

Le trouble de l'adaptation, un diagnostic anodin? Une étude comparative avec le trouble dépressif majeur

■ A. Lott^a, F. Borgeat^b, R. Carron^a

^a Institutions psychiatriques du Valais romand, Hôpital de Malévoz, Monthey

^b Service de psychiatrie générale et spécialisée, Lausanne

Summary

Lott A, Borgeat F, Carron R. [Adjustment disorder: a minor diagnosis? A comparative study with the diagnosis of major depressive disorder.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2003;154:96–105.

Adjustment disorder is a very frequent disorder but surprisingly it has not been studied much and it remains a controversial diagnosis. In different studies, it has been considered either as a minor form of a specific disorder, a psychological vulnerability revealed by a stress factor or a precursor of a major psychiatric disorder. Those three different points of view raise the basic question of the aetiology of this disorder. The objective of this study is to show if adjustment disorder is a clearly differentiated diagnosis whose existence is justifiable. In order to answer this question, we attempted to compare this diagnosis with another frequent and important psychiatric diagnosis, major depressive disorder.

In this retrospective study we selected all the patients with a diagnosis of adjustment disorder (77) or major depressive disorder (125) among the patients hospitalised in the psychiatric hospital of Malévoz in Valais during the year 1993 (580). It is based on clinical diagnosis. Their social and demographic characteristics (age, sex, nationality, marital status, professional activity), their past psychiatric history (earlier psychiatric hospitalisations, ambulatory treatment and attempted suicide), their hospitalisations during the next 5 years, their index hospitalisation (length, attempted suicide, comorbidity) and their drug treatment (number and class of prescribed drugs) were compared.

This survey confirms certain differences between adjustment disorder and major depression disorder: patients suffering from adjustment disorder were more often men, not married, younger than those suffering from major depression; their hospitalisations were shorter with a better evolution between hospitalisations and they received less medication. However, the study does not allow to clearly distinguish between the two diagnoses or to conclude that adjustment disorder is not only a minor form of a specific psychiatric disorder. Yet it confirms that adjustment disorder is not a light diagnosis (importance of the psychiatric past, high number of past attempted suicides, rehospitalisations, number of comorbid disorders and weight of the prescribed psychotropic treatments among which neuroleptics were frequent).

The three aetiological hypotheses that have been proposed (minor form of a specific disorder, specific psychological vulnerability revealed by a stress factor or precursor manifestation of a major psychiatric disorder) can still be considered as plausible. The diagnosis of adjustment disorder points to methodological limitations of the atheoretical approach of the DSM-III-R. The fact that, in its DSM-III-R definition, it is stated that the diagnosis of adjustment disorder has often to be based only on clinical judgment shows very well that such a diagnosis inevitably refers to a psychopathological theory. Indeed, the authors consider an approach without such a reference as difficult, a reference which remains the only way to appreciate accurately the symbolic weight of a given event for an individual person.

Keywords: *adjustment disorder; major depression; comparison*

Introduction

Pour comprendre l'historique du diagnostic de trouble de l'adaptation, il faut remonter à la notion de réaction, concept dont Starobinski [1] a tracé

Correspondance:
Anne Lott
Prés-des-Cloches 9
CH-1896 Vouvry

l'évolution. Le terme de dépression réactionnelle apparaît en 1910 dans une monographie de E. Reiss [2]. Dans son article «Deuil et Mélancolie», écrit en 1915, Freud pose le rôle déclenchant «d'événements de vie» [3]. La notion de réaction est trouvée chez K. Jaspers en 1913 [4]. Pour Kretschmer, elle est indissociable de celle de personnalité [5].

Depuis le milieu de ce siècle, l'existence du trouble réactionnel n'est plus contestée. En 1972, Kielholz propose une des classifications des états dépressifs les plus connues, avec trois pôles: la dépression somatogène (dépression organique et symptomatique), la dépression endogène (dépression schizophrénique, cyclique, périodique et tardive) et la dépression psychogène dans lequel il regroupe la dépression réactionnelle avec celle d'épuisement et la dépression névrotique. Ainsi, le diagnostic de trouble de l'adaptation apparaît dans ce contexte du débat extrêmement controversé concernant la dichotomie dépression endogène-dépression réactionnelle ou névrotique, avec toutes les questions qu'il pose quant au statut des événements de vie dans la pathologie psychiatrique notamment dépressive [6-9].

Dans la classification américaine du DSM ce concept évolue également: dans le DSM-I publié en 1952, existe le diagnostic de «dépression réactionnelle»; en 1968 apparaissent en parallèle dans le DSM-II «la névrose dépressive» (englobant les dépressions réactionnelles et les réactions dépressives) et «la perturbation situationnelle transitoire». A partir du DSM-III, paru en 1980, la dépression réactionnelle ne figure plus en tant qu'entité syndromique dans les classifications américaines et le trouble de l'adaptation fait son apparition. Dans le DSM-IV apparaît la distinction entre le trouble de l'adaptation aigu (<6 mois) et chronique.

