

APPLICATION SCIENTIFIQUE WEB ET MOBILE POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES PORTANT SUR LES PROBLÈMES PSYCHIQUES LIÉS AU STRESS CHEZ LES ADULTES ET LES ADOLESCENTS (12-65 ANS)

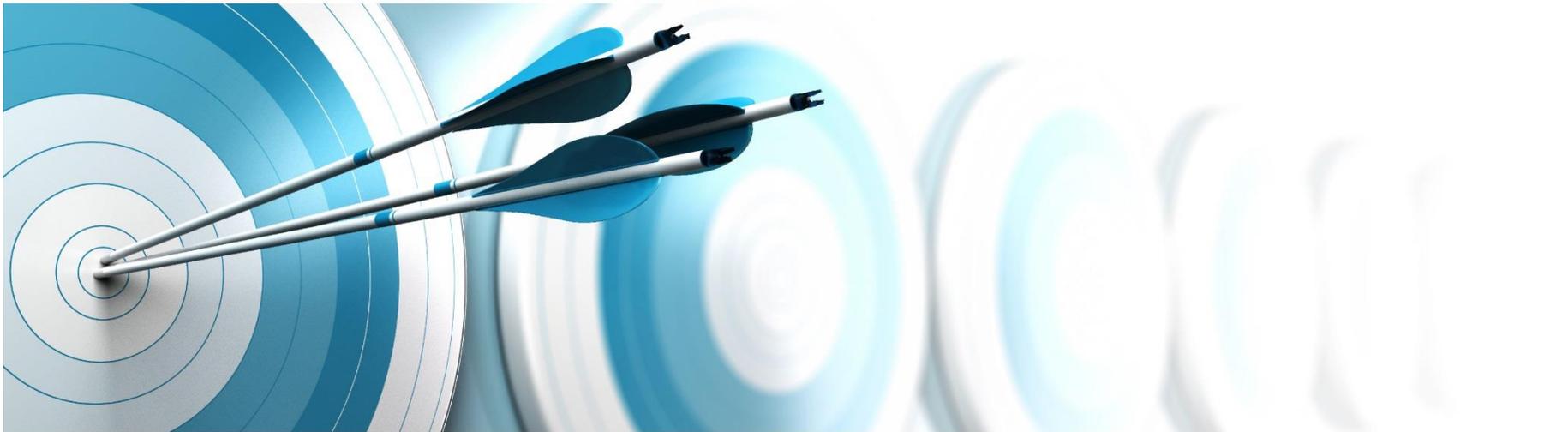


TABLE DES MATIÈRES

- I. Introduction: objectif de l'Application scientifique Web et mobile pour les médecins généralistes
- II. Informations de base sur les Problèmes Psychiques liés au stress
 - i. Triage & Classification des problèmes psychiques
 - ii. Description des Problèmes Psychiques liés au stress
- III. Arbre des décisions lors de l'évaluation des Problèmes Psychiques liés au stress
 - i. Triage: estimation de la gravité des problèmes psychiques
 - ii. Stress
 - i. Burn-out (épuisement professionnel)
 - ii. Anxiété
 - iii. Dépression
 - iv. Trouble bipolaire
 - iii. Consommation de substances psychoactives (alcool, drogues, médicaments)
- IV. Guide des traitements possibles pour les Problèmes Psychiques liés au stress



**blue
planet**
ACADEMY & CONSULTING

service public fédéral
SANTÉ PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT



federale overheidsdienst
VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

I. INTRODUCTION: OBJECTIF DE L'APPLICATION SCIENTIFIQUE WEB ET MOBILE POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

I. INTRODUCTION

OBJECTIF DE L'APPLICATION SCIENTIFIQUE WEB ET MOBILE POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

- **De quoi s'agit-il?** Le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement a développé, en collaboration avec Blue Planet et Le centre de Résilience, une Application Web et mobile validée d'un point de vue scientifique portant sur les problèmes psychiques liés au stress. Cette Application est disponible en français et en néerlandais. Le [Guide d'intervention mhGAP de l'OMS](#) a servi d'inspiration lors du développement. Les **modules** ci-dessous sont proposés dans l'Application:
 - Triage des problèmes psychiques liés au stress
 - Estimation du Stress
 - Burn-out (épuisement professionnel)
 - Anxiété
 - Dépression
 - Trouble bipolaire
 - Estimation de la consommation d'alcool et de drogues
 - Estimation du risque de suicide

I. INTRODUCTION

OBJECTIF DE L'APPLICATION SCIENTIFIQUE WEB ET MOBILE POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

- **Pourquoi?** L'objectif de cette Application est de proposer aux médecins généralistes une manière simple et accessible de trouver des **informations récentes et validées d'un point de vue scientifique** sur les problèmes psychiques courants liés au stress (d'origine professionnelle ou non). Cette Application doit également être considérée comme:
 - Un **ouvrage de référence scientifiquement fondé** au sujet des problèmes psychiques liés au stress:
 - ✓ Reposant sur des études scientifiques récentes et les directives validées actuellement
 - ✓ Validé par des experts universitaires et médecins généralistes
 - Un **module de formation** qui combine de manière pratique et rapide plusieurs modèles/systèmes/instruments de mesure pour orienter le médecin généraliste dans le domaine des problèmes psychiques liés au stress et pour l'aider à diriger le patient, le cas échéant, vers le professionnel des soins de santé mentale le plus apte à fournir un traitement adéquat .
 - Il ne s'agit **pas d'un outil diagnostique** et elle ne contient **aucun schéma de médication**.

I. INTRODUCTION

OBJECTIF DE L'APPLICATION SCIENTIFIQUE WEB ET MOBILE POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

➤ **Pour qui?** Cette Application Web et mobile a été développée au départ pour les **médecins généralistes**, pour les aider à explorer les possibles problèmes psychiques chez leurs patients. Les médecins généralistes appliquent souvent des directives d'estimation des problèmes psychiques. Cette Application peut servir pour une validation complémentaire ou être consultée en cas de doute.

L'Application peut toutefois aussi être utilisée par les **autres professionnels de santé** de première ligne, à savoir les psychologues de première ligne et les orthopédagogues, les psychologues cliniciens et les médecins généralistes en formation ou les travailleurs sociaux.

ATTENTION: Cette Application n'est PAS destinée à une utilisation par des patients, étant donné qu'il ne s'agit pas non plus d'un outil diagnostique. L'utilisation de l'Application ne peut fournir aucun diagnostic valide concernant des problèmes psychiques. Il est nécessaire d'effectuer un examen complémentaire et un diagnostic par un professionnel de santé compétent tel que le médecin généraliste ou un psychologue de première ligne/orthopédagogue.

I. INTRODUCTION

OBJECTIF DE L'APPLICATION SCIENTIFIQUE WEB ET MOBILE POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

- **Comment l'utiliser?** Les **modules** dans l'Application Web et mobile permettent au médecin généraliste d'explorer les possibles problèmes psychiques des patients:
 - **Triage des problèmes psychiques:** ce module permet au médecin généraliste d'évaluer l'existence et la sévérité d'un problème psychique
 - **Estimation du stress:** il s'agit du premier module d'estimation de la nature du problème psychique lié au stress. Le médecin généraliste commence toujours par ce module qui le dirigera ensuite vers d'autres modules pour explorer plus avant la nature du trouble :
 - **Burn-out:** module permettant d'estimer si le stress est lié à un burn-out
 - **Anxiété:** module permettant d'estimer si le stress est lié à de l'anxiété
 - **Dépression:** module permettant d'estimer si le stress est lié à une dépression
 - **Trouble bipolaire:** module permettant de déterminer si une dépression peut également être liée à un trouble bipolaire
 - **Estimation de la consommation d'alcool et de drogues:** ce module permet au médecin généraliste d'estimer une consommation d'alcool et de drogues potentiellement nocive
 - **Estimation du risque de suicide:** ce module permet au médecin généraliste d'évaluer un potentiel risque de suicide chez le patient



II. INFORMATIONS DE BASE SUR LES PROBLÈMES PSYCHIQUES LIÉS AU STRESS

i. TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

II. INFORMATIONS DE BASE TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

Près de 1 personne sur 4 développe au cours de sa vie un problème psychique qui entraîne souvent de lourdes conséquences économiques et psychosociales (Bayingana et al., 2006). Un groupe considérable n'est pas atteint par les services d'assistance réguliers et beaucoup ne franchissent le pas pour demander de l'aide qu'à un stade avancé. Pendant ce temps, l'on prend de grandes quantités de médicaments – en délivrance libre ou non – malgré la présence **d'interventions psychosociales fondées sur la science** (Meijer et al., 2006; Layard et al., 2018).

