

SFMG



Le plaisir de comprendre

DRMG N°50

Janvier 1998

supplément

# la lettre

de la médecine générale

## 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.upml.fr/sfmg>  
O.N.G. agréée auprès de l'O.M.S.

Représentant officiel de la France à la WONCA

## Journée de Communications de la Société Française de Médecine Générale

Dimanche 23 Novembre 1997  
FIAP Jean Monnet 30 Rue Cabanis - 75014 PARIS

La Société Française de Médecine Générale (SFMG), tiendra comme chaque année sa journée de communications. Elle se déroulera le dimanche 23 Novembre 1997, de 9 H à 17 H 30 au FIAP ; 30 Rue Cabanis à PARIS (75014).

Vous trouverez ci-contre le programme avec les différents thèmes et intervenants qui traduisent parfaitement la diversité de la médecine générale et les thèmes de recherches et d'évaluation qui font de plus en plus partie de notre environnement professionnel quotidien.

Grâce au soutien de la société Prime time Médiamedical, l'inscription à cette journée est gratuite, mais obligatoire pour des raisons d'organisation que vous comprendrez sans difficulté. Nous vous rappelons pour mémoire que cette journée s'inscrit dans les activités de sociétés savantes donnant lieu à une attestation de participation d'une journée.

Pour toute information, contacter Dr J-L.Gallais  
tél : 01-43-56-62-79 ou gallais@club-internet.fr

### Programme de la Journée de Communications de la SFMG Dimanche 23 Novembre 1997 FIAP J. Monnet 30 Rue Cabanis - 75014 PARIS

			PAGE
<b>9H</b>	<b>INTRODUCTION</b>		
9h15	<b>Dr L.. Létrillard</b> (75)	Facteurs de risques des diarrhées aiguës épidémiques hivernales : une enquête cas-témoins en médecine générale.	<b>3 à 5</b>
9H45	<b>Dr L.. Martinez</b> (78)	Audit de pratique en médecine générale : les infections respiratoires basses chez l'adulte.	<b>6 à 9</b>
10H15	<b>Dr F. Baudoux</b> (93)	Enquête d'opinions des médecins généralistes sur les ressources de leur commune concernant les soins aux personnes âgées.	<b>10 à 11</b>
10H45	<b>Dr L.. Wittke</b> (93)	La féminisation d'une profession s'accompagne-t-elle d'une pratique spécifique aux femmes médecins ?	<b>12 à 14</b>
11H15	<b>Dr F. Chastel</b> (38)	Perte d'emploi et santé.	<b>15 à 17</b>
11H45	<b>Dr P. Oechsner</b> (41)	La fatigue : un résultat de consultation malaisé à cerner.	<b>18 à 23</b>
12H15	<b>Dr A-M. Magnier</b> (75)	Etude comparative coût efficacité de deux stratégies diagnostiques de l'infection urinaire en médecine générale.	<b>24 à 26</b>
12H45	<b>DÉJEUNER SUR PLACE</b>		
	<b>Dr J. Cogneau</b> (37)	Précarité en médecine générale : problèmes de définition.	<b>27</b>
14H30	<b>Dr S. Bonneau</b> (72)	Exploiter les données d'un dossier médical informatisé : l'otite moyenne aiguë de l'enfant et du nourrisson en médecine générale.	<b>28 à 32</b>
15H	<b>Dr J-M. Cohen</b> (75)	Poster ou communication orale ?	<b>33 à 35</b>
15H30	<b>Dr L.. Lambert</b> (88)	Un audit médical : traitement hormonal de la ménopause en médecine générale.	<b>36 à 38</b>
16H	<b>Dr JL. Gallais</b> (93)	Mythe et réalité : le syndrome anxio-dépressif en questions.	<b>39 à 43</b>
16H30	<b>Dr E. Galam</b> (75)	La relation dans le dossier et le dossier dans la relation. Un partenariat SFMG/Repères : Genèse et perspectives	<b>44 à 46</b>
17H	<b>CONCLUSION / FIN DE LA JOURNÉE</b>		

## Mythe et réalité : le syndrome anxio-dépressif en questions

Dr Jean-Luc GALLAIS \*



Le syndrome anxio-dépressif existe-t-il ? Selon que l'on étudie la question avec la loupe du psychiatre, celle de l'épidémiologiste, du cadre marketing ou du généraliste, la réponse n'est pas univoque. Cette question pose le problème fondamental des définitions nosologiques théoriquement identiques mais qui, en pratique, recoupent des situations cliniques différentes selon le champ d'exercice et d'intérêt des différents observateurs.

