

BPCO et santé mentale: conseils pratiques et généraux pour les soins primaires

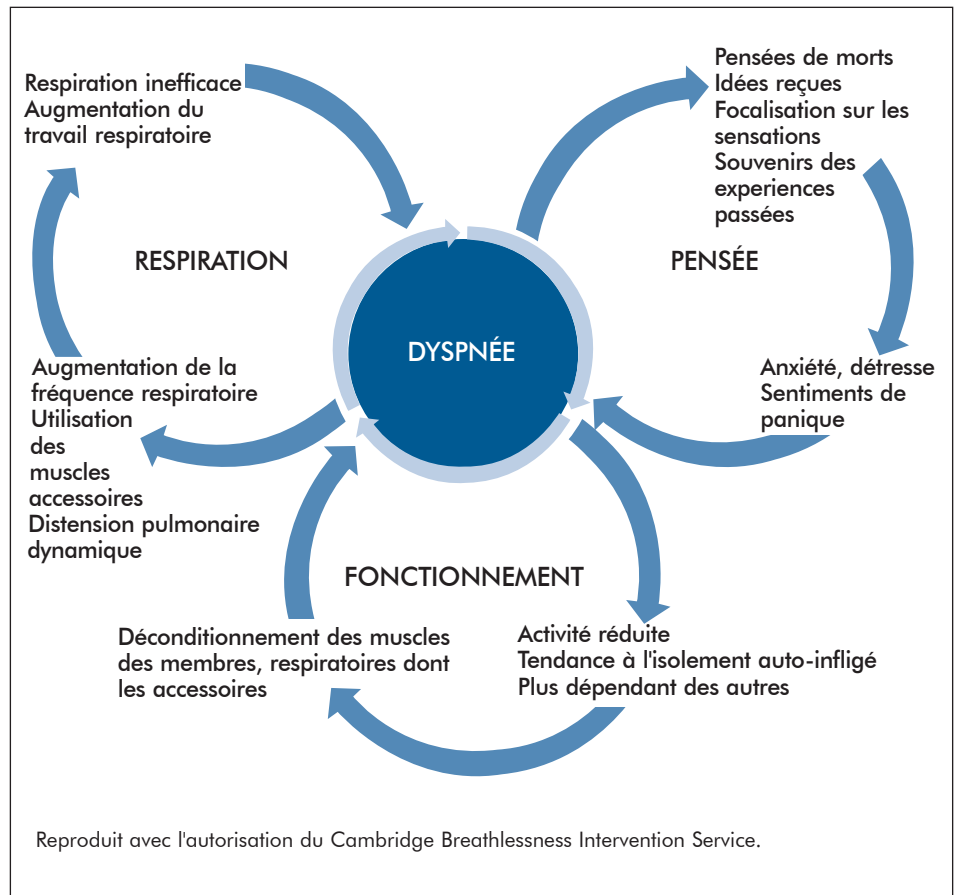
Ce document a pour objectif de sensibiliser à l'identification et la gestion des problèmes de santé mentale chez les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et à orienter les professionnels de soins primaires (PSP) vers des outils d'évaluation, des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques.

INTRODUCTION

Les problèmes de santé mentale tel l'anxiété et la dépression sont fréquents chez les patients atteints de BPCO et peuvent avoir un effet important sur leur qualité de vie (QdV). La dépendance au tabac est un facteur supplémentaire qui peut avoir un effet significatif sur la QdV de ces patients. Les PSP rencontrent souvent des difficultés dans le traitement de ces problèmes du fait des relations complexes qui existent entre ceux-ci et des symptômes tels que l'essoufflement, ce qui rend leur évaluation et leur traitement plus difficiles. On estime qu'environ 30 % des patients atteints de BPCO souffrent d'une dépression (jusqu'à 80 % pour les stades sévères), et qu'entre 10 et 50 % souffrent d'anxiété.¹⁻³ Leur prévalence augmente avec l'âge et avec la sévérité de la BPCO et elles peuvent coexister.³⁻⁶ Par ailleurs, dans le monde, environ 20 % de la population fument du tabac,⁷ et environ 20 % des fumeurs développeront une BPCO.⁸ Malgré le risque, le taux de tabagisme reste élevé après le diagnostic de BPCO.^{9,10} Les recommandations, qui se concentrent sur un aspect unique de la maladie, sont inadaptés à la prise en charge en soins primaires du fait de cette complexité.