Les soins de première ligne, dont les médecins généralistes, sont donc confrontés à une diversité de problèmes tels que la morosité, les problèmes de stress, les troubles anxieux, les problèmes au travail, le burn-out et la somatisation, dans le cadre desquels les mécanismes d'autopréservation sont souvent insuffisants. L'assistance psychosociale de première ligne doit être ciblée pour soulager ces plaintes psychiques et permettre au patient de mieux gérer ces problèmes. Pour ce faire, il est important de diriger le patient vers le professionnel des soins en santé mentale le plus apte à fournir un traitement adéquat (Rijnders, 2004).

II. INFORMATIONS DE BASE TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

La distinction entre le soin de première ligne et le soin plus spécialisé est établie sur la base des caractéristiques suivantes (van der Feltz-Cornelis et al., 2006):

- **Gravité de la plainte:** la plainte a-t-elle une influence modérée (visible) ou grave sur le fonctionnement ?
soins de première ligne = seulement une influence modérée sur le fonctionnement d'une personne
- **Nature de la plainte:** de quelles plaintes s'agit-il (exploration des plaintes) ?
soins de première ligne = problématique non complexe
- **Antécédents d'assistance:** le patient a-t-il déjà bénéficié auparavant d'un traitement psychologique pour une problématique correspondante ou pour une autre problématique psychosociale ?
soins de première ligne = n'a pas encore bénéficié d'un traitement psychologique et/ou terminé avec succès un traitement antérieur
- **Capacité du patient:** Y a-t-il un sentiment d'APPARTENANCE (sentiment de faire partie de quelque chose, c.-à-d. soutien environnement/réseau social) ?
soins de première ligne = pas de perturbation sévère, de crise aiguë ou de psychose à prévoir
- **Diagnostic/Traitement:** un diagnostic rapide et efficace est caractéristique et nécessaire dans les soins de première ligne, en partie en raison de la rapidité et du nombre limité de séances qui servent de point de départ.

II. INFORMATIONS DE BASE TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

Lors de l'évaluation de la gravité de la plainte, la **communication** entre le professionnel de santé et le patient est un principe fondamental (Hoogdijn & Derksen, 2000 ; De Maeseneer, 2009):

- Si la communication est impossible, par exemple en raison **d'une psychose, d'une intoxication, d'une lésion cérébrale ou d'un handicap mental grave**, alors une assistance médicale spécialisée est nécessaire.
- Lorsqu'un patient est **gravement suicidaire**, un traitement spécialisé doit être envisagé. Une intervention de crise chez ces patients peut être de courte durée, mais requiert une autre approche que les interventions psychologiques effectuées en première ligne.
- Lorsqu'il y a des **problèmes relativement définis** comme des troubles de l'adaptation, des syndromes de stress, des troubles anxieux et dépressifs, le traitement est possible en première ligne.
- S'il est question d'une **problématique chronique** sans demande d'aide claire, il convient de vérifier si un objectif limité peut être formulé.

II. INFORMATIONS DE BASE TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

Lors de l'évaluation de **la gravité de la plainte**, la **communication** entre le professionnel de santé et le patient est un principe fondamental (reposant entre autres sur expert-review GP):

- S'il s'agit de détecter (et de traiter) une problématique psychique, la première étape est toujours de la reconnaître. La formation des médecins généralistes repose sur une **attitude et un style de communication axés sur le patient**. L'une des priorités à ce niveau est de découvrir dans quelle perspective le patient vit avec ces plaintes: ce qu'il en pense, quelles préoccupations en découlent, quelles émotions remontent à la surface et quelles sont ses attentes à l'égard du médecin généraliste en ce qui concerne les plaintes. Pour ce faire, un **modèle biopsychosocial** est utilisé pour comprendre le patient ainsi que son problème. Pour de plus amples informations à ce sujet, nous vous renvoyons au coffret Acco. **«sur la qualité des soins et la communication»**. Sur les diapos suivantes, quelques **directives pour l'exploration des problèmes psychiques dans la pratique généraliste** sont présentées en qualité de support.

II. INFORMATIONS DE BASE TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

CONDITIONS D'ESTIMATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

(FONDÉES SUR LE NETWERK KWALITEITSONTWIKKELING GGZ, 2017)

- Les patients peuvent présenter des plaintes psychiques sous la forme de plaintes physiques. En cas de plaintes somatiques, le médecin généraliste vérifie également si elles peuvent être la conséquence d'une **réaction à des facteurs de stress**;
- Il est important que le médecin généraliste crée un **«contexte empathique»** dans le cadre de la détection des problèmes psychiques, de sorte que le patient se sente encouragé à raconter sa propre histoire;
- Le médecin généraliste fait en sorte que l'existence potentielle d'un problème psychique puisse être abordée dans un **dialogue ouvert** avec le patient, dans lequel la **sécurité et l'attention** sont mises en avant. Pour ce faire, les questions suivantes peuvent notamment être posées:
 - **Comment allez-vous ? Le stress ou les tensions jouent-ils un rôle?**
 - **Éprouvez-vous des difficultés ou vous faites-vous du souci à propos de quelque chose?**
 - **Un événement s'est-il produit ou un aspect de votre vie a-t-il changé ces derniers temps?**
 - **Y a-t-il des tensions avec des proches (partenaire, famille, amis)?**

II. INFORMATIONS DE BASE TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

CONDITIONS D'ESTIMATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

(FONDÉES SUR LE NETWERK KWALITEITSONTWIKKELING GGZ, 2017)

- Souvent, une seule consultation n'est pas suffisante pour explorer les plaintes et la demande d'aide. Le médecin généraliste le reconnaît et prend le temps pour **une consultation plus longue** et/ou pour **plusieurs consultations**. Le temps est une condition importante dans l'estimation d'un problème psychique (Fernández et al., 2010);
- En particulier en cas de plaintes psychiques, le médecin généraliste doit être ouvert au **cadre de référence** et à la **«culture»** du patient au sens le plus large du terme, c.-à-d. faire preuve d'ouverture pour l'ethnicité, la phase de vie, le sexe, la religion et le statut socio-économique.
- Le médecin généraliste respecte la **confidentialité** du patient et protège sa **dignité**: l'estimation de problèmes psychiques implique potentiellement **stigmatisation, exclusion et discrimination** par l'entourage du patient (travail, famille, amis...)
- Afin que le médecin généraliste soit mieux en mesure d'estimer s'il est question ou non de problème psychique, il est recommandé qu'il suive **une formation complémentaire** en la matière. Et ce, tant pour réduire la part de **«Faux négatifs»** (c.-à-d. que ces patients courent le risque de rester non traités trop longtemps), que la part de **«Faux positifs»** (c.-à-d. que ces patients courent le risque d'être traités inutilement).