Au-delà du problème théorique que soulève cette question, c'est la pertinence et la qualité des soins délivrés aux patients qui sont en jeu.

### QUEL EST LE PROBLÈME ?

La place prise par la santé dans les sociétés occidentales est un phénomène bien connu.

Après avoir été abordée de façon prépondérante dans les registres somatique et technique, elle l'est de plus en plus sur le versant de la souffrance psychique, de la santé mentale et sociale. La notion épidémiologique de "Mal-être" apparue depuis peu dans l'enquête décennale INSEE illustre cette évolution. Dans ce contexte, la dépression est devenue un sujet enfin discible et les termes "dépression" et "déprimé(e)" sont entrés dans le champ profane.

Mais la médicalisation de la santé en fait aussi un marché économique à forts enjeux dans lequel la synergie de la double communication en direction des professionnels et du grand public joue un rôle clé.

À la dépression typique des tableaux caractérisés de la nosologie médicale sont venues peu à peu s'ajouter des descriptions cliniques frustes, partielles, trompeuses, somatoformes au gré des innovations thérapeutiques médicamenteuses réelles ou supposées.

L'apparition progressive et surtout l'autonomisation du syndrome "anxiété-dépression mixte" dans la dixième version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10)<sup>(1,2)</sup>, ainsi que dans le DSM-IV s'inscrivent dans ce paysage.

Cette évolution nosologique pose aux cliniciens un double problème :

- celui de la spécificité de sa description clinique et des concepts qui la sous-tendent,
- celui de son impact sur les options thérapeutiques souhaitables ou possibles.

Compte tenu de la prévalence de la dépression, ces questions sur le syndrome anxio-dépressif sont importantes en médecine générale, car ce champ est le lieu d'expression et de traitement de la majorité des troubles de santé. Elles le sont d'autant plus qu'il y a intrication avec des manifestations somatiques, en particulier dans les polyopathologies. Ces troubles peuvent traduire tant la souffrance psychique qu'une ou plusieurs co-morbidités somatiques associées.

### Une question classique mais complexe de taxinomie

Jusqu'à présent, les études et statistiques s'attachaient à différencier l'anxiété de la dépression.

Tous les efforts étaient faits dans ce sens pour distinguer ces deux types d'états morbides, en mettant en avant leur différence de nature, de risques et de traitements. Cette période est-elle révolue et les arguments utilisés jusqu'alors sont-ils caducs ?

L'apparition de la notion de syndrome anxio-dépressif conduit à se pencher sur chacun des deux termes. Le trait d'union de l'appellation souligne le caractère disjoint apparent des deux ensembles "anxiété" et "dépression".

### C'est là un problème de taxinomie classique.

Quels sont les critères qui permettent de parler respectivement de syndrome anxieux et de syndrome dépressif ? Existe-t-il des signes spécifiques, des signes distincts, des signes communs ? À partir de quel moment, au plan nosologique, un pôle peut-il ou doit-il prendre le pas sur l'autre ?

Si le syndrome anxieux est représenté par un ensemble A et le syndrome dépressif par un ensemble B, chacun des termes sera défini par une série de variables décidées au préalable (a, b, c, d, e, etc). Ces critères seront obligatoires, pondérés ou facultatifs selon leur nature. Le clinicien est alors face à un problème de sous-ensembles variés selon l'importance des recouvrements possibles. Certains critères appartiennent plus ou moins au tableau anxieux ou dépressif, d'autres non. On retrouve ces aspects cliniques dans la notion d'état dysthymique.

Il faut reconnaître là que la capacité de discriminer telle ou telle donnée clinique est fluctuante selon la position ponctuelle ou durable des observateurs, leur discipline, leur formation et leurs besoins. Cette situation met en cause la comparabilité des dénominations employées. La nécessité d'un langage commun qui se développe de plus en plus en médecine générale, a été collectivement prise en compte beaucoup plus tôt en psychiatrie<sup>(3)</sup>.

