

Prévalence et facteurs associés du trouble panique et des troubles phobiques dans les structures de première ligne

Prevalence and associated factors of Panic and phobic disorders in primary care

Jaafar Nakhli, Sawssen Bouhlel, Ahmed Souhail Bannour, Ayoub Abdulrahim, Yousri El Kissi, Selma Ben Nasr, Béchir Ben Hadj Ali

Service de psychiatrie, CHU Farhat Hached, Sousse - Faculté de Médecine Ibn Jazzar, Sousse

RÉSUMÉ

Prérequis: Le trouble panique et les troubles phobiques sont parmi les troubles anxieux les plus fréquents en population générale. Bien qu'ils puissent être source de souffrance, ils sont fréquemment non diagnostiqués.

Buts : Estimer la prévalence du trouble panique et des troubles phobiques et étudier les caractéristiques sociodémographiques associées à ces troubles chez les consultants de première ligne.

Méthodes : La population étudiée incluait les consultants de 30 centres de santé de base du gouvernorat de Sousse, choisis par un tirage au sort aléatoire et stratifié. Le choix des participants a été fait selon un échantillonnage systématique. Au total, 1246 patients ont été recrutés et interviewés par le Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1).

Résultats : La prévalence sur la vie du trouble panique, de l'agoraphobie, de la phobie sociale et de la phobie spécifique étaient respectivement de 1,3% ; 2,5% ; 6,2% et de 24,6%. Le sexe féminin était significativement prédominant dans la phobie sociale et la phobie spécifique. Le jeune âge n'était constaté de façon significative que chez les sujets ayant une phobie sociale. Ces troubles anxieux étaient prédominants de façon significative dans le milieu rural, sauf pour la phobie sociale. Tous ces troubles avaient un caractère chronique avec un indice de chronicité variant de 71 à 80%.

Conclusions : Le trouble panique et les troubles phobiques sont fréquents chez les consultants en première ligne et méritent donc d'être dépistés par les médecins généralistes.

Mots-clés

Panique-phobie- Première ligne-CIDI

SUMMARY

Background: Panic and phobic disorders are the most common anxiety disorders in the general population. They can be a source of suffering, disability and are often complicated by other psychiatric disorders.

Aims: To estimate the prevalence of panic disorder, agoraphobia, social phobia and specific phobia and to assess associated socio-demographic characteristics in primary care patients in Sousse governorate.

Methods: A systematic sample of 1246 adults who presented to 30 different primary care units in Sousse for a medical appointment was recruited in a cross-section epidemiological study. The Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1) was used to diagnose the concerned anxiety disorders.

Results: The lifetime prevalence of panic disorder, agoraphobia, social phobia and specific phobia were respectively 1.3%, 2.5%, 6.2% and 24.6%. The female gender was significantly predominant in social and specific phobia. The young age was found significantly in subjects with social phobia. These anxiety disorders were significantly predominant in rural areas, except for social phobia. All of these disorders have a chronic course with an index of chronicity ranging from 71 to 80%.

Conclusion: Our study provides further evidence of the high prevalence of anxiety disorders in primary care and highlights the particular need for general physicians to diagnose and treat correctly these disorders.

Key- words

Panic-phobia- primary care-CIDI

Le trouble panique et les troubles phobiques sont parmi les troubles mentaux qui passent souvent inaperçus dans les consultations médicales de première ligne [1,2,3]. Les patients qui en souffrent se présentent souvent avec des symptômes somatiques de l'anxiété tels que des signes cardiaques, pulmonaires, gastriques ou autres induisant souvent les médecins en erreur [4].

Il s'agit de troubles qui peuvent être graves par la souffrance qu'ils occasionnent, par leur retentissement sur la qualité de vie et leurs complications. Ces troubles sont coûteux pour le patient et pour la société du fait d'une demande accrue aux systèmes de soins, de l'absentéisme qu'ils provoquent et de la diminution du rendement professionnel [1,5]. Malgré le handicap et les complications, ces troubles restent largement non diagnostiqués et non traités [6,7].

Dans notre pays, peu de travaux ont concerné les troubles anxieux et aucune étude ne s'est intéressée à l'évaluation de leurs fréquences chez les consultants de première ligne. Pour avoir une idée sur la fréquence du trouble panique et des troubles phobiques chez les consultants en médecine générale nous avons mené cette étude qui avait pour objectifs d'estimer la prévalence du trouble panique et des troubles phobiques, chez les consultants de première ligne du gouvernorat de Sousse et d'étudier les caractéristiques sociodémographiques associées à ces différents troubles.