II. INFORMATIONS DE BASE TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

CONDITIONS D'ESTIMATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

(FONDÉES SUR LE NETWERK KWALITEITSONTWIKKELING GGZ, 2017)

- Le médecin généraliste doit tenir compte de la **comorbidité des problèmes psychiques**. Par exemple, une dépression peut également être associée à différents troubles anxieux, ainsi qu'à une dépendance à l'alcool ou à la drogue. En outre, il peut également y avoir des idées suicidaires. Cette complexité (et le risque pour le patient) nécessite un renvoi du patient au moins aux soins de première ligne, en vue d'une estimation plus précise du problème psychique.
- En cas de problèmes psychiques, le médecin généraliste doit toujours être attentif aux **éventuelles idées suicidaires**, étant donné que ces pensées peuvent mener à un plan de suicide ou à une tentative de suicide. Problèmes psychiques et suicide sont souvent associés. Les patients aux idées suicidaires présentent souvent les caractéristiques suivantes : 1) Sentiment dépressif, de désespoir ; 2) Faible estime de soi; 3) Angoisses et 4) Troubles du sommeil. Parmi les arbres décisionnels, nous proposons dès lors également un arbre distinct propre à la détection d'idées suicidaires, ainsi qu'à l'estimation du risque aigu de suicide par le médecin généraliste.

II. INFORMATIONS DE BASE TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

Lors de l'exploration de la nature de la plainte, il est en outre conseillé de recourir à un **système de classification**:

❑ Pourquoi?

Un système de classification valide constitue la base des étapes suivantes:

- **Estimation** – déterminer la problématique psychique selon les symptômes
- **Évaluation** – déterminer la gravité (légère, modérée, sévère)
- **Intervention** – déterminer le traitement recommandé
- **Examen** – déterminer l'examen à réaliser (quels symptômes)

(Carragher & al., 2015)

II. INFORMATIONS DE BASE TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

Lors de l'exploration de la nature de la plainte, il est également recommandé d'utiliser un [système de classification](#):

Quels systèmes de classification existe-t-il? (voir liste de référence p. 38-42)

- [Systèmes catégoriques](#)
- [Systèmes continus et hybrides](#)
- [Systèmes en réseau](#)

Jusqu'à présent, ce sont les systèmes catégoriques qui ont été les plus fréquemment utilisés, mais ces systèmes sont de plus en plus critiqués étant donné que la répartition ne repose souvent sur aucune base empirique et que les mêmes symptômes peuvent souvent apparaître pour différents problèmes psychiques. Les [systèmes continus et hybrides](#) représentent une réponse à la critique ci-dessus et prennent de plus en plus d'importance. Enfin, par souci d'exhaustivité, nous citons également [l'approche en réseau](#), plus récente, qui est considérée comme très prometteuse pour l'évaluation et le traitement des problèmes psychiques. Toutefois, cette approche représente surtout un soutien pour les experts sur le terrain, c.-à-d. les psychologues ou psychiatres étant donné qu'ils doivent tout d'abord constater les symptômes, puis leur mode de connexion. Le système en réseau est moins pratique pour les médecins généralistes. Dans les pages qui suivent, nous donnons de plus amples explications concernant les différents systèmes de classification.

II. INFORMATIONS DE BASE TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

SYSTÈME DE CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

- ❑ **Quel système de classification?** (voir liste de références pp. 38-42)
 - ✓ **Systèmes catégoriques:**
 - ✓ Problème psychique «oui ou non»
 - ✓ Fondé sur un consensus d'experts
 - ✓ Exemples:
 - DSM (Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders)
 - ICD (International Classification of Diseases)
 - ICPC (International Classification of Primary Care)
 - ✓ De plus en plus critique en raison de l'absence de base empirique et des nombreux diagnostics «problème psychique à ne pas attribuer»

II. INFORMATIONS DE BASE TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

SYSTÈME DE CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

❑ **Quel système de classification?** (voir liste de références pp. 38-42)

✓ **Systèmes continus et hybrides:**

✓ **Continu:** problème psychique dans une certaine mesure: léger, modéré, sévère

Hybride: problème psychique «oui ou non», mais avec des symptômes dans une mesure déterminée: léger, modéré, sévère

→ Les **systèmes hybrides** sont les plus «efficaces» dans la pratique clinique, la continuité des symptômes indique également leur **comorbidité** au-delà des problèmes psychiques (**transdiagnostique**)

✓ Fondé sur la recherche empirique de cohésion entre les symptômes

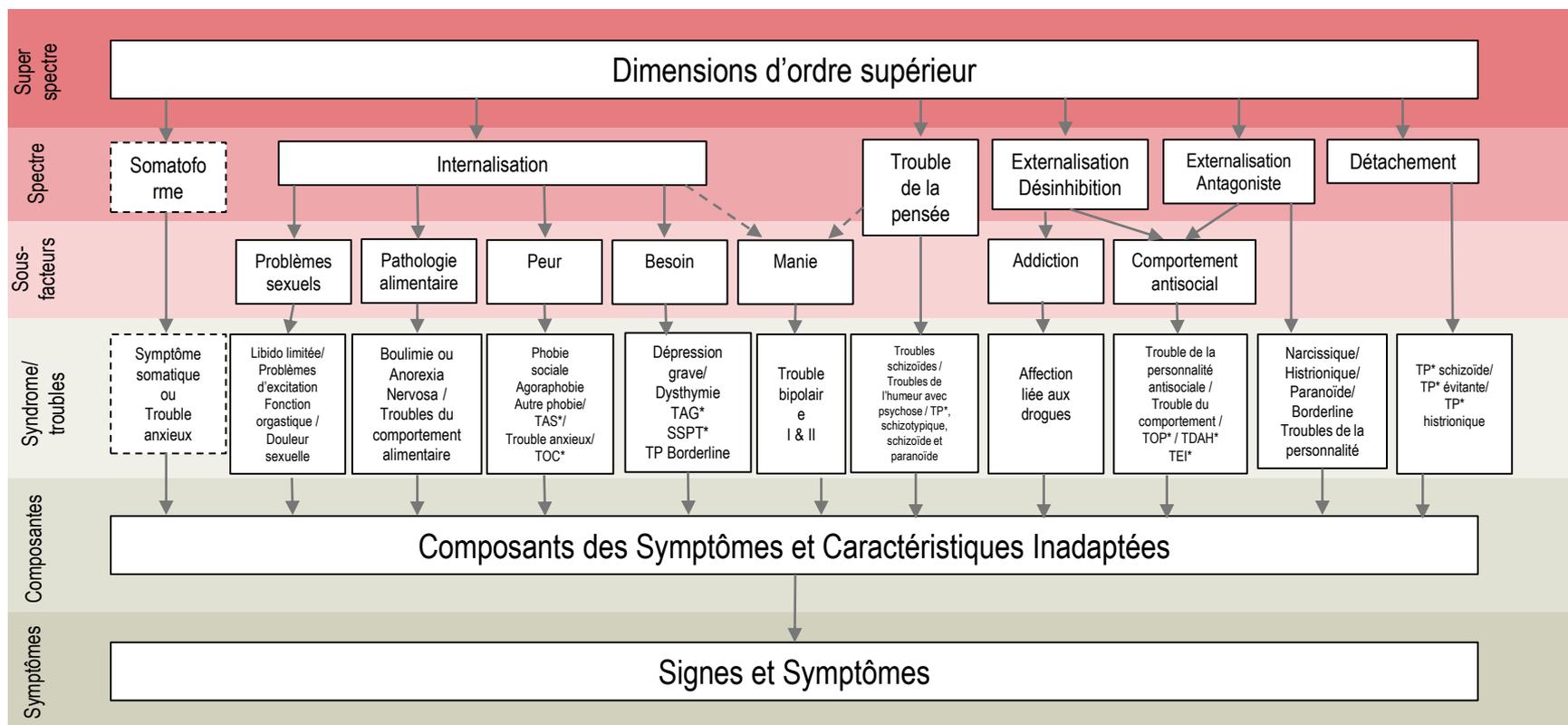
✓ Exemple: **HiTOP** (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology)

(Kotov et al., 2017)

II. INFORMATIONS DE BASE TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

HiTOP (Taxonomie Hiérarchique des Psychopathologies)

(Kotov et al., 2017 et Hopwood et al., 2019)



* TAS : Trouble anxieux spécifique
* TOC : Trouble obsessionnel compulsif
* TAG : Trouble anxieux généralisé
* SSPT : Syndrome de stress post-traumatique

