommes (90 % de médecins hommes dans l'étude SFMG ?) ou encore des symptômes anxieux trop "culturellement" marqués pour que les patients masculins les verbalisent ?

Enfin les résultats retrouvés dans l'anxiété paraissant généralisables à une grande partie des troubles psychologiques observés chez les patients, ces questions le sont elles également ?

Bibliographie

- Aguzzoli F, Le Fur P, Sermet C. Clientèles et motif de recours en médecine libérale. CREDES 1994
- American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorder : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 3ème édition DSM III. Traduction Française coordonnée par Pichot P. et Guelfi D.D Mason Paris 1980.
- American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorder 4th ed. DSM IV, Psychiatric Press. Washington, 1994.
- Brown C., Rackel R., Welles B., Downs J., Akiskal H. : Mise à jour pratique sur les troubles liés à l'anxiété et leur traitement pharmacologique. Jama Supplément neuropsychiatrie Vol 16 n° 235 30/11/1991
- Cameron OG. The differential diagnosis of anxiety : psychiatric and medical disorders. Psychiatr Clin North Am 1985 ; 8 : 3-23
- Caria A, verta P, gurlfi JD, Quesmada N, Ustun T. La CIM10 soins de santé primaire (1) Une classification des troubles mentaux à l'usage des médecins généralistes. La Revue du Praticien Médecine générale 1996 ; 330 :39-44
- Clerc P. Morel F. Extraction de données de la base SFMG Mars 1998 (Documentation SFMG)
- Comte-Sponville A. Le bonheur en pilules ? Actualités et dossier en Santé publique juin 1996 n°15
- Dantzer R. L'illusion psychosomatique. Editions Odile Jacob. Octobre 1989
- Dumesnil S, Grandfils N, Le Fur P, Mizrahi A, Mizrahi Ar. CREDES 1996
- Ferreri M, Heim A, Nuss P, Crocq L, Mirabel V. Psychopathologie de l'anxiété. Les dossiers du praticien PPP. Impact Hebdo 1994 n°258 VII-XIV
- Ferru P. Troubles psy en médecine générale : comparaison CIM 10-SSP Dictionnaire des résultats de Consultations. Documents de Recherche en Médecine Générale. SFMG 1997 n° 49 :36-42.
- Gallais J.L. Mythe et réalité : le syndrome anxio-dépressif en questions. Exercer janvier/février 1998 N° 45 P 7
- Gater R, de Almeida E, Sousa B, Barbreintos G. The pathways of psychiatric care : a cross cultural study. Psychol med 1991 : (suppl 21 : 761-74)
- Freud S. "Qu'il est justifié de séparer la neurasthénie d'un certain complexe symptomatique sous le nom de névrose d'angoisse" (1895), in : Névrose psychose et perversion 5ème édition fr. Paris Puf, 1985 p 15-38.
- Hantouche E. Les troubles obsessionnels compulsifs in Impact 221 28/01/1994
- Heidegger. De l'essence de la vérité
- Lader M. the nature of clinical anxiety in modern society In : Spielberger CD, sarason IG eds. Stresss and Anxiety. New York N.Y : haldsted press ; 1975 : 3-26
- Lecomte MA. Extraction des données de la base SFMG. Juillet 1997 (documentation SFMG)
- Lépine J.P., Lellouch J., Lovell A. et al . Anxiety and depressive disorders in a french population : methodology and preliminary results, psychiatr. Psychobiol.,1989, 4 : 367-374
- Lépine J.P., Lellouch J., Lovell A. et al : enquête Inserm 1990
- Organisation Mondiale de la Santé CIM-10/ICD-10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève Paris : OMS-Masson,1993 : 305p
- Organisation Mondiale de la Santé CIM-10/ICD-10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche. Genève, Paris : OMS-Masson, 1994 :226p
- Régier DA. The NIMH depression awareness recognition and treatment program : structure, aims,and scientific basis . Am J psychiatry 1988 ; 145 :1351-1357.
- Seyle H. The general adaptation syndrom and diseases of adaptation. J.Clin. Endocrinol. Metab., 1946, 4 : 117.
- Servant D, Ph.-J. Parquet Stess anxiété et pathologies médicales Masson 1995
- SFMG Dictionnaire des Résultats de consultation. Documents de recherche en médecine générale 1996 ; 47-48 :4 -363.
- SFMG : "Outils de codage pour l'épidémiologie en médecine générale"26-27 ; DRMG n°49 Juillet 1997
- Vincensini Jean Paul. "La santé mentale et la psychiatrie en quelques chiffres." Actualités et dossier en Santé publique juin 1996 n°15





Société Française de Médecine Générale

Société Savante

27, boulevard 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.sfmfg.org>

O.N.G. agréé auprès de l'O.M.S.

Représentant la France à la WONCA

*World Organisation of National Colleges,
Academies and Academic associations of Général Practiners*