BPCO ET SANTÉ MENTALE

Malgré des données solides sur la prévalence élevée de la dépression et de l'anxiété chez les patients atteints de BPCO, ces comorbidités sont sous diagnostiquées et sous traitées. La dépression et/ou l'anxiété liées à la BPCO sont associées à une moindre QdV, un tabagisme plus long, une moindre adhésion au plan de soins, plus d'hospitalisation, de réadmissions et d'exacerbations, des taux d'autogestion plus faibles, une survie raccourcie et des dépenses de santé plus élevées que pour des patients sans ces comorbidités.¹¹ De fait, la dyspnée, la dépression, l'anxiété et l'endurance physique sont davantage corrélés à l'état de santé global que les valeurs spirométriques largement utilisées.¹² Les patients atteints de BPCO se



sentent souvent isolées et les comorbidités psychologiques peuvent accroître cet isolement de par la stigmatisation sociale et auto-infligée, entraînant une aggravation qui peut avoir un effet négatif sur la QdV et limiter l'adhésion du patient à la prise en charge de sa BPCO.^{13,14}

DYSPNÉE ET DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

La dyspnée est un symptôme central et complexe chez les patients atteints de BPCO. Il ne faut pas prendre en compte que la perception subjective de la dyspnée mais aussi les réactions et les réponses qu'elle suscite.¹⁵ Le "cycle de la pensée négative" du modèle "Breathing-Thinking-

Functioning" (BTF) permet de comprendre comment les pensées affectent et sont affectées par la respiration et l'activité physique; il suggère également comment briser ces cycles.¹⁵

La focalisation sur la sensation de dyspnée, les souvenirs d'expériences passées, les idées reçues et les pensées de mort peuvent contribuer à l'anxiété, aux sentiments de panique, à la frustration, à la colère et à l'hypothyrie, qui à leur tour renforcent les pensées et les images inutiles et peu réalistes. Inversement, les interventions visant à traiter ces pensées négatives et à gérer l'anxiété et l'hypothyrie peuvent améliorer la QdV et l'adhésion à la prise en charge de la BPCO.

◀ TABAGISME ET SANTÉ MENTALE

Bien que le taux de tabagisme diffère en fonction des pays chez les patients atteints de BPCO, lorsqu'il est élevé, il faut prendre en compte la forte association entre tabagisme et troubles de la santé mentale. Ainsi, les patients tabagiques atteints de ces troubles ont plus de dépendance au tabac, une surconsommation de cigarettes et un surrisque de rechute et ont donc besoin d'un soutien accru pour leur sevrage.¹⁶⁻¹⁹ Le tabagisme, la dépression et l'anxiété sont tous associés à un surrisque de décès chez les patients atteints de BPCO. De plus, le risque de décès, de dépression et d'anxiété augmentent avec la durée du tabagisme et le nombre de paquets-années.²⁰ Par ailleurs, l'arrêt du tabac est l'intervention la plus efficace pour ralentir la progression de la BPCO, améliorer la survie et réduire la morbidité.^{5,21,22} Aussi, et contrairement aux idées reçues, le sevrage tabagique réduit l'anxiété et la dépression et son efficacité est aussi importante, voire plus, que celle des antidépresseurs.^{23,24} Il est à noter qu'il peut être difficile de faire la différence entre les symptômes d'anxiété et ceux de sevrage, il faut donc les évaluer à chaque consultation.