* TP : Trouble de la personnalité
* TOP : Trouble oppositional avec provocation
* TDAH : Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
* TEI : Trouble explosif intermittent

II. INFORMATIONS DE BASE TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

SYSTÈME DE CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

- ❑ **Quel système de classification?** (voir liste de références pp. 38-42)
 - ✓ **Systèmes de réseau:** (Borsboom, 2017 en Curtiss et al., 2019)
 - ✓ **Développement récent** pour catégoriser des problèmes psychiques
 - ✓ Selon cette approche, **les symptômes** à la base d'un problème psychique ont un **lien mutuel et causal** via d'innombrables **mécanismes biologiques, psychologiques et sociaux**
De fortes connexions entre les symptômes les maintiennent mutuellement «en vie», ce qui explique que des patients se retrouvent coincés dans un problème psychique (grave)
 - ✓ Les symptômes de différents problèmes psychiques pouvant être reliés, la **comorbidité** de problèmes psychiques apparaît également (voir diapositives suivantes pour plus d'explications)

II. INFORMATIONS DE BASE TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

SYSTÈME DE CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

❑ **Quel système de classification?** (voir liste de référence p. 38-42)

✓ **Systèmes en réseau:** développement d'un problème psychique
(Borsboom, 2017 et Curtiss et al., 2019)

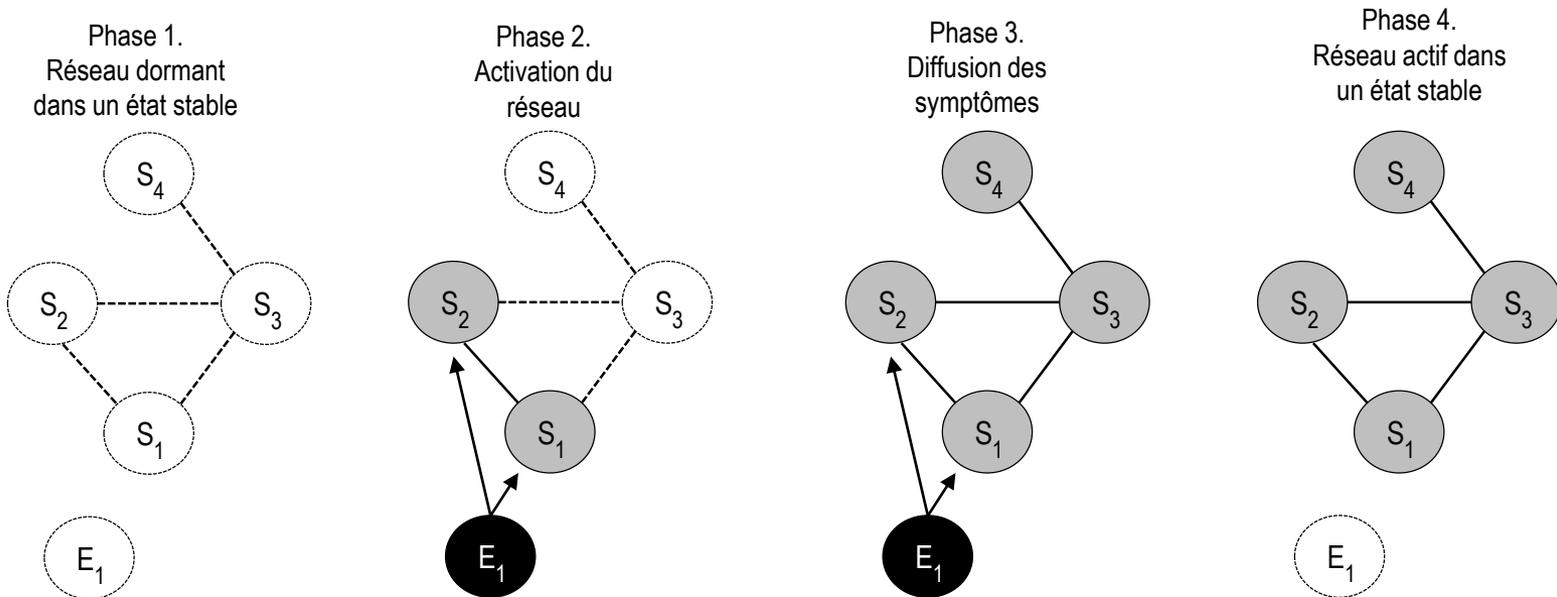


Figure 3 Phases du développement des troubles psychiques selon la théorie des systèmes en réseau. Après une phase asymptotique dans laquelle le réseau est dormant (phase 1), un événement externe (E1) active quelques symptômes (phase 2), qui activent à leur tour des symptômes liés (phase 3). Si le réseau est fortement lié, la suppression de l'événement externe n'entraîne pas la guérison : le réseau est autarcique et est bloqué dans son état actif (phase 4).

II. INFORMATIONS DE BASE TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

SYSTÈME DE CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

❑ **Quel système de classification?** (voir liste de référence p. 38-42)

✓ **Systèmes en réseau:** type de réseaux (Borsboom, 2017 et Curtiss et al., 2019)

		Connectivité du réseau	
		<i>Faible</i>	<i>Forte</i>
Facteurs de stress externes	<i>Faible</i>	Santé mentale avec résilience élevée	Vulnérabilité accrue (possible situation de rémission)
	<i>Fort</i>	Symptomatologie accrue	Trouble psychique

Un réseau faiblement lié entraînera, à des niveaux de stress externe faibles, une situation stable de la santé mentale (cellule en haut à gauche). Le réseau est résilient, car – même s'il est question d'une symptomatologie accrue en cas de pression extérieure (cellule en bas à gauche) – il revient à l'état stable lorsque ce niveau de stress diminue. Un réseau fortement lié peut au contraire être asymptomatique (cellule en haut à droite), mais il est vulnérable, car – dès qu'un facteur de stress externe survient – il peut passer à un état stable alternatif de trouble psychique (cellule en bas à droite).

II. INFORMATIONS DE BASE TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

Lorsqu'il explore la nature de la plainte, le médecin généraliste peut également utiliser **différents instruments de mesure**. Dans les pages qui suivent, nous allons présenter différents instruments de mesure fiables et validés d'un point de vue scientifique que les médecins généralistes peuvent utiliser pour une validation complémentaire de l'estimation de différents problèmes psychiques dans cette application.

Le choix des instruments de mesure repose, d'une part, sur leur valeur scientifique et, d'autre part, sur leur côté pratique au sein du cabinet du médecin généraliste (à savoir un questionnaire court et simple à remplir). Il est en effet important que l'utilisation d'un instrument de mesure, tout comme de cette Application, ne détourne pas le médecin généraliste de la communication avec le patient, mais qu'elle aide le médecin à **reconnaître le schéma** des problèmes psychiques, outre l'analyse des plaintes purement somatiques (Wilhelm et al., 2008 ; Fernandez et al., 2012 ; Rosendal et al., 2013 ; Pettersson et al., 2014 ; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017 ; Grice, T. et al. 2018)

II. INFORMATIONS DE BASE TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

Pour l'utilisation des **instruments de mesure** pendant la consultation du médecin généraliste, les **directives** suivantes sont recommandées:

- ✓ Les instruments de mesure sont de préférence instaurés lors **d'une consultation de suivi**. Le médecin généraliste a ainsi le temps d'exclure, lors d'une première consultation, le risque de maladies organiques ainsi que d'engager une discussion ouverte avec le patient afin de déterminer le risque de problèmes psychiques.
- ✓ En fonction des caractéristiques du patient, l'instrument de mesure peut également être complété à domicile par le patient. C'est uniquement possible s'il s'agit d'une **«auto-évaluation»**.
- ✓ Les instruments de mesure peuvent également s'avérer utiles chez les patients plutôt **«fermés»** et qui en disent peu sur la nature de leurs problèmes physiques et psychiques.