C'est la raison pour laquelle la psychométrie s'est développée. Elle permet la standardisation et la quantification des

\* Chargé d'enseignement : UFR Bobigny

Gallais@Club-internet.fr

manifestations cliniques. Ces outils permettent la constitution de groupes homogènes de malades indispensables en particulier en épidémiologie et aux essais cliniques.

Mais la multiplication des grilles, classifications, dictionnaires, scores, échelles, questionnaires auto ou hétéro-administrés <sup>(4,5)</sup> (HARD, Hamilton, Newcastle, CSE-D, QD2, PRIME/MD, etc), témoigne de la difficulté des consensus. Les différences d'appréciation clinique entre les médecins généralistes et les médecins psychiatres alimentent également le débat et soulignent le fait que les populations de déprimés vues par les uns et par les autres ne sont pas les mêmes.

Cependant, les limites de ces outils pris isolément restent importantes et de nombreuses interrogations subsistent quand par exemple, sur un même échantillon de patients, deux tests ayant le même objectif identifient l'un 10% et l'autre 50% de déprimés <sup>(6)</sup>.

Ce courant de la clinimétrie et de la critériologie des troubles psychiques et des comportements objectivables s'est fortement développé sous l'influence américaine du DSM, (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux) <sup>(7)</sup> dont l'intitulé complet mérite d'être rappelé et souligné, car il en précise les finalités.

En effet, au-delà des problèmes de méthodes et d'outils <sup>(8)</sup>, au-delà de l'application des critères des états anxieux, des états dépressifs ou des états mixtes, l'utilisation de la clinimétrie et de la critériologie est indissociable des buts et des conditions de leur emploi : usage soignant en temps réel, en consultation de médecine générale ou de psychiatrie, pour aider le médecin à optimiser sa pratique tant dans l'identification des troubles, que dans leur prise en charge et leur suivi clinique, usage en recherche, notamment en épidémiologie et pour l'évaluation des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques, usage dans le domaine de la communication santé et du marketing dans lequel la simplification et le raccourci sont la règle.

## APPORTS DE L'ANALYSE DES PRATIQUES

Pour tenter de mieux comprendre quelques-unes des questions posées par le "syndrome anxio-dépressif" en médecine générale, deux types de données sont utiles : les études de prescriptions et des données épidémiologiques.

DDD/1000 pers/jour	France	Allemagne	Italie	Royaume Uni
Hypnotiques	49,9	17,4	19,7	22,3
Anxiolytiques	69,2	12,6	28,9	7,1
Antidépresseurs	22,3	9,3	5,9	13,2

TABLEAU 1 : comparaisons de consommations standardisées en Europe (source CREDES 1994)

Si l'on se réfère aux usages prescriptifs, il est évident que le syndrome anxio-dépressif existe <sup>(14)</sup>. Par rapport à l'évolution des troubles cliniques, cette fréquence importante de l'association en France correspond-elle à un cumul de prescription d'anxiolytiques et d'antidépresseurs à des moments distincts ? A des attentes et des représentations particulières tant des médecins que des patients ? A des mécanismes de prescription

## Les études de prescriptions

Si, chez les médecins généralistes comme chez les psychiatres, les études de morbidité diagnostiquée posent des problèmes de langage commun déjà évoqués, le médicament est un traqueur simple à suivre, et les données liées à l'économie des prescriptions médicamenteuses sont abondantes <sup>(9,10)</sup>.

Des données récentes <sup>(11)</sup> montrent que pour les antidépresseurs (AD), la co-prescription avec des anxiolytiques est largement majoritaire.

Elle est comparable chez les médecins généralistes (61,6%) et les médecins psychiatres (58,9%).

L'observation sur une plus longue période de 1987 à 1997, permet pourtant de noter une nette réduction des co-prescriptions des anxiolytiques (83% à 60%), alors que, sur la même période, la co-prescription des hypnotiques (28% à 29%) et des neuroleptiques (16% à 13%) est restée stable. Depuis peu, de 1995 à 1997, la fréquence de la co-prescription d'anxiolytiques a connu chez les médecins psychiatres une décroissance de près de 30%, alors qu'elle est restée stable chez les généralistes.

Ces quelques chiffres démontrent que le principe, voire le postulat de la monothérapie du traitement par antidépresseur, celle des discours <sup>(12,13)</sup> et recommandations divers (RMO) n'est pas vraiment confirmée.