Comme l'ont notamment souligné Despland et al. de Lausanne [10-13], avec le DSM-III apparaît une véritable révolution culturelle dans la manière d'appréhender le diagnostic en psychiatrie. Destiné à faciliter la communication entre psychiatres de différentes tendances ainsi que la recherche, le DSM-III propose en 1980 une approche diagnostique notamment fondée sur l'athéorisme des définitions diagnostiques. Si il rend la procédure diagnostique fiable pour la majorité des affections psychiatriques par l'utilisation de critères standardisés, le diagnostic de trouble de l'adaptation est par contre plus problématique (absence de spécificité des symptômes, nécessité d'exclure un autre trouble spécifique, recours inévitable à la subjectivité du clinicien pour établir un lien avec le facteur de stress, absence de marqueurs biologiques ou de critères comportementaux). Ceci a conduit

certain auteurs à considérer ce diagnostic comme un concept poubelle [14], une catégorie diagnostique marginale ou transitoire voire un diagnostic ontologiquement douteux [15, 16]. Ce diagnostic est ainsi relativement peu documenté, bien qu'extrêmement fréquent. Selon les études, sa prévalence oscille dans les services de consultation psychiatrique entre 5 et 23,5% [10-12, 15, 17-22], voire 34,4% dans un service psychiatrique hospitalier d'adolescents [21].

Une comparaison entre sujets avec trouble de l'adaptation, sujets avec d'autres troubles psychiatriques spécifiques et sujets non malades au plan psychiatrique est arrivée à la conclusion que les sujets avec trouble de l'adaptation, bien qu'ils remplissent les critères généraux d'un trouble mental, ont un niveau de fonctionnement psychosocial plus bas que les non malades, mais qu'ils sont également différents des sujets avec trouble psychiatrique spécifique étant d'une certaine manière plus «sains» et plus fonctionnels [16]. Ce diagnostic est ainsi volontiers considéré comme étant un diagnostic moins grave, moins invalidant et ayant une meilleure évolution que la plupart des autres principaux diagnostics psychiatriques [18, 19, 23-27].

Il paraît dès lors justifié de se demander comme l'avaient déjà évoqué Looney et Gunderson [23] puis Andreasen et Hoenk [19] si cette catégorie diagnostique n'est pas une catégorie diagnostique peu valide liée simplement à la sévérité du tableau clinique et utilisée notamment chez les jeunes patients afin d'éviter de les stigmatiser avec l'étiquette négative et péjorative d'un diagnostic psychiatrique plus lourd.

Certaines études ont toutefois révélé que les évolutions défavorables ne sont pas si rares: 56% d'évolution défavorable avec rechute dans les 5 ans chez les adolescents et 29% chez les adultes pour l'étude d'Andreasen et Wasek [18], 18% d'évolution chronique ou de suicide dans l'étude de Bronisch [25], ce qui en fait un diagnostic qui est loin d'être anodin. Strain et al. [28] évoquent le diagnostic de trouble de l'adaptation comme une éventuelle forme précoce ou prodromale d'un autre trouble psychiatrique plus développé tel que le trouble dépressif majeur ou le trouble anxieux.

En fait, ces différents points de vue ramènent tous à une question de fond concernant le trouble de l'adaptation, celle de son étiologie: s'agit-il d'une forme mineure ou subliminaire d'un trouble psychiatrique spécifique, d'une forme précoce annonçant un trouble psychiatrique majeur ou d'une fragilité psychologique révélée par un événement stressant pour le sujet? Il nous est dès lors apparu intéressant de comparer cette catégorie

diagnostique à une autre catégorie diagnostique psychiatrique importante, le trouble dépressif majeur.

Sujets et méthode

Sujets

Les sujets sont tous les patients hospitalisés durant l'année 1993 à l'hôpital psychiatrique de Malévoz. Cet hôpital psychiatrique est situé dans le Valais romand avec un bassin de population d'approximativement 190 000 habitants. C'est le seul hôpital psychiatrique desservant cette région si bien que la grande majorité des réhospitalisations s'y retrouve. Quelques patients peuvent toutefois échapper à notre étude en ce qui concerne les réhospitalisations, ce sont les patients qui provenaient d'un autre canton (11 patients) ou du Haut-Valais (1 patient) qui dispose également d'un service psychiatrique hospitalier.

Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective. Dans cet hôpital, depuis 1991 toutes les hospitalisations sont saisies sur ordinateur avec les numéros de dossiers, noms des patients, dates d'hospitalisation et diagnostics de sortie. Ces diagnostics de sortie, correspondent aux diagnostics selon les critères du DSM-III-R posés par le médecin traitant au moment de la sortie du patient de l'hôpital (Final Diagnosis). Ils sont contrôlés par un superviseur qui voit également le patient. Nous avons ainsi obtenu la liste de tous les patients hospitalisés à l'hôpital psychiatrique de Malévoz durant l'année 1993 (580 patients).