INSTRUMENTS DE MESURE DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

WSQ – Web Screening Questionnaire for Common Mental Disorders

- Dépistage de la **dépression**, du trouble anxieux général, du trouble panique avec/sans agoraphobie, de la phobie sociale, d'une phobie spécifique, de troubles obsessionnels compulsifs, du syndrome de stress post-traumatique et d'**abus/dépendance à l'alcool**
- Développé par Donker et al., 2009; validation complémentaire par Meuldijk et al., 2017
- 15 items
- Durée < 5 minutes donc idéal lors d'une consultation du médecin généraliste
- Convient surtout pour constater de « vrais négatifs », c.-à-d. qu'il n'est pas question de l'un des problèmes psychiques recherchés
- En cas d'aggravation d'un ou de plusieurs problèmes psychiques dépistés, un examen plus approfondi est recommandé en vue d'une estimation plus précise de la problématique psychique.
- Les versions FR et NL de ce test sont incluses dans cette Application**

4DKL

Liste de plaintes quadridimensionnelle

- Le **4DKL (4DSQ)** aide à faire une distinction et à établir des liens entre tensions (détresse), plaintes dépressives, plaintes anxieuses et somatisation (nombreuses plaintes physiques). Cette liste peut également être utilisée par le médecin généraliste pour assurer le suivi de l'évolution des plaintes.
 - Développé par Terluin et al., 2008 & 2014
 - 50 items répartis entre 4 dimensions détresse, dépression, angoisse et somatisation
 - Durée: 30 min (auto-évaluation par le patient)

Kessler K10 Stress questionnaire

- En se basant sur ce questionnaire, le médecin généraliste obtient une vue générale du « **niveau de détresse** » du patient. Les questions portent sur l'anxiété et les symptômes dépressifs ressentis par le patient au cours des 4 semaines écoulées
- Développé par Kessler, R. (2002)
- 10 items
- Les scores sont compris entre 10 et 50. Pour les scores supérieurs à 24, il est recommandé d'adresser le patient au psychologue/à l'orthopédagogue de première ligne en vue d'une estimation plus approfondie du problème psychique.

WSQ Work Stress Questionnaire

- Ce test a été spécialement mis au point pour la pratique généraliste afin de dépister les travailleurs qui **présentent un risque élevé d'absentéisme** pour cause de **stress professionnel**.
- Développé par Holmgren, K (2008)
- 21 items

INSTRUMENTS DE MESURE DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

DIAD

Diagnostic Interview for Adjustment Disorder

- Le DIAD est un entretien entièrement structuré destiné à l'estimation des troubles de l'adaptation.
- Développé par Cornelius et al. (2014)
- 29 questions sondent les **caractéristiques du/des facteur(s) de stress**, le **type de détresse**, la **relation entre le(s) facteur(s) de stress et la détresse**, ainsi que l'**impact sur la qualité de vie**.

Outil d'évaluation du burn-out

Burnout Assessment Tool

- Le BURNOUT ASSESSMENT TOOL (ou BAT) est le résultat d'un projet d'étude de 3 ans mené par la KU Leuven. Ce questionnaire scientifiquement validé permet de déterminer rapidement et en 1 coup d'œil le **risque de burn-out**.
- Développé par Desart, S., Scaufeli, W.B. et De Witte, H. (2017, 2019)
- 33 items
- Pour de plus amples informations:
<https://burnoutassessmenttool.be/>

INSTRUMENTS DE MESURE DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

S-ED

Self-Reported Exhaustion Disorder Scale

- Court questionnaire permettant de dépister un **syndrome d'épuisement**. Les items reposent sur les critères diagnostiques de l'ICD-10 code 43.8.
- Développé par Glise K. et al. (2010)
- 4 items

KEDS

Karolinska Exhaustion Disorder Scale

- Un questionnaire relativement court d'évaluation des symptômes de **syndrome d'épuisement induit par le stress**, également appelé stress chronique, ou burn-out clinique ou sévère (fondé sur l'ICD-10 code 43.8).
- Développé par Besèr et al. (2010)
- 9 items

WB-DAT

Web-Based Screening Instrument for Depression and Anxiety Disorders in Primary Care

- Court questionnaire permettant de dépister **troubles anxieux et dépression** dans les soins de première ligne. Les items sont fondés sur les critères diagnostiques généraux des DSM-IV et ICD-10.
- Développé par Farvolden, P. et al. (2003)
- 11 items de base, avec des questions complémentaires en fonction des réponses initiales
- Disponible gratuitement en ligne en anglais:
<https://screen.evolutionhealth.care/wb-dat>

GAD-7

Estimation d'un trouble d'anxiété généralisé (Generalized Anxiety Disorder)

- Le GAD-7 est un questionnaire d'auto-évaluation permettant de dépister des plaintes correspondant à un trouble d'anxiété généralisé et d'en mesurer la gravité.
- Développé par Spitzer, R.L. et al. (2006)
- 7 items
- Utilisation gratuite, disponible en NL

INSTRUMENTS DE MESURE DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

BDI

Beck Depression Inventory

- Ce questionnaire a été développé sur la base d'observations cliniques des **attitudes et symptômes** présentés par des patients chez lesquels a été diagnostiquée une **dépression**. Attitudes et symptômes qui ne surviennent pas, ou rarement, chez les patients chez lesquels aucune dépression n'a été diagnostiquée.
- Développé par Beck, A.T. (1961)
- Consultation de 21 symptômes et attitudes
- Durée 5-10 minutes

MDI

Major Depression Inventory

- Sur la base de ce questionnaire, la présence de **symptômes dépressifs** (selon la DSM-IV) est évaluée, ainsi que **la gravité de la dépression**.
- Développé par Bech, P. et al. (2001)
- 12 items

INSTRUMENTS DE MESURE DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

PHQ-2

Patient Health Questionnaire 2Q (Dépression)

- 2 items cruciaux pour constater le risque de **dépression sévère**
- Si un score ≥ 2 est obtenu, il est recommandé de retirer les 7 items restants au sein du PHQ-9 en vue d'une estimation correcte de la gravité de la dépression.
- Développé par Pfizer (1999)

PHQ-9

Patient Health Questionnaire 9Q (Dépression)

- 2 items cruciaux pour constater le risque de **dépression sévère**
- 7 items supplémentaires qui ciblent les autres symptômes d'une dépression grave, comme décrit dans le DSM-V.
- Développé par Pfizer (1999)

INSTRUMENTS DE MESURE DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

MDQ

Mood Disorder Questionnaire (Bipolaire)

- Le MDQ a été développé par une équipe de psychiatres, de chercheurs et de patients afin de réaliser une estimation précise du **trouble bipolaire** (Bipolaire I, II et NOS)
- 14 questions oui-non et une question à choix multiple
- Durée : 5 minutes
- Développé par Hirschfeld, R.M.A. et al. (2000)

CIDI - Manie

Composite International Diagnostic Interview

- Entretien entièrement structuré destiné à l'estimation du **trouble bipolaire** sur la base de critères du DSM-IV
- Développé par Kessler R.C. et al. (2006)
- 12 questions oui-non
- Durée : 3 minutes

Five Shot-Test

Dépendance ou abus d'alcool

- Le **Five Shot-test** est un court questionnaire permettant de détecter l'importance d'un abus ou d'une dépendance à l'alcool.
 - Développé par Seppa et al., 1998
 - 5 items

AUDIT

Alcohol Use Disorder Identification Test

- Questionnaire destiné à l'évaluation par le médecin généraliste d'une **consommation d'alcool problématique**
- Développé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)
- 10 questions : en cas de score ≥ 5 aux trois premières questions, les 7 questions suivantes sont posées.
- Les versions FR et NL de ce test sont incluses dans cette Application**
- Pour la version en ligne, nous vous renvoyons vers:**
 - NL : www.me-assits.com ou <https://www.druglijn.be/test-jezelf/test/zelftest-alcohol-18/>
 - FR : <https://aide-alcool.be/testalcool/commencer>