POINTS CLÉS POUR IDENTIFIER LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE BPCO

Avoir de bonnes compétences en consultation centrée-patient. Savoir que la dépression et l'anxiété sont des comorbidités courantes qui peuvent influencer les conséquences de la BPCO. Anticiper que le patient peut souffrir de dépression et/ou d'anxiété. Lors de l'évaluation de la santé mentale, faire preuve d'écoute active et d'empathie, ne pas interrompre le patient et observer attentivement. Le langage corporel et les signaux non verbaux fournissent des informations utiles, comme les longs silences et l'évitement du contact visuel. Lorsque vous envisagez un diagnostic, adoptez une approche centrée-patient et demandez-vous si utiliser une "étiquette" de dépression et/ou d'anxiété sera utile, par exemple, pour la compréhension de la situation par le patient ou pour sa prise en charge globale.

OUTILS D'ÉVALUATION

Rechercher les symptômes physiques tels que les troubles de la concentration et du sommeil, l'asthénie ou les céphalées, qui peuvent être associés à l'anxiété et à la dépression, et, si possible, évaluer les avec un questionnaire validé s'ils sont présents.

TRAITEMENTS DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE BPCO

Le traitement des patients atteints de BPCO

Tableau 1 : Évaluation des problèmes de santé mentale chez les patients atteints de BPCO

De nombreux outils ont été utilisés dans le cadre de la recherche, mais dans la pratique clinique, les PSP sont familiers avec d'autres outils, plus faciles à utiliser :

- Patient Health Questionnaire 9 (PHQ9) pour évaluer la dépression. 9 items avec un score limite à 5, disponible en plusieurs langues
- L'échelle de dépistage de l'anxiété généralisée (GAD7) pour évaluer l'anxiété. Échelle d'auto-évaluation en 7 points, avec un score limite à 10, disponible en plusieurs langues
- Le PHQ-4, recommandé par l'OMS, permet une mesure très brève de la dépression et de l'anxiété. Cet outil peut être rempli en ligne. Les questions 1 et 2 sont issues du GAD7 ; les questions 3 et 4 sont issues du PHQ9. Un score ≥ 3 à l'une des questions indique qu'une évaluation plus approfondie doit être entreprise, par exemple avec le PHQ9 ou le GAD7.

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants :

0 = jamais ; 1 = plusieurs jours ; 2 = plus de la moitié des jours ; 3 = presque tous les jours

1. Un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension ?	0	1	2	3	Score ≥ 3 : évoquer une anxiété
2. Une incapacité à arrêter de s'inquiéter ou à contrôler ses inquiétudes ?	0	1	2	3	
3. Une diminution marquée d'intérêt ou de plaisir dans vos activités ?	0	1	2	3	Score ≥ 3 : évoquer une dépression
4. Un sentiment d'abattement, de dépression ou de perte d'espoir ?	0	1	2	3	

Intensité de détresse psychologique selon le score total :

- Aucune: 0-2
- Légère: 3-5
- Modérée: 6-8
- Sévère: 9-12

Source: https://qxmd.com/calculate/calculator_476/patient-health-questionnaire-4-phq-4

Ces outils peuvent être très utiles pour le dépistage de la dépression et de l'anxiété et pour clarifier un diagnostic suspect.

Tableau 2: OUVÉR

O	questions OUvertes	Pour connaître leurs sentiments et leurs croyances "Pourriez-vous m'en dire plus sur ce que vous ressentez ?" "Comment ressentez-vous votre essoufflement ?"
V	Valorisation	Être positif et encourageant ; construire une relation et montrer de l'empathie "C'est super que vous vouliez parler de votre tristesse, je suis ici pour vous aider"
E	Ecoute réflexive	"On dirait que vous avez beaucoup réfléchi à vos symptômes et que vous savez quoi faire."
R	Résumé	"Ok, résumons ce dont nous venons de discuter."

Source: https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/394208/Session-5.pdf

et de problèmes de santé mentale nécessite une approche globale dans un modèle bio-psycho-social. Il est important d'adopter une approche centrée-patient qui se concentre sur les souhaits, les objectifs et les préférences du patient. Utiliser les compétences OARS pour établir et maintenir un rapport en utilisant des réponses et des comportements verbaux et non verbaux.