Parmi ces 580 patients nous avons sélectionné les dossiers de tous ceux dont le diagnostic de sortie correspondait aux deux catégories diagnostiques que nous voulions comparer soit: les troubles de l'adaptation (DSM-III-R: 309.23 à 309.83) avec 80 patients et les troubles dépressifs majeurs avec 125 patients. Sous cette dernière appellation nous avons regroupé les troubles dépressifs majeurs isolés (DSM-III-R: 296.2X), les troubles dépressifs récurrents (DSM-III-R: 296.3X) et les troubles bipolaires (DSM-III-R: 296.4X-296.5X-296.6X-296.7X). Pour les patients hospitalisés plusieurs fois durant cette période, seule la 1^{re} hospitalisation avec un de ces diagnostics a été prise en compte. Aucun patient n'a été hospitalisé avec le double diagnostic trouble de l'adaptation et trouble dépressif majeur ni n'a passé d'un diagnostic à l'autre durant l'année 1993. Nous avons exclu de l'étude

3 personnes qui avaient un double diagnostic de trouble de l'adaptation et d'un autre trouble psychiatrique spécifique (deux de schizophrénie et un de trouble psychotique non spécifié), le deuxième diagnostic pouvant subsumer le premier.

Nous avons ensuite rétrospectivement passé en revue les données d'hospitalisation de ces patients, leurs données socio-démographiques, les données concernant leur traitement médicamenteux, leurs antécédents et leurs hospitalisations ultérieures jusqu'au 1 avril 1998.

Dans l'activité professionnelle, les travailleurs actifs, apprentis et étudiants ont été regroupés sous l'appellation «actifs» et les retraités, chômeurs, invalides et autres sous l'appellation «non actifs».

En ce qui concerne les tentamens, nous avons séparé les antécédents de tentamen (tentamen plus de 6 mois avant l'hospitalisation) qui ont été mis dans le tableau 2 avec les autres antécédents et les tentamens récents (dans les 30 jours précédant l'hospitalisation) qui ont été mis dans le tableau 3 concernant l'hospitalisation actuelle.

Le terme de comorbidité est utilisé pour signifier soit un deuxième diagnostic sur l'axe I soit un diagnostic sur l'axe II (trouble de la personnalité) dont il est important de noter l'usage particulier. Dans une perspective psychodynamique, les traits de caractères y sont en effet également codés. Cet usage tant de la notion de comorbidité que de l'axe II dans une perspective psychodynamique est similaire à celui de l'étude de Despland et al. à Lausanne [10].

Sous l'appellation traitement à l'entrée, nous entendons le traitement médicamenteux que le patient avait au moment où il a été hospitalisé. Le traitement à la sortie correspond au traitement prescrit par le médecin au moment de la sortie. Le nombre de patients avec un antidépresseur, un neuroleptique, etc. correspond au nombre de patients qui ont au moins un antidépresseur, respectivement un neuroleptique, etc. Etant donné le nombre élevé de patients qui ont des associations médicamenteuses, le nombre total de cas dans les différentes catégories de traitement médicamenteux est supérieur au nombre total de patients.

Analyse statistique

Les deux groupes ont été comparés au moyen du test binomial («the two sample test of equal proportions», c.f., p. ex.: «L.A. Marascuilo. Statistical Method for the Social and Behavioral Sciences») en ce qui concerne les variables catégorielles et par le test non paramétrique de comparaison de rang («Mann-Whitney U test» ou «two-sample

Wilcoxon test») pour les deux variables de type numérique (âge et durée d'hospitalisation) puisque les hypothèses nécessaires au plus classique, et paramétrique, t de Student, n'étaient pas vérifiées.

Calculs réalisés au moyen de S-PLUS 2000 (Mathsoft, Inc) et SPSS for Windows, Release 11.0.0 (SPSS Inc).

Résultats

Caractéristiques socio-démographiques

Selon le tableau 1, la répartition selon le sexe est nettement différente dans les deux catégories diagnostiques avec la répartition classique de 2 femmes pour 1 homme pour les troubles dépressifs majeurs et une proportion égale pour les troubles de l'adaptation. Les troubles de l'adaptation sont par ailleurs clairement plus jeunes que les troubles dépressifs majeurs (41,4 en moyenne versus 49,0 pour les troubles dépressifs majeurs). La proportion d'étrangers est significativement plus importante chez les troubles de l'adaptation (26 vs 11%).

Du point de vue de l'activité professionnelle il n'y a guère de différence significative entre les deux catégories diagnostiques si ce n'est une sous-représentation des femmes au foyer dans les

troubles de l'adaptation par rapport aux troubles dépressifs majeurs, sous-représentation qui est indépendante de la plus grande proportion de femmes chez les troubles dépressifs majeurs, cette sous-représentation des femmes au foyer dans les troubles de l'adaptation étant la même à l'intérieur du sous-groupe femmes. Dans le détail des «non actifs», les deux catégories diagnostiques ne montrent pas non plus de différence majeure avec 6% de chômeurs chez les troubles dépressifs majeurs versus 12% chez les troubles de l'adaptation, 17% de personnes à l'AI versus 21% et 17% de retraités versus 18%.

Les deux groupes diffèrent en ce qui concerne l'état civil, les sujets souffrant de trouble de l'adaptation étant plus fréquemment célibataires (42 vs 18%) et les troubles dépressifs majeurs plus fréquemment mariés (50 vs 31%).