ASSIST

Consommation de drogue chez les adultes

- ASSIST est le «**Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test**», un outil de détection pour la consommation d'alcool, de tabac et d'autres substances.
- Développé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2002), et une équipe internationale de chercheurs spécialisés dans la consommation de substances.
- 8 items
- Une version en français et en néerlandais de ce test est jointe en annexe de cette Application.**
- Pour la version en ligne, visitez :**
NL : www.me-assits.com
FR : pas de version en ligne disponible

CRAFFT

Consommation de drogue chez les jeunes

- L'instrument de mesure **CRAFFT** permet aux professionnels de la santé de première ligne de dépister simultanément la consommation d'alcool et d'autres substances chez les enfants et les jeunes de 12 à 18 ans.
- Développé par le Center for Adolescent Substance Abuse Research (ceASAR) de l'hôpital pour enfants de Boston : Knight et al., 2018
- 9 questions : s'il s'avère, à partir des 3 premières questions, que des substances ont déjà été consommées, les 6 autres questions sont posées.
- Une version en français et en néerlandais de ce test est jointe en annexe de cette Application.**
- Pour la version en ligne, visitez :**
NL : www.me-assits.com
FR : pas de version en ligne disponible

II. INFORMATIONS DE BASE TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

Enfin, lors du traitement des patients, il convient de partir du «[Stepped Care Principle](#)»:
(Meijer & Verhaak, 2004 ; Sikorski et al., 2012)

La principale caractéristique de cette approche de [soins par paliers](#) proposée dans cette application est que chaque patient commence avec le traitement le moins intensif, en fonction de la nature et de la gravité des plaintes. Si le patient frappe à la porte du médecin généraliste, celui-ci commence par une estimation et le traite lui-même si possible. Le médecin généraliste a en effet de plus grandes chances de construire une relation de confiance avec le patient étant donné le caractère longitudinal de la relation. Une relation thérapeutique de qualité reposant sur le respect entre le médecin généraliste et le patient atteint de problèmes psychiques peut souvent être considérée comme un premier traitement efficace. Une définition claire des tâches des différents professionnels qui accompagnent le patient (comme les médecins généralistes, le personnel infirmier, les travailleurs sociaux, les psychologues, etc.) est cruciale. De plus, il faut établir clairement qui est responsable à quel moment. Un bon contact entre les professionnels de soins dans les différentes lignes garantit également une consultation ou un renvoi rapide et fructueux, et est également précieux lors du renvoi du patient vers les soins de première ligne pour le suivi nécessaire.

Voir la page suivante pour les différentes étapes du principe «[Stepped Care](#)».

II. INFORMATIONS DE BASE TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

Les différentes étapes du «[Stepped Care Principle](#)»: (NHG, 2016)

- **Étape 0 Attente vigilante** : Les interventions sont précédées d'une période d'attente vigilante. Une partie des patients souffrant de plaintes psychiques guérissent spontanément.
- **Étape 1a Psychoéducation** : La psychoéducation est la fourniture méthodique d'informations qui correspondent aux connaissances et à l'univers du patient et de ses proches.
- **Étape 1b Conseil (structuration journalière, planification d'activités, conseils en matière d'activité physique, exercices de relaxation)** : L'étape de conseil dépend de la nature des plaintes et est adaptée au patient de manière personnalisée.
- **Étape 2a Auto-assistance (accompagnée)** : Il y a différentes sortes d'auto-assistance : bibliothérapie (thérapie à l'aide d'un livre), cours en ligne ou cours collectifs ; les patients travaillent de manière autonome et structurée à leurs problèmes et sont assistés par e-mail ou par téléphone.
- **Étape 2b (Renvoi pour) aide en cas de problèmes psychosociaux**
- **Étape 3 (Renvoi pour un) accompagnement de courte durée**, par exemple une intervention comportementale comme la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou la thérapie de résolution de problème (TRP).
- **Étape 4a Médication**
- **Étape 4b Renvoi pour une psychothérapie intensive vers le professionnel des soins en santé mentale le plus apte à fournir un traitement adéquat**
- **Étape 5 Combinaison de médication et psychothérapie**

II. INFORMATIONS DE BASE TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

Références:

1. Bayingana, K., Demarest, S., Gisle, L., Hesse, E., Miermans, P.J.T.J., Van der Heyden, J. (2006). *Gezondheidsenquête door middel van interview, België, 2004*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
2. Bech, P., Timmerby, N., Martiny, K. and Soendergaard, S. (2015), Psychometric evaluation of the Major Depression Inventory (MDI) as depression severity scale using the LEAD (Longitudinal Expert Assessment of All Data) as index of validity. *BMC Psychiatry* (15-1), p. 190.
3. Beck, A.T., Steer, R.A. and Carbin, G. (1988), Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* (8-1), p. 77-100.
4. Besèr, A., Sorjonen, K., Wahlberg, K., Peterson, U., Nygren, A. and Asberg, M. (2014), Construction and evaluation of a self rating scale for stress-induced Exhaustion Disorder, the Karolinska Exhaustion Disorder Scale. *Personality and Social Psychology* (55), p. 72-82.
5. Black, L., Panayiotou, M. & Humphrey, N. (2019). The dimensionality and latent structure of mental health difficulties and wellbeing in early adolescence, *PLoS ONE* 14(2): e0213018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213018>.
6. Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders, *World Psychiatry* (16), p. 5–13.
7. Carragher, N., Krueger, R.F., Eaton, N.R. & Slade, T. (2015). Disorders without borders: current and future directions in the meta-structure of mental disorders, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (50), p. 339–350.
8. Conway, C.C, Mansolf, M. & Reise, S.P. (2019). Ecological Validity of a Quantitative Classification System for Mental Illness in Treatment-Seeking Adults, *Psychological Assessment*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000695>.
9. Cornelius, L.R., Brouwer, S., de Boer, M.R., Groothoff, J.W. and van der Klink, J.J.L. (2014). Development and validation of the Diagnostic Interview Adjustment Disorder (DIAD), *International Journal of Methods in Psychiatric Research* (23, 2), p. 192-207.
10. Curtiss, J., Fulford, D., Hofmann, S.G. & Gershon, A. (2019). Network dynamics of positive and negative affect in bipolar disorder, *Journal of Affective Disorders* (249), p. 270-277.
11. de Carvalho, H.W., Andreoli, S.B., Lara, D.R., Patrick, C.J., Quintana, M.I., Bressan, R.A., Mello, M.F., Mari, J.J. & Jorge, M.R. (2014). The joint structure of major depression, anxiety disorders, and trait negative affect. *Revista Brasileira de Psiquiatria* (36), p. 285-292.
12. de Jonge, P., Wardenaar, K.J., Lim, C.C.W., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L.H., Bunting, B., Chatterji, S., Ciutan, M., Gureje, O., Karam, E.G., Lee, S., Medina-Mora, M.E., Moskalewicz, J., Navarro-Mateu, F., Pennell, B., Piazza, M., Posada-Villa, J., Torres, Y., Kessler, R.C. & Scott, K. on behalf of the WHO World Mental Health Survey Collaborators (2018). The cross-national structure of mental disorders: results from the World Mental Health Surveys, *Psychological Medicine* (48-12), p. 2073-2084.
13. De Maeseneer, J. (2009). *Onderzoeksrapport eerstelijnspsycholoog; rapport opgemaakt in opdracht van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid* (oktober 2009).
14. Desart, S.; Schaufeli, W.B. and De Witte, H. (2017). Op zoek naar een nieuwe definitie van burn-out, *Tijdschrift van het Steunpunt Werk* (1) p. 86-92.