MÉTHODOLOGIE

Pour répondre à nos objectifs, nous avons réalisé une enquête sur une période de trois mois chez des sujets consultant en première ligne, dans les centres de soins de santé de base (CSSB) du gouvernorat de Sousse. Le choix des CSSB s'est basé sur un tirage au sort aléatoire et stratifié. La stratification a porté sur le milieu. Un premier tirage de nature élémentaire simple a porté sur le choix des centres de santé qui allaient faire l'objet de notre enquête. C'est ainsi que nous avons repéré 30 CSSB, 20 en milieu urbain et 10 en milieu rural. Le choix des participants à l'enquête a été fait selon un échantillonnage systématique après un tirage au sort du numéro du premier patient. La base de sondage pour ce tirage était le registre de la consultation médicale.

Le dépistage des troubles anxieux étudiés a été réalisé avec le « Composite International Diagnostic Interview » (CIDI). C'est un questionnaire diagnostique, standardisé et hautement structuré. Ses multiples avantages, associés à une fidélité supérieure à celle de tous les autres questionnaires, ont valu au CIDI d'être le questionnaire diagnostique le plus utilisé dans le monde et dans de larges études épidémiologiques en psychiatrie [8,9]. Dans ce travail, nous avons utilisé le CIDI dans sa version 2.1 traduite et validée en Tunisie et les critères diagnostiques de la CIM-10 [10].

Le calcul de la taille de l'échantillon a été fait selon le nombre d'items des sections A et D du CIDI et sur une prévalence moyenne des troubles anxieux, estimée à 10%, avec une précision de 3%. Notre échantillon comprenait 1246 consultants dans ces CSSB.

Le recrutement des patients et la passation du questionnaire étaient réalisés par 21 interviewers préalablement formés au maniement du CIDI.

Nous avons utilisé le test « t » de Student pour la comparaison des moyennes et le test de Khi-2 pour la comparaison des fréquences en prenant comme seuil de signification la valeur de 5%.

Nous avons aussi pratiqué une analyse multivariée type régression logistique chaque fois que plusieurs facteurs s'associent à un trouble. Nous avons aussi calculé l'indice de chronicité. Il s'agit de la mesure brute du caractère chronique des troubles qui correspond au ratio entre la prévalence sur 12 mois et la prévalence sur la vie [11]. Cet indice donne une idée sur la proportion des personnes pour lesquelles le trouble mentionné a un caractère chronique ou chez lesquelles on peut parler de rechutes [11].

L'analyse des données a été réalisée en deux étapes, une première étape diagnostique grâce à un logiciel propre au CIDI, et une deuxième étape d'analyse statistique réalisée sur le logiciel SPSS.

RÉSULTATS

Caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon

Notre échantillon comprenait 1246 consultants dans le gouvernorat de Sousse dont 71% étaient des femmes. L'âge moyen des sujets était de 43,17,62 ans.

La plupart (62,3%) d'entre eux étaient mariés, 27,3% étaient célibataires et 68% d'entre eux habitaient en milieu urbain. Les sujets non scolarisés représentaient 35% de notre échantillon, 27% avaient accomplis moins de 6 ans d'études, 27% avaient fait entre 6 et 12 ans d'études et seulement 11% avaient un niveau d'instruction dépassant les 12 ans.

Prévalences des troubles étudiés

Le trouble panique était le trouble le moins fréquent chez les sujets de notre échantillon puis venait l'agoraphobie suivie par la phobie sociale, alors que la phobie spécifique était le trouble le plus fréquent. Dans ce dernier trouble, les phobies type animal et environnement naturel étaient les plus représentées.

Nous avons noté que l'indice de chronicité était supérieur à 70% pour chacun de ces troubles (tableau 1).

Tableau 1 : Prévalences sur les 12 derniers mois et prévalences sur la vie du trouble panique et des troubles phobiques

Troubles	Prévalence sur les 12 mois		Prévalence sur sur la vie		Indice de chronicité
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	
Trouble panique	13	1%	16	1,3%	77%
Agoraphobie	25	2 %	31	2,5%	80%
Phobie sociale	55	4,4%	77	6,2%	71%
Phobie spécifique	227	18,2%	306	24,6%	74%
Type :					
Animal			171	13,7%	
Environnement naturel			154	12,4%	
Sang/injection			83	6,7%	
Situationnelle			96	7,7%	

III. Facteurs associés aux troubles étudiés

Dans notre travail, l'étude des facteurs associés à ces troubles anxieux a montré que (tableau 2):

- Le trouble panique et l'agoraphobie étaient associés au milieu rural.
- La phobie sociale était associée dans notre étude à quatre facteurs : l'âge jeune, le sexe féminin, le statut de célibataire et le faible niveau d'études. L'analyse multivariée type régression logistique avec la phobie sociale comme variable dépendante et les variables citées comme covariables, avait montré que les deux facteurs associés étaient l'âge et le sexe.
- La phobie spécifique était associée à trois facteurs : le sexe féminin, le milieu rural et le faible niveau d'études. La régression logistique avait montré que les deux facteurs qui restaient étaient le sexe et le milieu.