En résumé, en ce qui concerne leurs caractéristiques socio-démographiques, les patients souffrant de trouble de l'adaptation diffèrent des troubles dépressifs majeurs par le fait qu'ils sont plus fréquemment des hommes, célibataires et plus jeunes que ceux souffrant de trouble dépressif majeur. Dans les deux sous-groupes de patients il y a plus de suisses que d'étrangers, mais la proportion de ces derniers est significativement plus forte chez les troubles de l'adaptation que chez les troubles dépressifs majeurs.

Tableau 1 Caractéristiques socio-démographiques.

	trouble dépressif majeur (n = 125)	trouble de l'adaptation (n = 77)	z
âge			
moyenne	49,0	41,4	-3,877
DS	14,5	20,1	
			 z
sexe			
femmes	66% (n = 83)	51% (n = 39)	2,223
nationalité			
suisses	89% (n = 111)	74% (n = 57)	2,726
état civil			
mariés	50% (n = 63)	31% (n = 24)	2,681
célibataires	18% (n = 22)	42% (n = 32)	3,737
veufs	10% (n = 13)	10% (n = 8)	0,002
séparés, divorcés	22% (n = 27)	17% (n = 13)	0,817
activité professionnelle			
travailleurs actifs	35% (n = 43)	36% (n = 28)	0,284
non actifs ¹	44% (n = 55)	56% (n = 43)	1,636
femmes au foyer	21% (n = 27)	8% (n = 6)	2,578

¹ chômeurs, invalides, retraités et autres

Tableau 2 Antécédents et hospitalisations ultérieures.

	trouble dépressif majeur (n = 125)	trouble de l'adaptation (n = 77)	lzl
hospitalisations psychiatriques antérieures			
aucune	38% (n = 48)	52% (n = 40)	1,886*
une seule	18% (n = 23)	17% (n = 13)	0,274
plus d'une	44% (n = 54)	31% (n = 24)	1,706*
suivi psychiatrique ambulatoire			
jamais	17% (n = 21)	40% (n = 31)	3,704***
suivi dans le passé ¹	15% (n = 19)	20% (n = 15)	0,790
sont suivis au moment de l'hospitalisation	68% (n = 85)	40% (n = 31)	3,873*,**
antécédent de tentamen (>6 mois avant l'hospitalisation)	35% (n = 44)	27% (n = 21)	1,171
hospitalisations ultérieures			
0	50% (63)	66% (51)	2,204*
1	18% (22)	13% (10)	0,872
2	14% (18)	8% (6)	1,410
>2	18% (22)	13% (10)	0,872

¹ ne le sont plus depuis au moins 6 mois avant l'hospitalisation

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Antécédents et hospitalisations ultérieures

Le tableau 2 montre que les troubles de l'adaptation ont moins souvent des antécédents d'hospitalisation psychiatrique (52% sont des premières hospitalisations versus 38% pour les troubles dépressifs majeurs) ou de tentamen (35% des troubles dépressifs majeurs versus 27% des troubles de l'adaptation), mais cette différence est peu significative pour les antécédents d'hospitalisations et ne l'est plus du tout pour les tentamens. En ce qui

concerne le suivi psychiatrique ambulatoire, une même proportion des deux catégories diagnostiques en ont eu un dans le passé, mais ne l'ont plus au moment de l'hospitalisation (20 vs 15% des troubles dépressifs majeurs) alors que la proportion de troubles dépressifs majeurs qui sont suivis au moment de l'hospitalisation est nettement plus importante (68 vs 40% des troubles de l'adaptation). Une plus grande proportion de trouble de l'adaptation que de trouble dépressif majeur ne sont pas réhospitalisés dans les 5 ans (66 vs 50%).

Tableau 3 Hospitalisation actuelle.

	trouble dépressif majeur (n = 125)	trouble de l'adaptation (n = 77)	z
durée			
moyenne	62,1	35,5	-3,877***
DS	51,1	49,2	
lzl			
tentamen (dans le mois précédant l'hospitalisation)	18% (n = 23)	18% (n = 14)	0,039
comorbidité axe I			
absente	76% (n = 95)	69% (n = 53)	1,118
consommation de substance(s) psychoactive(s)	18% (n = 22)	23% (n = 18)	1,001
autre	6% (n = 8)	8% (n = 6)	0,378
comorbidité axe II			
présente	65% (n = 81)	70% (n = 56)	1,171

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Il n'en reste pas moins que 34% des troubles de l'adaptation sont réhospitalisés au moins une fois et 21% le sont plus d'une fois.

Hospitalisation actuelle

Un nombre similaire de patients ont fait un tentamen dans le mois qui précède leur hospitalisation (18% des troubles de l'adaptation et des troubles dépressifs majeurs, tab. 3), ce qui rejoint les chiffres du tableau 2, concernant les antécédents de tentamen plus de 6 mois avant l'hospitalisation.

Le tableau 3 montre également que la comorbidité, tant sur l'axe I que sur l'axe II, est considérable pour les deux catégories diagnostiques, sans différence significative. La comorbidité la plus fréquente sur l'axe I est l'abus de substances psychoactives avec 23% pour les troubles de l'adaptation et 18% pour les troubles dépressifs majeurs, substances parmi lesquelles l'alcool vient en tête. Dans les autres comorbidités pour les troubles de l'adaptation se trouvent les troubles somatoformes douloureux (2), l'hypocondrie (1), un trouble sexuel non spécifié (1), la maladie d'Alzheimer (1) et le bégaiement (1). Pour le trouble dépressif majeur, on trouve les troubles somatoformes indifférenciés (2), le trouble panique (1), la cyclothymie (1), le trouble de conver-

sion (1), le trouble obsessionnel compulsif (1), l'anorexie (1) et l'intoxication au lithium (1).