II. INFORMATIONS DE BASE TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

Références:

15. Donker, T., Va, Straten, A., Marks, I. & Cuijpers, P. (2009). A Brief Web-Based Screening Questionnaire for Common Mental Disorders: Development and Validation. *Journal of Medical Internet Research* (11-3), doi:[10.2196/jmir.1134](https://doi.org/10.2196/jmir.1134).
16. Eaton, N.R., Rodriguez-Seijas, C., Carragher, N. & Krueger, R.F. (2015). Transdiagnostic factors of psychopathology and substance use disorders: a review, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (50), p. 171–182.
17. Farvolden, P., McBride, C. and Ravitz, P. (2003). A Web-Based Screening Instrument for Depression and Anxiety Disorders in Primary Care. *Journal of Medical Internet Research*, (5-3), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1550568/>
18. Fernández, A., Mendive, J.M., Salvador-Carulla, L., Rubio-Valera, M., Luciano, J.V., Pinto-Meza, A., Haro, J.M., Palao, D.J., Bellon, J.A., Serrano-Blanco, A. & DASMAR investigators (2012). Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. *The British Journal of Psychiatry* (201), p. 137-142.
19. Fernández, A., Pinto-Meza, A., Bellón, J.A., Roura-Poch, P., Haro, J.M., Autonell, J., Palao, D.J., Peñarribia, M.T., Fernández, R., Blanco, E., Luciano, J.V. and Serrano-Blanco, A. (2010), Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *General Hospital Psychiatry*, (32), p. 201-209.
20. Glise K., Hadzibajramovic E. Jonsdottir I.H. and Ahlborg G Jr. (2010). Self-reported exhaustion: a possible indicator of reduced work ability and increased risk of sickness absence among human service workers. *International Archives of Occupational Environmental Health*, (83-5), p. 511-520.
21. Grice, T., Alcock, K. & Scior, K. (2018). Factors Associated With Mental Health Disclosure Outside of the Workplace: A Systematic Literature Review. *Stigma and Health*, (3-2), p. 116-130.
22. Hirschfeld, R.M.A., M.D., Janet B.W., Williams, D.S.W., Robert L., Spitzer, M.D., Joseph R., Calabrese, M.D., Laurie Flynn, Paul E., Keck, Jr., M.D., Lydia Lewis, Susan L., McElroy, M.D., Robert M., Post, M.D., Daniel J., Rapport, M.D., James M., Russell, M.D., Gary S., Sachs, M.D., John Zajecka, M.D., Development and Validation of a Screening Instrument for Bipolar Spectrum Disorder: The Mood Disorder Questionnaire." *American Journal of Psychiatry* (157-11), p.1873-1875.
23. Hoge Gezondheidsraad (2019). *DSM(5): Toepassing en status van de diagnose en classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen*. HGR NR. 9360.
24. Holmgren, K., Hensing, G., Dahlin-Ivanoff, S. (2009). Development of a questionnaire assessing work-related stress in women - identifying individuals who risk being put on sick leave. *Disabil Rehabil*, (31-4), p. 284–292.
25. Hoogduin, C.A.L. & Derksen, J.J.L. (2000). Beslisbomen bij indicatiestellingen ten behoeve van de eerstelijnspsycholoog. In: Derksen, J.J.L., van der Staak C.P.F., redactie. *Behandelingsstrategieën voor de eerstelijnspsycholoog*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000. p. 67-76.

II. INFORMATIONS DE BASE TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

Références:

26. Hopwood, C. J., Bagby, R. M., Gralnick, T., Ro, E., Ruggero, C., Mullins-Sweatt, S., Kotov, R., Bach, B., Cicero, D. C., Krueger, R. F., Patrick, C. J., Chmielewski, M., DeYoung, C. G., Docherty, A. R., Eaton, N. R., Forbush, K. T., Ivanova, M. Y., Latzman, R. D., Pincus, A. L., Samuel, D. B., Waugh, M. H., Wright, A. G. C., & Zimmermann, J. (2019, April 22). Integrating Psychotherapy With the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). *Journal of Psychotherapy Integration*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000156>.
27. Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.L.T., Walters, E.E. & Zaslavsky, A.M. (2002) Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, (32), p. 959-956.
28. Kessler, R.C. and Ustün, T.B. (2004), The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* (13-2), p. 93-121.
29. Keyes, K.M., Eaton, N.R., Krueger, R.F., Skodol, A.E., Wall, M.M., Grant, B., Siever, L.J. & Hasin, D.S. (2013). Thought disorder in the meta-structure of psychopathology, *Psychological Medicine* (43-8), p. 1673-1683.
30. Knight, J.R., Csemy, L. Sherritt, L., Starostova, O., Van Hook, S., Bacic, J., Finlay, C., Tauber, J., Brooks, T., Kossack, R., Kulig, J.W., Shaw, J., Harris, S.K. (2018). Screening and Brief Advice to Reduce Adolescents' Risk of Riding With Substance-Using Drivers. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* (97-4), p. 611-616.
31. Kotov, R., Perlman, G., Gámez, W. & Watson, D. (2014). The structure and short-term stability of the emotional disorders: a dimensional approach, *Psychological Medicine* (doi:10.1017/S0033291714002815), p. 1-12.
32. Kotov, R., Krueger, R.F., Watson, D., Achenbach, T.M., Althoff, R.R., Bagby, R.M., Brown, T.A., Carpenter, W.T., Caspi, A., Clark, L.A., Eaton, N.R., Forbes, M.K., Forbush, K.T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S.E., Ivanova, M.Y., Lynam, D.R., Markon, K., Miller, J.D., Moffitt, T.E., Morey, L.C., Mullins-Sweatt, S.N., Ormel, J., Patrick, C.J., Regier, D.A., Rescorla, L., Ruggero, C.J., Samuel, D.B., Sellbom, M., Simms, L.J., Skodol, A.E., Slade, T., South, S.C., Tackett, J.L., Waldman, I.D., Waszczuk, M.A., Widiger, A.T. & Wright, A.G.C. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Dimensional Alternative to Traditional Nosologies, *Journal of Abnormal Psychology* (126-4), p. 454-477.
33. Kroenke, K., Spitzer, R.L. and Williams, J.B. (2001), The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine* (16-9), p. 606-613.
34. Kroenke, K., Spitzer, R.L. and Williams, J.B. (2003), The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a Two-Item Depression Screener. *Medical Care* (41), p. 1284-1292.

II. INFORMATIONS DE BASE TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

Références:

35. Krueger, R.F., Kotov, R., Watson, D., Forbes, M.K., Eaton, N.R., Ruggero, C.J., Simms, L.J., Widiger, T.A., Achenbach, T.M., Bach, B., Bagby, R.M., Bornoalova, M.A., Carpenter, W.T., Chmielewski, M., Cicero, D.C., Clark, L.A., Conway, C., DeClercq, B., DeYoung, C.G., Docherty, A.R., Drislane, L.E., First, M.B., Forbush, K.T., Hallquist, H., Haltigan, J.D., Hopwood, C.J., Ivanova, M.Y., Jonas, K.G., Latzman, R.D., Markon, K.E., Miller, J.D., Morey, L.C., Mullins-Sweatt, S.N., Ormel, J., Patalay, P., Patrick, C.J., Pincus, A.L., Regier, D.A., Reininghaus, U., Rescorla, L.A., Samuel, D.B., Sellbom, M., Shackman, A.J., Skodol, A., Slade, T., South, S.C., Sunderland, M., Tackett, J.L., Venables, N.C., Waldman, I.D., Waszczuk, M.A., Waugh, M.H., Wright, A.G.C., Zald, D.H. & Zimmermann, J. (2018). Progress in achieving quantitative classification of psychopathology, *World Psychiatry* (17), p. 282–293.
36. Lahey, B.B., Krueger, R.F., Rathouz, P.J. & Waldman, I.D. (2017). A Hierarchical Causal Taxonomy of Psychopathology Across the Life Span, *Psychological Bulletin* (143-2), p. 142-186.
37. Layard, R. and Clark, D.M. (2018). *Therapiewinst, de waarde van psychologische behandeling*. Amsterdam: Boom.
38. Meuldijk, D., Giltay, E.J., Carlier, I.V.E., van Vliet, I.M., van Hemert, A.M. & Zitman, F.G. (2017). A Validation Study of the Web Screening Questionnaire (WSQ) Compared With the Mini-International Neuropsychiatric Interview-Plus (MINI-Plus). *Journal of Medical Internet Research*, (4-3) <http://mental.jmir.org/2017/3/e35/>
39. Meijer, S.A. & Verhaak, P.F.M. (2004). *De eerstelijns GGZ in beweging. Resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatie-onderzoek "Versterking eerstelijns GGZ"*. Utrecht: NIVEL; 2004.
40. Meijer, S.A., Smit, F., Schoemaker, C.G. and Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand, evidence-based preventie van psychische stoornissen*. Nederland: Trimbos instituut en Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
41. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (2017). Generieke Module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk. www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl
42. NHG (2016). GGZ in de huisartsenpraktijk (editie 2016). Nederlands Huisartsen Genootschap.
43. Pettersson, A., Björkelund, C. & Petersson, E-L. (2014). To score or not to score: a qualitative study on GPs views on the use of instruments for depression. *Family Practice* (31-2), p. 215-221.
44. Rosendal, M., Vedsted, P., Christensen, K.S. & Moth G. (2013). Psychological and social problems in primary care patients - general practitioners' assessment and classification. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, (31-1), p. 43-49, <https://doi.org/10.3109/02813432.2012.751688>