Tableau 2 : Facteurs sociodémographiques associés aux troubles étudiés

Prévalence	Trouble panique (n=16) 1,3 %	Agoraphobie (n=31) 2,5 %	Phobie sociale (n=77) 6,2 %	Phobie spécifique (n=306) 24,6 %
Age	p= NS	p=NS	p< 0,001	p= NS
18-35 ans	0,8 %	2,7 %	10,9 %	39,2 %
36-55 ans	1,6 %	2,8 %	4,1 %	35 %
> à 55 ans	1,6 %	1,9 %	1,9 %	25,8 %
Sexe	p= NS	p= NS	p<0,001	p<0,001
Masculin	0,5 %	1,6 %	2,2 %	13,2 %
Féminin	1,6 %	2,8 %	7,8 %	29,3 %
Statut marital	p= NS	p= NS	p= NS*	p= NS
Célibataires	0,3%	2,1%	10,6 %	26,5 %
Mariés	1,7%	2,8%	4,9 %	24,2 %
Veufs ou divorcés	1,5%	1,5%	2,3 %	21,5 %
Milieu	p= 0,038	p= 0,006	p= NS	P< 0,001
Urbain	0,8 %	1,7 %	5,8 %	19,2 %
Rural	2,2 %	4,2 %	7 %	35,9 %
Nombre d'années d'études	p= NS	p= NS	p= NS*	p= NS*
Non scolarisés	1,8 %	3 %	3,7 %	26,4 %
1-6 années	1,8 %	3 %	8,4 %	27,8 %
7-12 années	0,3 %	2,1 %	6,9 %	22,4 %
> à 12 années	0,7 %	0,7 %	7,1 %	16,4 %

p = NS : Relation statistiquement non significative au seuil de signification égal à 5%

* : Résultat obtenu après analyse multivariée

DISCUSSION

Notre travail est la première étude épidémiologique menée en Tunisie qui a évalué la prévalence du trouble panique et les prévalences des troubles phobiques dans une large population en utilisant un entretien psychiatrique structuré traduit et validé dans notre contexte culturel. Néanmoins, nous étions confrontés à quelques difficultés méthodologiques en rapport avec la taille de l'échantillon qui a été calculée selon une prévalence moyenne de 10% sans tenir compte des faibles prévalences comme celles du trouble panique et de l'agoraphobie. Ceci avait rendu difficile l'étude des facteurs associés à ses troubles à cause du faible effectif dans les sous-groupes.

La phobie spécifique représentait le trouble le plus fréquent dans notre étude avec une prévalence sur la vie de 24,6%.

Dans les études faites en première ligne, la prévalence varie de 9,8 à 21,7% [12,13,14].

Les taux élevés des prévalences trouvés dans notre étude pourraient être dus à la fréquence élevée des sujets de sexe féminin dans notre échantillon.

La phobie sociale était le second trouble par ordre de fréquence avec une prévalence sur la vie de 6,2%. Cette prévalence était proche de celle trouvée dans l'étude de Gross [14] qui a été menée en première ligne. Il faut noter que les études faites dans les consultations de première ligne avaient abouti à des résultats très variables des taux de prévalence de la phobie sociale allant de 8,2% à 15,3 % [15,16,17]. La prévalence sur la vie de l'agoraphobie était de 2,5%. Ce chiffre était proche de celui trouvé dans les études de Nisenson et Rucci [13,17], menées en première ligne avec une prévalence sur la vie de 2,4%. Dans l'étude de Szadoczky et al., la prévalence sur la vie de l'agoraphobie était de 9% [15].

En ce qui concerne la prévalence de l'agoraphobie sur les 12 derniers mois, la seule étude qui s'était intéressée à une telle prévalence était celle menée par Verhaak et al. [18] qui avaient rapporté un taux de 6,1%.