Les patients atteints de BPCO sont souvent peu indulgents envers eux-mêmes²⁵ et une approche globale du bien-être est essentielle pour remédier à ces perceptions négatives de soi et traiter les problèmes de santé mentale. Nous aborderons ici les données sur certaines interventions pharmacologiques et non pharmacologiques réalisables en soins primaires.

Interventions non-pharmacologiques

Les revues Cochrane ont conclu qu'une approche structurée par thérapie cognitivo-comportementale (TCC) peut être efficace pour réduire les symptômes de dépression et d'anxiété.^{1,26} Cette approche est réaliste et efficiente pour la collectivité. Elle doit être délivrée par des praticiens formés.²⁷ L'intégration de la TCC pour traiter la dyspnée dans la BPCO et améliorer l'autogestion a le potentiel d'augmenter l'engagement dans le traitement, y compris l'activité physique, qui peut également être utile pour l'anxiété et la dépression.²⁸⁻³¹

Nous sommes conscients que tous ces éléments ne sont pas accessibles, traduits, validés, abordables ou culturellement acceptables dans tous les pays, mais la liste est variée et il pourrait être utile d'inclure ceux qui sont accessibles dans votre environnement.

Tableau 3: Le Cambridge Breathlessness Intervention Service propose des interventions pour prendre en charge la dyspnée liée au "cycle de la pensée négative" :

Intervention	Objectif	Référence
TCC	Approche qui remet en question des pensées/comportements néfastes; réduit à court terme l'anxiété liée à la BPCO; augmente la participation à la réadaptation respiratoire.	Yohannes 2017 Heslop-Marshall 2018 Pumar 2019
Méditation en pleine conscience	20' de respiration en pleine conscience réduisent la dyspnée dans les maladies respiratoires, ainsi que l'anxiété et la dépression dans les maladies sévères ; améliorent l'attention factuelle et peuvent augmenter l'efficacité personnelle.	Seetee 2016 Malpass 2018 Tan 2019 Look 2021
Techniques de relaxation	Données qui indiquent que les techniques de relaxation peuvent diminuer l'anxiété, la dyspnée et l'asthénie dans la BPCO. L'imagerie guidée ("penser à un endroit agréable"), la relaxation musculaire progressive et le dénombrement sont les techniques les plus admis.	Hyland 2016 Yilmaz 2017 Volpato 2015
Acupuncture	Semble améliorer la dyspnée en cas de maladie sévères et peut réduire l'anxiété.	Von Trott 2020
Thérapie par le chant	Données qui suggèrent que cette thérapie améliore la fonction pulmonaire, l'anxiété et la QdV ; reposent sur des données empiriques.	Bonilha 2009 Lord 2010 McNamara 2018
Psychologie positive donne un sentiment de contrôle/confiance.	Non basé sur des preuves. Cependant, des services spécialisés dans la dyspnée l'utilisent pour réduire l'anxiété et la dépression et améliorer ainsi l'efficacité personnelle.	Brighton 2018 Lovell 2019
Présence d'un tiers	Preuves expérimentales chez des volontaires sains qui montrent que la présence d'un tiers réduit la sensation de dyspnée et induit un réconfort.	Herzog 2019

La prise en charge globale du patient atteint de BPCO et de comorbidités telles que l'anxiété et la dépression peut être assurée par une équipe pluridisciplinaire, lorsqu'elle est disponible. Elle peut proposer tout ou partie des interventions décrites ci-dessus ainsi que la réadaptation respiratoire (RR). La RR améliore les symptômes d'anxiété et de dépression.³² Cependant, les praticiens n'y envoient pas suffisamment leurs patients et ceux-ci ne suivent pas ou ne terminent pas toujours leur stage. Nous attendons les résultats de l'essai TANDEM qui intègre la TCC pour savoir si elle améliore la participation à la RR.² Enfin, l'exercice en plein air présente de nombreux avantages thérapeutiques, tant pour la santé mentale que physique.³³ La participation à ces activités en plein air aide les patients souffrant de troubles mentaux et peut contribuer à réduire les niveaux d'anxiété, de stress et de dépression.³⁴ Il n'existe pas d'études spécifiques sur les patients atteints de BPCO.