Les troubles de l'adaptation sont hospitalisés en moyenne 2 fois moins longtemps que les troubles dépressifs majeurs: 35,5 jours en moyenne pour les troubles de l'adaptation versus 62,1 jours pour les troubles dépressifs majeurs.

Traitements médicamenteux

Les deux catégories diagnostiques diffèrent nettement en ce qui concerne les traitements médicamenteux tant à l'entrée qu'à la sortie, comme le révèle le tableau 4. Les troubles de l'adaptation sont plus fréquemment hospitalisés sans aucune médication que les troubles dépressifs majeurs et les associations de plusieurs médicaments y sont moins fréquentes, même si elles n'y sont toutefois pas rares: 53% des troubles dépressifs majeurs entrent à l'hôpital avec plus d'un psychotrope versus 34% des troubles de l'adaptation. De même, les troubles de l'adaptation ressortent de l'hôpital nettement plus fréquemment sans traitement médicamenteux que les troubles dépressifs majeurs (27 vs 6%) ou avec moins d'associations médicamenteuses (45 vs 78% ont plus d'un médicament à la sortie).

Tableau 4 Traitements médicamenteux.

	trouble dépressif majeur (n = 125)	trouble de l'adaptation (n = 77)	lzl
traitement médical à l'entrée			
aucun	11% (n = 14)	30% (n = 23)	3,332***
antidépresseur	51% (n = 64)	32% (n = 25)	2,605**
neuroleptique	35% (n = 44)	30% (n = 23)	0,781
benzodiazépine	42% (n = 53)	32% (n = 25)	1,408
thymorégulateur	17% (n = 21)	1% (n = 1)	3,435***
somnifère-sédatif	10% (n = 12)	9% (n = 7)	0,120
autre psychotrope	7% (n = 9)	4% (n = 3)	0,965
non précisé	10% (n = 11)	10% (n = 8)	0,376
traitement médical à la sortie			
aucun	6% (n = 7)	27% (n = 21)	4,329***
antidépresseur	71% (n = 87)	35% (n = 27)	4,808***
neuroleptique	49% (n = 60)	44% (n = 34)	0,532
benzodiazépine	26% (n = 32)	19% (n = 15)	1,000
thymorégulateur	24% (n = 29)	1% (n = 1)	4,251***
somnifère-sédatif	25% (n = 30)	25% (n = 19)	0,109
autre psychotrope	25% (n = 31)	17% (n = 13)	1,324

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

A l'entrée, les troubles dépressifs majeurs ont majoritairement un antidépresseur alors que les troubles de l'adaptation ont aussi fréquemment un antidépresseur qu'un neuroleptique ou une benzodiazépine. Il est par contre surprenant de constater que les traitements médicamenteux les plus fréquemment prescrits à la sortie chez les troubles de l'adaptation sont les neuroleptiques: 44% des patients sortent avec au moins un neuroleptique. 22 (65%) ont un neuroleptique sédatif, 7 un neuroleptique incisif, 5 les deux. Parmi les 12 patients qui ont un neuroleptique incisif, 3 ont un deuxième diagnostic sur l'axe I (2 une dépendance alcoolique et 1 une dépendance aux sédatifs/hypnotiques), les 9 autres ont comme seul diagnostic un trouble de l'adaptation: 5 ont un trouble de l'adaptation avec perturbation des conduites (seul ou associé avec une perturbation des émotions), 3 un trouble de l'adaptation avec caractéristiques émotionnelles mixtes et 1 un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive.

Discussion

A certains égards nous pouvons noter des différences significatives entre ces deux catégories diagnostiques notamment en ce qui concerne les données socio-démographiques. La répartition selon le sexe est différente dans les deux catégories. Pour les troubles dépressifs majeurs nous retrouvons la prépondérance féminine habituelle, alors que chez les troubles de l'adaptation nous trouvons une proportion égale dans les deux sexes, telle que décrite dans le DSM-IV.

Une autre différence trouvée est que les troubles de l'adaptation sont plus fréquemment célibataires que les troubles dépressifs majeurs ce qui rejoint les résultats Bronisch et Hecht [24] de même que ceux de Despland et al. [11]. Ceci pourrait du moins en partie être expliqué par le fait que les troubles de l'adaptation ont une moyenne d'âge plus jeune que les troubles dépressifs majeurs avec une nettement plus grande proportion de la catégorie d'âge 17–30 ans. Une étude statistique du statut marital en fonction de la classe d'âge ne nous a cependant pas été possible en raison du trop petit nombre de sujets dans certaines catégories.