Nous avons trouvé une prévalence sur la vie du trouble panique de 1,3%. Dans deux études faites chez les consultants de première ligne, Rucci et Jackson l'avaient estimé à 1,4% [17,19]. D'autres études ont rapporté des chiffres plus élevés de ce trouble en première ligne allant jusqu'à 9,7% [13,15,16,20].

Mis à part les différences méthodologiques, cette variation pourrait être due également aux centres de santé primaires qui sont probablement différents d'un pays à l'autre. Dans notre pays, ces centres ont pour objectifs les soins des pathologies somatiques courantes. Ils ne comprennent pas de consultations spécialisées ou des urgences multidisciplinaires qui attireraient beaucoup plus les sujets avec un trouble panique.

L'étude des facteurs associés nous a permis de montrer que le trouble panique, l'agoraphobie et la phobie spécifique étaient plus fréquents en milieu rural. Cette association entre milieu rural et troubles anxieux n'a pas été rapportée dans d'autres études [21,22]. D'autres études avaient rapporté une fréquence plus élevée du trouble panique dans le milieu urbain à cause d'un niveau de stress plus élevé par rapport au milieu rural [15,23,24]. Dans notre étude, les fréquences élevées du trouble panique et de l'agoraphobie dans le milieu rural pourraient être expliquées par les difficultés d'accéder aux structures de soins médicaux.

Quant à la relation entre les phobies spécifiques et le milieu rural, nous pensons que ce milieu de vie, fait que les habitants sont naturellement plus exposés à certains objets phobogènes tels que les animaux dangereux et les perturbations climatiques tels que les orages. D'ailleurs les phobies spécifiques les plus fréquentes dans notre étude étaient de type animal et environnement naturel. D'autres facteurs, comme le sexe féminin et l'âge jeune, rapportés dans plusieurs études comme étant associés au trouble panique n'ont pas été identifiés dans notre étude [15,22,23,24]. D'autres auteurs tels que Lépine et al dans leur étude menée en population générale n'avaient pas trouvé aussi de différence significative entre les deux sexes [22]. De même Sadoczky et al. [15], dans leur étude faite en population de première ligne en Hongrie, n'avaient pas trouvé cette différence. Notons que la prévalence comparable de trouble panique chez les deux sexes pourrait être expliquée par la taille de notre

échantillon qui a été calculé selon une prévalence moyenne de 10%, ce qui ne tient pas compte de la faible prévalence du trouble panique. Le sexe féminin était associé à la phobie sociale et à la phobie spécifique, ce qui est en accord avec les résultats des études menées en première ligne [15,26,27]. Selon plusieurs auteurs, la phobie sociale commence à un âge précoce, elle évolue de façon chronique et demeure assez souvent sous-diagnostiquée par les médecins de première ligne [28,29].

Dans l'étude NCS-R et l'étude NZMHS, les auteurs avaient trouvé une différence significative entre les différentes tranches d'âges avec un pic de fréquence entre 25 et 44 ans [30,31]. De même, Mohammadi et al. [32], dans leur étude menée en Iran, avaient constaté que la phobie sociale était plus prévalente chez les jeunes adultes. Ces résultats sont proches du nôtre puisque nous avons constaté une fréquence significativement plus élevée chez les sujets âgés de 18 à 34 ans. Concernant le statut marital, nous n'avons pas noté après analyse multivariée de relation entre ce facteur et les troubles anxieux étudiés. Les résultats sont divergents puisque dans l'étude ECA les phobies spécifiques et sociales prédominaient chez les sujets séparés ou divorcés [33], alors que dans l'étude de Kroenke et al. [2], la phobie sociale était plus fréquente chez les sujets mariés.

De même, les résultats concernant la relation entre niveau d'instruction et phobie sociale sont disparates. En effet, dans l'étude NCS, la phobie sociale était plus fréquente chez les sujets ayant un bas niveau d'instruction [14]. Par contre dans l'étude menée en première ligne par Kroenke, ce trouble était moins fréquent chez les sujets peu instruits [2]. Dans notre étude nous n'avons pas noté de telle relation après régression logistique.

Enfin ce travail nous a permis de constater que malgré l'existence d'instruments standardisés fiables et faciles à utiliser en médecine générale, l'indice de chronicité des troubles étudiés est très élevé allant de 71% à 80%. Ceci rend compte du fait que ces troubles restent largement sous-diagnostiqués en première ligne.

CONCLUSION

Notre étude nous a permis donc de constater que le trouble panique et les troubles phobiques sont fréquents chez les consultants en première ligne. Ils évoluent dans plus de 70% des cas vers la chronicité.