Interventions pharmacologiques

Une prise en charge efficace de la dyspnée par un traitement bronchodilatateur atténuera la détresse psychologique.⁵ Le

traitement pharmacologique associé au conseil est recommandé pour le sevrage tabagique. Il n'existe pas de recommandations spécifiques concernant les antidépresseurs pour les personnes atteintes de BPCO.¹¹ Cependant, nous suggérons que la prise en charge comprennent l'utilisation d'inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS ; 1^{ère} intention) ou d'antidépresseurs tricycliques (ATC) pour le traitement de la dépression.¹¹ Évitez d'utiliser les ATC chez les patients atteints de BPCO sévère, en raison d'un risque accru de dysfonctionnement du centre respiratoire et d'insuffisance respiratoire. L'anxiété peut être prise en charge par ISRS, mais les preuves sont faibles.³⁵ Malgré l'utilisation répandue des benzodiazépines dans le traitement de la BPCO, les preuves suggèrent qu'elles n'aident pas à réduire la dyspnée et ne devraient pas être utilisées pour cette indication.³⁶ Elles peuvent être envisagées pour les personnes souffrant d'anxiété aiguë à court terme (maximum 4 semaines) et à la dose la plus faible possible.³⁷ Le métabolisme des antidépresseurs et des anxiolytiques est plus élevé chez les fumeurs de tabac qui sont

donc susceptibles d'avoir besoin de doses plus élevées que les non-fumeurs. Si un sevrage tabagique est réalisé, pensez à réduire la dose pour compenser cet effet.³⁸

QUAND ADRESSER LE PATIENT

Orientez les patients atteints de BPCO vers des soins de santé mentale complémentaires, y compris le psychologue, si le patient exprime une préférence pour des soins non pharmacologiques et/ou si la prise en charge de l'anxiété ou de la dépression n'est pas possible avec les interventions dont vous disposez. Les patients atteints de BPCO et de psychose ou d'idées suicidaires devraient être immédiatement orientés vers des soins spécialisés.

CONCLUSION

L'amélioration de la santé mentale améliore la BPCO. Les PSP qui s'occupent de patients atteints de BPCO doivent faire preuve de souplesse et de compétences en matière de communication pour identifier la dépression et l'anxiété, en particulier chez les fumeurs actifs et ceux en cours de sevrage, qui sont les plus exposés à de mauvais résultats. Offrir un soutien au sevrage tabagique (voir le Desktop Helper sur le sevrage tabagique), voir

envisager une TCC. S'appuyer sur les soins spécialisés locaux disponibles pour favoriser le bien-être mental. La valeur des traitements pharmacologiques doit être mieux démontrée.