Cette plus grande proportion de jeunes dans les troubles de l'adaptation avait déjà été constatée dans d'autres études [11, 12, 26, 27, 29]. Andreasen et Hoenk [19] l'avaient en partie expliquée par le fait que ce diagnostic serait volontiers utilisé chez les jeunes par les cliniciens afin d'éviter de donner une étiquette négative et péjorative à un certain

nombre de patients qui auront finalement une bonne évolution. Ceci parlerait alors en faveur d'une forme mineure ou subliminaire d'un diagnostic psychiatrique spécifique voire d'une moindre validité du diagnostic de trouble de l'adaptation, distinct d'une autre catégorie diagnostique telle que le trouble dépressif majeur seulement dans le sens de la gravité de la maladie.

En regardant les antécédents psychiatriques des deux catégories diagnostiques, nous constatons que les troubles de l'adaptation ont légèrement moins d'antécédents d'hospitalisations psychiatriques que les troubles dépressifs majeurs, ce qui pourrait être un argument en faveur d'un diagnostic lié à une moindre gravité, une sélection des cas les plus légers avec un meilleur pronostic. Cette proportion de patients avec antécédents d'hospitalisation psychiatrique (48% des troubles de l'adaptation) nous semble cependant bien élevée pour être un tel argument. De même en ce qui concerne les hospitalisations ultérieures: les troubles de l'adaptation sont légèrement moins réhospitalisés que les troubles dépressifs majeurs, mais dans 34% des cas ils le sont tout de même au moins une fois dans les 5 ans. Nos données confirment celles d'autres études qui ont montré des évolutions défavorables comme par exemple Andreasen et Hoenk [19] avec 29% d'adultes non complètement remis à 5 ans, Looney et Gunderson [23] avec 27% de réhospitalisations psychiatriques dans les 3–4 ans et Greenberg et al. [21] avec 18% dans les 2 ans.

Si les troubles de l'adaptation ont tout aussi fréquemment eu un suivi psychiatrique ambulatoire dans le passé que les troubles dépressifs majeurs, ils en ont nettement moins fréquemment un au moment de leur hospitalisation (41% des troubles de l'adaptation versus 68% des troubles dépressifs majeurs). Ceci nous semble rejoindre les résultats d'études précédentes selon lesquelles les patients avec trouble de l'adaptation se remettent en moyenne mieux et plus rapidement entre les épisodes que les troubles psychiatriques plus définis [18, 19, 23–25] ce qui nous est également confirmé par la durée d'hospitalisation nettement plus courte des troubles de l'adaptation.

La proportion de patients avec co-diagnostic tant sur l'axe I que sur l'axe II est similaire dans les deux catégories diagnostiques. Nos chiffres sont proches de ceux de l'étude de Despland et al. à Lausanne [10, 11] qui avait 27 à 31% de co-morbidité sur l'axe I et 73% sur l'axe II. Cette importante co-morbidité sur l'axe I dont 23% est une consommation de substances psychoactives, principalement l'alcool, peut être une hypothèse pour expliquer le nombre de trouble de l'adaptation qui sont

au bénéfice d'une rente AI (21% des troubles de l'adaptation, 17% des troubles dépressifs majeurs). Nous n'avons toutefois pas étudié plus à fond ce paramètre, nos données ne permettant pas de connaître la raison de l'octroi d'une rente. Cette proportion non négligeable de trouble de l'adaptation au bénéfice d'une rente AI parle également contre une distinction de la catégorie trouble de l'adaptation en fonction d'une moindre gravité de la maladie.

Les troubles de l'adaptation se distinguent clairement des troubles dépressifs majeurs que ce soit en ce qui concerne la fréquence des traitements psychotropes à l'entrée (30% des troubles de l'adaptation sont hospitalisés sans psychotropes versus 11% des troubles dépressifs majeurs), à la sortie (27% des troubles de l'adaptation sortent sans psychotrope versus 6% des troubles dépressifs majeurs) ou les catégories de psychotropes prescrits. En effet, alors que logiquement pour les troubles dépressifs majeurs la catégorie médicamenteuse la plus fréquemment prescrite est un antidépresseur, nous avons été extrêmement surpris de constater que 44% des troubles de l'adaptation ont un neuroleptique à la sortie qui est ainsi la classe médicamenteuse la plus représentée dans le traitement de sortie pour cette catégorie diagnostique. L'utilisation d'un neuroleptique sédatif plutôt que d'une benzodiazépine comme somnifère-sédatif par crainte de la dépendance est fréquente à l'hôpital de Malévoz. Ceci peut en partie expliquer cette importante proportion de neuroleptiques prescrits à la sortie: en effet 65% des neuroleptiques prescrits sont des neuroleptiques sédatifs. Il n'en reste pas moins que 16% des troubles de l'adaptation (12 patients) ont un neuroleptique incisif dont 9 qui ont comme seul diagnostic un trouble de l'adaptation.