Ces troubles méritent d'être dépistés par les médecins généralistes et pris en charge de façon adéquate. Ceci ne pourra être réalisé que par l'élaboration de programmes nationaux de santé mentale tenant compte de la formation du médecin de première ligne au dépistage de ces troubles et par une sensibilisation des médecins au risque encouru par ces patients quand ces troubles se chronicisent et se compliquent. La réalisation d'autres études épidémiologiques permettra de donner une idée précise sur la fréquence de ces troubles dans notre pays et sur les facteurs qui leurs sont associés. Ces informations sont indispensables pour la mise à jour du programme national de santé mentale pour qu'il soit adapté aux besoins de notre population et à ces particularités sociales et culturelles.

Le milieu rural devrait constituer une cible particulière de ce programme. L'amélioration des conditions économiques, sociales et éducationnelles des sujets vivant en milieu rural sera d'un apport considérable dans la prise en charge et la prévention de ces troubles.

References

1. Goodwin Rd, Faravelli C, Rosi S et al. The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15: 435-43.
2. Kroenke K, Spitzer RI, Williams J et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med* 2007; 146: 317-25.
3. Stein Mb, Mcquaid Jr, Laffaye C et al. Social phobia in the primary care setting. *J Fam Pract* 1999; 48: 514-9.
4. Ballenger JC. Unrecognized prevalence of panic disorder in primary care, internal medicine and cardiology. *Am J Cardiology* 1987; 60: 39-47
5. Roy-Byrne P, Craske M, Stein M. Panic disorder. *Lancet* 2006; 368: 1023-32.
6. Aaron L. Anxiety disorders often untreated in primary care. *Psy News* 2007; 42: 28.
7. Harman Js, Rollman BI, Hanusa BH et al. Physician office visits of adults for anxiety disorders in the United States, 1985-1998. *J Gen Intern Med* 2002; 17: 165-72.
8. Robins LN. An overview of the Diagnostic Interview Schedule and the Composite International Diagnostic Interview. *Int Class Psychiatry* 1988; 19: 205-20.
9. Robins Ln, Wing J, Wittchen HU et al. The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1069-77.
10. Bannour AS. Traduction et validation des sections troubles anxieux et troubles dépressifs du « Composite International Diagnostic Interview ». Thèse Faculté de Médecine de Sousse 2006 ; n° 2269.
11. Who International Consortium In Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ* 2000; 78: 13-426.
12. Davidson J, Rampes H, Eisen M et al. Psychiatric disorders in primary care patients receiving complementary medical treatments. *Compr Psychiatry* 1998; 39: 16-20.
13. Nisenson L, Pepper C, Schwenk T et al. The nature and prevalence of anxiety disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1998; 20: 21-8.
14. Gross R, Olsson M, Gameroff MJ et al. Social anxiety disorder in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27: 161-8.

15. Szadoczky E, Rihmer Z, Papp ZS et al. The prevalence of affective and anxiety disorders in primary care practice in Hungary. *J Affect Disord* 1997; 43: 239-44.
16. Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2009; 119: 52-8.
17. Rucci P, Gherardi S, Tansella M et al. Subthreshold psychiatric disorders in primary care: prevalence and associated characteristics. *J Affect Disord* 2003; 76: 171-81.
18. Verhaak P, Schellevis F, Nuijen J et al. Patients with a psychiatric disorder in general practice: determinants of general practitioners' psychological diagnosis. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28: 125-32.
19. Jackson JI, Passamonti M, Kroenke K. Outcome and impact of mental disorders in primary care at 5 years. *Psychosom Med* 2007; 69: 270-6.
20. Birchall H, Brandon S, Taub N. Panic in a general practice population: prevalence, psychiatric comorbidity and associated disability. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35: 235-41.
21. Bijl Rv, Ravelli A, Van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 587-95.
22. Lepine Jp, Gasquet I, Kovess V et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population française : résultats de l'étude épidémiologique ESMed/MHEDEA 2000. *Encéphale* 2005; 31: 182-94.
23. Eaton Ww, Kessler Rc, Wittchen HU et al. Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 413-20.
24. Kessler Rc, Chiu Wt, Jin R et al. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 415-24.
25. Kimberly Ay, Caron Zlontrick et al. "Is the course of panic disorder the same in women and men?". *Am J Psychiatry* 1998; 155: 596-602.
26. Fredrikson M, Annas P, Fischer H et al. Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. *Behav Res Therapy* 1996; 34: 33-9.
27. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1091-8.