References

1. Pollok J, et al. Cochrane Database Syst Rev 2019;3:CD012347.
2. Sohanpal R, et al. Trials 2020;21:18(2020).
3. Yohannes AM, Alexopoulos GS. Depression and anxiety in patients with COPD. Eur Respir Rev 2014;23:345–9.
4. Barnett K, et al. Lancet 2012 ;380 :37–43.
5. GOLD 2022 Report. Available at: <https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2/>. Accessed March 2022.
6. Wagena EJ, et al. Eur Respir J 2005;26:242–8.
7. Ritchie H, Roser M. Smoking. 2021. Available at: <https://ourworldindata.org/smoking> . Accessed March 2022.
8. Terzikhan N, et al. Eur J Epidemiol 2016;31:785–92.
9. Stegberg M, et al. Eur Clin Respir J 2018;5:1421389.
10. Vogelmeier C, et al. New England J Med 2011;364:1093–103.
11. Pollok J, et al. Cochrane Database Syst Rev 2018 ;12 :CD012346.
12. Tsiligianni I, et al. Prim Care Respir J 2011;20:257–68.
13. Stuart H. World Psych 2008;7:185–8.
14. Kassis IT, et al. Br J Med Med Res 2014;4:785–96.
15. Spathis A, et al. npj Prim Care Respir Med 2017;27:27.
16. Berlin I, Covey LS. Addiction 2006;101:1814–21.
17. Coulthard M, et al. Office for National Statistics (ONS) 2002.
18. Royal College of Physician, Royal College of Psychiatrists. Smoking and mental health. 2013.
19. Ho SY, et al. Gen Hosp Psychiatry 2015;37:399–407.
20. Lou P, et al. Respir Care 2014 ;59 :54–61.
21. Williams S, et al. IPCRG Position paper No. 1 – Primary care and chronic lung disease. Available at: <https://www.ipcr.org/primaryrespiratorycare>. Accessed March 2022.
22. Tonnesen P. Eur Respir Rev 2013 ;22 :37–43.
23. Rigotti NA. Lancet Respir Med 2013;1:241–50.
24. Taylor G, et al. BMJ 2014 ;348 :g1151.
25. Harrison SL, et al. Chron Respir Dis 2017;14:22–32.
26. Usmani ZA, et al. Cochrane Database Syst Rev 2017 ;3 :CD010673.
27. NICE guideline CG124. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>. Accessed March 2022.
28. Aylett E, et al. BMC Health Serv Res 2018;18:559.
29. Hu MX, et al. BMC Public Health 2020;20:1255.
30. Newham JJ, et al. Int J Chron Obstruct Pulm Dis 2017 ;12 :1705–20.
31. NICE guideline. NG115. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng115/chapter/Recommendations>. Accessed March 2022.
32. Gordon CS, et al. Chest 2019;156:80–91.
33. Natural England. Links between natural environments and mental health: evidence briefing (EIN018). 2016. Available at: <http://publications.naturalengland.org.uk/publication/5748047200387072>. Accessed March 2022.
34. Krzanowski J, et al. Green Walking in mental health recover: A Guide. 2020. Available at: <https://sustainablehealthcare.org.uk/green-walking>. Accessed March 2022.
35. Usmani ZA, et al. Cochrane Database Syst Rev 2011;11:CD008483.
36. Simon S, et al. Cochrane Database Syst. Rev 2010;1:CD007354.
37. NICE. BNF. Hypnotics and anxiolytics. Available at: <https://bnf.nice.org.uk/treatment-summary/hypnotics-and-anxiolytics.html>. Accessed March 2022.
38. NCSCT. Smoking cessation and smokefree policies: Good practice for mental health services. Available at: <https://www.ncsct.co.uk/user/pdf/Smoking%20cessation%20and%20smokefree%20policies%20-%20Good%20practice%20for%20mental%20health%20services.pdf>. Accessed March 2022.

Des ressources supplémentaires et l'ensemble des références sont accessibles sur la version en ligne de ce Desktop Helper :
www.ipcr.org/dth12



Autrices: **Ioanna Tsiligianni, Siân Williams**; Contributrice: **Anna Spathis**
 Relecteurs: **Steve Holmes, Nazim Uzzaman, Oscar Flores-Flores**; Traducteur: **François Kermiche**; Editrice: **Tracey Lonergan**

Ce desktop helper a été soutenu par Boehringer Ingelheim en ce qui concerne le développement, la composition, l'impression et les coûts associés, mais il n'a pas contribué au contenu de ce document.

Ce desktop helper est de nature consultative ; il est destiné à un usage général et ne doit pas être considéré comme applicable à un cas particulier.
 Pour en savoir plus : www.ipcr.org/pp6



Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions

L'IPCRG est une organisation caritative enregistrée [SC n° 035056] et une société à responsabilité limitée par garantie (société n° 256268). Adresse de communication : 19 Armour Mews, Larbert, FK5 4FF, Écosse, Royaume-Uni