La prescription simultanée de plusieurs antidépresseurs (8,7% sur l'ensemble des AD), qui atteint le score de 4,4% chez les généralistes et surtout de 23,7% chez les psychiatres va dans le même sens.

De nombreuses questions peuvent donc être posées sur la pertinence de ces différents choix thérapeutiques, sur les raisons de leurs variations, et le niveau de preuve des études justifiant telle ou telle association.

La comparaison dans différents pays européens renforce ce questionnement.

En effet, la prescription des antidépresseurs est à la fois plus fréquente en France en DDD/1 000 personnes par jour (dose quotidienne définie pour 1 000 habitants par jour), et plus souvent associée à des anxiolytiques que dans les pays voisins (Tableau 1), sans que les variations de la prévalence de la dépression dans ces différents pays expliquent ces écarts.

dont les déterminants ne sont pas essentiellement pharmacologiques <sup>(15, 16)</sup> ?

Quelle que soit la réponse, elle ne peut être univoque, et cette situation confirme le besoin de poursuivre l'évaluation rigoureuse des pratiques et des procédures de soins pharmacologiques et non pharmacologiques, tant dans le champ hospitalier que dans le champ ambulatoire.



## Les études épidémiologiques en médecine générale

Les bases de données générales disponibles sont peu nombreuses en France. Les dernières publications du CREDES ne comportent pas l'item anxiété-dépression, mais distinguent toujours "anxiété" et "dépression" <sup>(17)</sup>.

Ces données exprimées en fréquence du problème pour 100 séances de médecine générale permettent néanmoins de situer l'importance du problème. Elles sont comparées (Tableau 2) aux données 1995 issues <sup>(18)</sup> de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG), réseau de recueil permanent de la Société

Française de Médecine Générale (SFMG) utilisant le dictionnaire des résultats de consultation dont toutes les dénominations comportent des critères <sup>(19)</sup>.

Avant d'analyser ces données posant des problèmes de langage commun, il est indispensable de vérifier la comparabilité des résultats respectifs de la SFMG et du CREDES sur des items médicaux ne posant pas de difficulté de dénomination diagnostique (Tableau 2). Ces résultats standardisés obtenus avec des méthodes différentes sont les mêmes.

Item	SFMG %	CREDES-IMS %
HTA	13,67	13,8
Diabète	2,95	3,1
Troubles lipidiques	4,93	5
Acné	0,42	0,40

TABLEAU 2 : SFMG et CREDES-IMS, comparaisons des fréquences des problèmes aisément définis pour 100 séances de médecine générale

Les données (Tableau 3) sur les principaux troubles psychiques ne peuvent être comparés item par item. Une différence est évidente : l'anxiété et la dépression ou la fatigue sont quantitativement plus importantes dans les données CREDES, en

particulier du fait de l'effet mécanique de l'absence des items "humeur dépressive" et "réaction à situation éprouvante" pris en compte dans le dictionnaire des résultats de consultations de la SFMG.

Problème	SFMG %	CREDES-IMS %
Dépression	1,82	3,8
Humeur dépressive	2,18	0
Réaction à situation éprouvante	1,02	0
Insomnie	4,3	3
Anxiété	2,55	3,3
Autres Troubles Psychiques	0,78	2,3
Nervosité	1,21	0,4
Asthénie	1,84	2,2
Sous/Total	15,70	15,00

TABLEAU 3 : SFMG et CREDES-IMS, comparaisons des fréquences des troubles psychiques pour 100 séances de médecine générale

Mais la somme des scores de ces items donne des résultats comparables (15,7% contre 15%).

Les données du CREDES sont globalisantes et ne mentionnent pas les éventuelles manifestations associées à chacun des troubles identifiés. Par contre ces informations sont disponibles pour l'OMG, car le recueil de données est fait en temps réel, d'abord dans une perspective soignante. Le tableau 4 regroupe les autres troubles associés à chacun des résultats de consultation pour lequel les médecins ont considéré qu'il était important de les noter dans leur dossier médical informatisé pour décrire et traiter au mieux chacune des situations cliniques observées.

Ainsi sur 3 206 consultations comportant le résultat de consultation (RC) "dépression", les RC "anxiété" étaient éga-

lement notés dans 5,83%, le RC "réaction à situation éprouvante" dans 1,96%, le RC "insomnie" dans 7,8% et le RC "fatigue" dans 1,24%. Que ce soit sur l'item "dépression" ou "humeur dépressive", l'usage potentiel du diagnostic "anxiété-dépression mixte" aurait été marginal.