Dans les différentes études nous n'avons trouvé que très peu de renseignements concernant les traitements médicamenteux des troubles de l'adaptation. Samuelian et al. [20], Despland et al. [11], Andreasen et Wasek [18] et Bronisch [25] évoquent respectivement 54%, 38%, 10–20% et 10% de patients avec un traitement pharmacologique. Samuelian et al. précisent que les troubles de l'adaptation ont autant de tranquillisants et d'antidépresseurs que les autres troubles psychiatriques, alors qu'ils ont nettement moins de neuroleptiques, normothymiques ou psychostimulants. Despland et al. font la distinction entre les patients en traitement psychiatrique dont 45% ont un traitement psychotrope et les patients en intervention psychothérapeutique dont 25% ont un traitement psychotrope. Les deux études de Despland et al. et Bronisch ne précisent pas de quel psychotrope il

s'agit. Andreasen et Wasek par contre distinguent entre les antidépresseurs (chez 9,4% des adultes avec trouble de l'adaptation), les tranquillisants mineurs (chez 14,8%) et les tranquillisants majeurs (chez 2%). Popkin et al. [22], dans une étude concernant les troubles de l'adaptation en psychiatrie de liaison trouve que chez 51% des patients ayant comme stressor principal une maladie somatique, un traitement psychotrope est recommandé par le psychiatre consultant, dans 27% des cas un antidépresseur. Nos chiffres, avec 70% de trouble de l'adaptation qui ont un traitement psychotrope à l'entrée et 73% à la sortie, dépassent largement ces résultats. Cette différence de résultats est vraisemblablement en partie explicable par le fait que dans notre étude il s'agit uniquement de patients hospitalisés en psychiatrie, donc vraisemblablement avec une symptomatologie plus importante et plus aiguë, alors que dans les autres études il s'agissait de patients en traitement ambulatoire (Despland et al., Andreasen et Wasek, Bronisch) ou hospitalisés en milieu somatique (Popkin et al.). Il serait intéressant de faire une étude similaire à la notre avec les patients d'un service psychiatrique ambulatoire. Au sujet des traitements des troubles de l'adaptation, il est par ailleurs intéressant de noter qu'il n'existe à notre connaissance aucune recommandation ou consensus, notamment concernant la médication.

Conclusion

Comme évoqué dans notre introduction, la plupart des études au sujet des troubles de l'adaptation posent plus ou moins directement la question de leur étiologie. Ce diagnostic est souvent considéré comme un diagnostic moins grave et moins invalidant que la plupart des principaux diagnostics psychiatriques et dont les symptômes évoluent simplement en fonction du facteur de stress. Looney et Gunderson [23] et Strain et al. [28] avaient évoqué ce diagnostic comme une éventuelle forme prodromique d'un autre diagnostic psychiatrique plus important, Andreasen et al. [18, 19] avaient considéré comme justifiée l'utilisation de ce diagnostic pour éviter de fixer une étiquette négative à de jeunes patients avec un pronostic favorable. Notre étude, si elle met en évidence certaines distinctions entre le trouble de l'adaptation et le trouble dépressif majeur notamment en ce qui concerne le sexe, l'âge, la durée d'hospitalisation, une meilleure évolution entre les hospitalisations et les traitements médicamenteux, ne nous permet pas de conclure que ces deux catégories diagnostiques sont clairement distinctes et que le trouble

de l'adaptation n'est pas simplement lié à une moindre gravité.

Par contre nos résultats tendent à confirmer que le trouble de l'adaptation n'est pas non plus un diagnostic anodin. Le nombre élevé d'antécédents psychiatriques, de tentatives, d'hospitalisations psychiatriques ultérieures, l'importante comorbidité tant sur l'axe I que sur l'axe II de même que les traitements psychotropes relativement lourds prescrits en parallèle à des prises en charges psychothérapeutiques parlent contre une sélection de formes prodromales ou de moindre gravité. Il serait intéressant de vérifier si un choix plus sélectif des troubles de l'adaptation en se limitant aux troubles de l'adaptation avec humeur dépressive changerait nos résultats. Notre registre de patients avec trouble de l'adaptation était trop restreint pour pouvoir effectuer une telle sélection. Par ailleurs, nous ne pouvons pas exclure que le diagnostic de trouble de l'adaptation ne comporte plusieurs sous-classes avec notamment un certain nombre de patients qui sont effectivement plus jeunes avec un meilleur pronostic, ne nécessitant pas ou peu de médicaments et ayant une évolution favorable. Il nous faut préciser ici, que notre étude est rétrospective et se base sur des diagnostics cliniques et non des diagnostics de recherche; nous pouvons donc nous poser la question de l'exactitude de certains diagnostics. Une étude longitudinale serait vraisemblablement très intéressante afin d'étudier l'évolution des diagnostics au cours des différentes hospitalisations, ce que nous n'avons pas pu faire en raison des changements de classification diagnostique utilisée.

En conclusion, à notre avis, les trois hypothèses étiologiques (forme mineure ou subliminaire, trouble précoce ou fragilité psychologique spécifique révélée par un événement stressant) qui sous-tendent les différentes études sur le sujet peuvent être considérées comme plausibles suivant le point de vue que l'on choisit. Le diagnostic de trouble de l'adaptation révèle une des limitations de l'approche du DSM-III-R qui se veut athéorique. Le fait que dans sa définition même, le DSM-III-R évoque «qu'il faut souvent se référer au seul jugement clinique» le montre bien, un tel diagnostic renvoie inévitablement à une référence psychopathologique. A notre avis, il est illusoire de vouloir se passer d'une telle référence qui elle seule permet d'appréhender justement la portée symbolique d'un événement donné sur le fonctionnement psychologique d'un individu.

Références

- 1 Starobinski J. Réaction. Le mot et ses usages. *Confrontations Psychiatriques* 1974;12:19-42.
- 2 Reiss E. Konstitutionnelle Verstimmung und manisch-depressives Irrsein. *Z Ges Neurol Psychiatr Origin II* 1910;67:348-628.
- 3 Freud S. Deuil et Mélancolie. Dans: *Métapsychologie*. Collection idées. Paris: Gallimard; 1968.
- 4 Jaspers K. Psychopathologie générale. Trad. fr. de la 3^e édition. Paris: Félix Alcan; 1933.
- 5 Kretschmer E. Paranoïa et sensibilité. Bibliothèque de psychiatrie. Paris: Presses universitaires de France; 1963.
- 6 Lloyd C. Life events and depressive disorder reviewed. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:541-8.
- 7 Pichot P. Actualisation du concept de dépression. *L'Encéphale* 1981;VII:307-14.
- 8 Mendels J, Cochrane C. The nosology of depression: the endogenous-reactive concept. *Am J Psychiatry* 1968;Suppl 124:1-11.
- 9 Kear-Colwell JJ. Taxonomy of depressive phenomena and its relationships to the reactive-endogenous dichotomy. *Br J Psychiatry* 1972;121:665-71.
- 10 Despland JN, Monod L, Ferrero F. Clinical relevance of adjustment disorder in DSM-III-R and DSM-IV. *Compr Psychiatry* 1995;36:454-60.
- 11 Despland JN, Monod L, Ferrero F. Etude clinique du trouble de l'adaptation selon le DSM-III-R. *Schweizer Arch Neurol Psychiatr* 1996;147:171-7.
- 12 Despland JN, Monod L, Besson J, Ferrero F. Les troubles de l'adaptation du DSM-III-R: un diagnostic insaisissable? *Méd Hygiène* 1993;51:2215-8.
- 13 Despland JN, Monod L. Epidémiologie du trouble de l'adaptation avec anxiété: définition du cas. Dans: *Le trouble de l'adaptation avec anxiété*. Comptes rendus du Symposium «Le trouble de l'adaptation avec anxiété», Paris-Hôtel Inter-Continental novembre 1997. Paris: Springer-Verlag France; 1999. p. 49-60.
- 14 Fard F, Hudgens RW, Welner A. Undiagnosed psychiatric illness in adolescents: a prospective and seven-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1979;35:279-81.
- 15 Fabrega H, Mezzich J. Adjustment disorder and psychiatric practice: cultural and historical aspects. *Psychiatry* 1987;50:31-49.
- 16 Fabrega H, Mezzich JE, Mezzich AC. Adjustment disorder as a marginal or transitional illness category in DSM-III. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:567-72.
- 17 Mezzich JE, Fabrega H, Coffman GA, Haley R. Disorders in a large sample of psychiatric patients: frequency and specificity of diagnosis. *Am J Psychiatry* 1989;146:212-9.
- 18 Andreasen NC, Wasek P. Adjustment disorder in adolescents and adults. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:1166-70.
- 19 Andreasen NC, Hoenk PR. The predictive value of adjustment disorders: a follow-up study. *Am J Psychiatry* 1981;139:584-90.
- 20 Samuelian JC, Charlot V, Derynck F, Rouillon F. Troubles de l'adaptation: à propos d'une enquête épidémiologique. *L'Encéphale* 1994;XX:755-65.

-
- 21 Greenberg WM, Rosenfeld DN, Ortega EA. Adjustment disorder as an admission diagnosis. *Am J Psychiatry* 1995;152:459–61.
-
- 22 Popkin MK, Callies AL, Colon EA, Stiebel V. Adjustment disorders in medically ill inpatients referred for consultation in a university hospital. *Psychosomatics* 1990;31:410–4.
-
- 23 Looney JG, Gunderson EKE. Transient situational disturbances: course und outcome. *Am J Psychiatry* 1978;135:660–3.
-
- 24 Bronisch T, Hecht H. Validity of adjustment disorder, comparison with major depression. *J Affect Disord* 1989;17:229–36.
-
- 25 Bronisch T. Adjustment reactions: a long-term prospective and retrospective follow-up of former patients in a crisis intervention ward. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:86–93.
-
- 26 Snyder S, Shain J, Wolf D. Differentiating major depression from adjustment disorder with depressed mood in the medical setting. *Gen Hosp Psychiatry* 1990;12:159–65.
-
- 27 Fabrega H, Mezzich JE, Mezzich AC, Coffman GA. Descriptive validity of DSM-III depressions. *J Nerv Mental Dis* 1986;174:573–84.
-
- 28 Strain JJ, Smith GC, Hammer JS, McKenzie DP, Blumenfeld M, Muskin P, et al. Adjustment disorder: a multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *Gen Hosp Psychiatry* 1998;20:139–49.
-
- 29 Jones R, Yates WR, Williams S, Zhou M, Hardman L. Outcome for adjustment disorder with depressed mood: comparison with other mood disorders. *J Affect Dis* 1999;55:55–61.
-