Par rapport aux interrogations sur la pertinence de l'introduction du syndrome anxio-dépressif en médecine générale et pour appréhender les données épidémiologiques précitées il faut rappeler les faits suivants :

- de nombreuses situations cliniques observées en médecine générale ne constituent pas des états dépressifs caractérisés, mais en regroupent néanmoins plusieurs des critères <sup>(20)</sup>,
- près de 2 sur 3 des patients "fatigués" en médecine générale

	Dépression 3206 séances	Anxiété 4498 séances	Réaction à situation éprouvante 2810 séances	Humeur dépressive 3846 séances	Insomnie 7577 séances	Fatigue 3455 séances
Dépression		187 4,15 %	36 1,28 %	0 0 %	251 3,31 %	40 1,15 %
Anxiété	187 5,83 %		87 3,09 %	186 4,83 %	407 5,37 %	72 2,08 %
Réaction à situation éprouvante	63 1,96 %	87 1,93 %		0 0 %	173 2,28 %	54 1,56 %
Humeur dépressive	0 0 %	186 4,13 %	32 1,13 %		312 4,11 %	76 2,19 %
Insomnie	251 7,8 %	407 9 %	173 6,15 %	312 8,11 %		179 5,18 %
Fatigue	40 1,24 %	72 1,6 %	54 1,92 %	76 1,97 %	179 2,36 %	

TABLEAU 4 : Associations symptomatiques et syndromiques. Fréquence de troubles associés en fonction des items

rale<sup>(21)</sup> ont des scores CES-D supérieurs au seuil de la dépression et les antidépresseurs font partie de la panoplie des traitements qu'ils ont reçus, les événements de vie de toute nature vécus de façon éprouvante, de façon brève ou durable constituent des facteurs déclenchants essentiels de la demande de soins et d'aide en médecine générale,

- la nature des activités du médecin généraliste et la continuité de ses interventions dans le domaine de la santé le conduisent à observer et/ou à intervenir à toutes les phases brèves ou durables, réversibles ou non, d'états allant du normal au pathologique, et du pathologique au normal. La description des dépressions récurrentes brèves témoigne de cette labilité.

On comprend mieux les choix descriptifs du dictionnaire de résultats de consultation par rapport à la Classification Internationale des Maladies et ses dérivés (CISP). Si les manifestations anxieuses font partie des éléments du tableau clinique possible des résultats de consultation, "dépression", "humeur dépressive", "réaction à situation éprouvante", "insomnie", "fatigue", elles n'en sont qu'un des symptômes et restent au second plan en terme de choix de dénomination.

La présence d'un symptôme ou d'un syndrome, son intensité, sa durée, les conditions de son apparition et de son maintien et surtout son association à d'autres signes entraînent l'usage préférentiel de telle ou telle dénomination pour décrire au plus près la réalité du tableau clinique perçu par le médecin. L'approche n'est pas ponctuelle et statique mais dynamique en intégrant le facteur temps et l'évolution (22).

## DES QUESTIONS INTRIGUÉES

La question initiale sur le syndrome anxio-dépressif en médecine générale n'est pas close. Elle génère d'autres interrogations qui dépassent les aspects pharmacologiques du problème. A quels besoins soignants et/ou non soignants répond en médecine générale la récente introduction du syndrome "anxiété-dépression mixte" ?

Ce syndrome constitue-t-il une aide supplémentaire à la décision et au suivi clinique pour le généraliste ou est-il au contraire un facteur de confusion et d'opacité supplémentaire en constituant un fourre-tout pratique pour les troubles psychologiques les plus présents ?

Accroît-il les possibilités et les risques de médicalisation de la vie quotidienne en participant à la confusion entre maladie et symptôme, avec son cortège de réponses pharmacologiques organisées ?

Le syndrome anxio-dépressif est-il un facteur de justification médico-économique, voire de glissement et de substitution des anxiolytiques en direction des antidépresseurs au moment où s'affirment de plus en plus les critiques souvent justifiées sur l'usage des benzodiazépines ?

Au plan psychodynamique, y aurait-il un continuum entre anxiété et dépression ?

Ces questions ne peuvent être évitées. Les écarts entre les pratiques et les recommandations conduisent à s'interroger sur la pertinence des postulats thérapeutiques et leurs conditions d'élaboration.

La volonté de mieux connaître et évaluer les stratégies décisionnelles en médecine, et en médecine générale impose des outils adaptés au champ étudié. C'est le seul moyen de leur appropriation par les médecins et d'une intégration dans le soin quotidien. Cette approche n'est pas nouvelle. Paracelse au 16ème siècle écrivait déjà : "Les théories ne comptent pas, c'est la pratique qui forme le bon médecin. La pratique ne devrait pas se baser sur la théorie spéculative : la théorie doit dériver de la pratique".

La SFMG remercie la revue "Exercer", qui lui a permis de reproduire cet article paru dans le numéro 45 sous la référence : D GALLAIS JL, Mythe et réalité : le syndrome anxio-dépressif en questions. Exercer 1998 ; 45 : 4-10.



## Bibliographie

- 1) Caria A, Vertra P, Guelfi JD et coll. La CIM-10 soins de santé primaires (1). Une classification des troubles mentaux à l'usage des médecins généralistes. La Revue du Praticien Médecine Générale 1996; 330 : 39-44.
- 2) Caria A, Vertra P, Guelfi JD et coll. La CIM-10 soins de santé primaires (2). Premiers résultats sur le terrain en France. La Revue du Praticien Médecine Générale 1996;331:35-7.
- 3) Pull CB. Quinze ans de travaux sur le langage commun en psychiatrie. Synapse 1994 ; 103.
- 4) Guelfi JD, Criquillion-Doublot S. Dépression et syndromes anxio-dépressifs. Paris : Ardix Médical 1994 143 pages.
- 5) Bonvalot T. Le PRIME-MD. nouvel outil diagnostique des affections psychiatriques. JAMA 1995; 311: 11-5.
- 6) Cremniter D. Aspects épidémiologiques de la dépression vue en médecine générale. La Revue du Praticien Médecine Générale 1996 ; 325: 24-7.
- 7) DSM III-R. Paris : Masson 1989 et éditions suivantes.
- 8) Ferru P. Troubles psy en médecine générale : comparaisons CIM 10/SSP - Dictionnaire des résultats de consultations. Documents de recherche en médecine générale. SFMG 1997; 49 : 36-42.
- 9) Pelissolo A, Boyer P, Lepine JP et coll. Epidémiologie de la consommation des anxiolytiques et des hypnotiques en France et dans le monde. Encéphale 1996 ; 22 : 187-96.
- 10) Le Pape A, Lecomte T. Aspects socio-économiques de la dépression. Evolution 1980-81/1991-92. CREDES 1996.
- 11) DOREMA. Données février 1997.
- 12) Olié P. Du bon usage des antidépresseurs. Encéphale 1996; 7:1-2.
- 13) Darcourt G, Colonna L. Du bon usage des antidépresseurs. Encéphale 1995; Sp IV:1-2.
- 14) Chignon JM. Le syndrome anxio-dépressif : une réalité clinique fréquente. La Revue du Praticien Médecine Générale 1991; 139 : 1274-6.
- 15) Zarifian E. Rapport sur les psychotropes. Ministre de la Santé, 1996.
- 16) Tremine T. Co-prescription avec un antidépresseur donné: empirique ou rationnelle ? Encéphale 1995; Sp 1: 19-21.
- 17) Aguzzoli F, Le Fur P, Sermet C. Clientèle et motifs de recours en médecine libérale. CREDES, 1994.
- 18) Lecomte MA. Extraction des données de la base SFMG, Juillet 1997 (Documentation SFMG).
- 19) SFMG. Dictionnaire des résultats de consultations. Documents de recherche en médecine générale 1996; 47-48: 4-363.
- 20) Pouchain D, Attali C, Butler J de et coll. Médecine Générale : Concepts & Pratiques. Paris : Masson 1996 ; 528-42.
- 21) Cogneau J, Hubert JB. L'asthénie en consultation de médecine générale. La Revue du Praticien Médecine Générale 1994; 251: 33-43.
- 22) Gallais JL. Identifier les dépressifs en médecine générale : effets positifs liés aux spécificités de la position soignante du médecin. Troisième Salon International de Psychiatrie. Paris : Novembre 1995.1