II. INFORMATIONS DE BASE TRIAGE & CLASSIFICATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

Références:

45. Seppa, K., Lepisto, J. & Sillanaukee, P. (1998). Five-shot questionnaire on heavy drinking. Alcoholism. *Clinical and Experimental Research*, (22-8), p.1788-1791.
46. Sikorski, C., Luppá, M., König, H-M., van den Bussche, H. & Riedel-Heller, G. (2012). Does GP training in depression care affect patient outcome? A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, (12–10), <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/10>
47. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, et al. (10 November 1999). "Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study". *JAMA*. 282 (18): 1737–44. Rijnders P. (2004). *Overzicht, inzicht en uitzicht: een protocol voor kortdurende psychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
48. Spitzer, R.L., Kroenke, K. and Löwe, B. (2006), A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine* (166-10), p. 1092-1097.
49. Terluin, B., Terluin, M., Prince, K. & van Marwijk, H. (2008). De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op, *Huisarts & Wetenschap* (51-5), p. 251-255.
50. Terluin B., Oosterbaan D.B., Brouwers E.P.M., van Straten A., van de Ven P.M., Langerak W., van Marwijk H.W.J. (2014). To what extent does the anxiety scale of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) detect specific types of anxiety disorder in primary care? A psychometric study. *BMC Psychiatry*, (14 -1), p. 121.
51. Terluin, B. & Oud, M.J.T. (2015). Triage van psychische klachten bij de huisarts, <https://www.researchgate.net/publication/271516333>
52. Vaidyanathan, U., Patrick, C.J. & Iacono, W.G. (2012). Examining the Overlap between Bipolar Disorder, Non-affective Psychosis, and Common Mental Disorders using Latent Class Analysis, *Psychopathology* (45), p. 361-365.
53. van der Feltz-Cornelis, C.M., Knispel, A. & Elfeddali, I. (2006). *Afbakening eerste en tweedelijnszorg voor psychische stoornissen*. Utrecht: Trimbos Instituut.
54. World Health Organization (2001), *AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care*. Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization, CH-1211 Geneva 27, Switzerland.
55. World Health Organization, ASSIST Working Group (2002). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility*. *Addiction*, 97 (9): 1183-1194.
56. Wilhelm, K.A., Finch, A.W., Davenport, T.A. & Hickie, B.H. (2008). What can alert the general practitioner to people whose common mental health problems are unrecognised? *Medical Journal of Australia* (188-12), p. S114-S118.
57. Wright, A.G.C., Hobbs, M.J., Eaton, N.R., Krueger, R.F., Markon, K.E. & Slade, T. (2013). The Structure of Psychopathology: Toward an Expanded Quantitative Empirical Model. *Journal of Abnormal Psychology* (122), p. 281-294.

II. INFORMATIONS DE BASE SUR LES PROBLÈMES PSYCHIQUES LIÉS AU STRESS

ii. DESCRIPTION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES LIÉS AU STRESS

II. INFORMATIONS DE BASE DESCRIPTION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

En raison de leurs «**symptômes visiblement similaires**» (bien que les symptômes sous-jacents diffèrent clairement – voir diapositive suivante), nous traiterons les problèmes psychiques « Stress », «Burn-out», «Anxiété», «Dépression» et «Trouble bipolaire» dans un même chapitre*:

- Selon le système de classification HiTOP, nous pouvons classer les problèmes psychologiques «**Stress**», «**Anxiété (Peur)**» et «**Dépression (TDM = Trouble dépressif majeur)**» au sein du Spectre «**Internalisation**», où le «Stress» et la «Dépression» tombent sous le sous-facteur «**Détresse**» (soit «**Détresse anxieuse**») et où l'«**Anxiété (Peur)**» est considérée en partie comme un sous-facteur distinct.
- Le «**Trouble bipolaire**» est moins clair : rentre-t-il dans le même Spectre «**Internalisation**», doit-il être catégorisé comme un «**Trouble de la pensée**» ? Le «Trouble bipolaire» rentre dans une catégorie distincte de «Stress» et «Dépression», étant donné que les plaintes dépressives prédominantes s'accompagnent également de périodes de manie et d'hypomanie.
- Le «**Burn-out**» n'est pas (encore) inclus dans la classification HiTOP. Selon la littérature scientifique, il s'agit ici d'un «**Syndrome d'épuisement**» (ICD-10), ce qui permet de le classer (avec le «stress» et la «dépression») dans le Spectre «Internalisation» et dans le sous-facteur «Détresse».

* L'utilisation de substances psychoactives (alcool, drogues, médicaments) est abordée plus loin dans ce chapitre.

II. INFORMATIONS DE BASE DESCRIPTION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

Comme l'indique le Spectre susmentionné, ainsi que le sous-facteur, les troubles psychiques «Stress», «Burn-out», «Dépression» ainsi que «Anxiété» sont des troubles internes ciblés qui se développent souvent à la suite de la «Détresse». Mais qu'est-ce que le «**STRESS**»?

- Ce terme est facilement utilisé dans le langage courant. Même dans la littérature scientifique, de nombreuses définitions ont été proposées au cours des décennies, et ce, parce que son origine disciplinaire ainsi que sa portée étaient peu claires (Epel et al., 2018).
- Lorsque nous parlons de « stress », nous pensons généralement au « stress négatif », c.-à-d. une **détresse** qui apparaît lorsque la réponse au stress (en réaction au(x) facteur(s) de stress) est **négative** ou **inadaptée**, c.-à-d. lorsque l'individu éprouve des difficultés ou n'est pas en mesure de retrouver un équilibre physique. En raison de ce «processus de réactions inadaptées», les problèmes psychiques «Stress» et «Burn-out» sont souvent décrits comme des «**Troubles de l'adaptation**», alors que l'«Anxiété» et la «Dépression» sont considérées comme des «**Troubles affectifs**» (Epel et al., 2018).

II. INFORMATIONS DE BASE DESCRIPTION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

Pour mieux comprendre le concept de «Stress», nous proposons la **«Typologie du stress»** comme développée par Epel et al., 2018 (voir diapositive suivante). *Cette typologie (c.-à-d. un modèle transdisciplinaire du stress) servira de base afin de clarifier à l'estimation du «Stress», du «Burn-out», de l'«Anxiété» et de la «Dépression» pour le médecin généraliste.*

- Dans le modèle, une distinction claire dans le cadre du «stress» est faite entre:
 - **Le Facteur de stress**: un événement dans la vie d'une personne. Un facteur de stress survient parfois seul, mais généralement, il est question de plusieurs facteurs de stress simultanés.
 - **La réponse au stress**: les **réactions cognitives, émotionnelles et biologiques** déclenchées par l'individu à la suite du facteur de stress. Ces réactions peuvent être doubles:
 - Positives = **«Eustress»**: le niveau de stress adéquat pour rétablir l'équilibre de l'organisme
 - Négatives = **«Détresse»**: il y a trop ou trop peu de stress et il est difficile, voire impossible, de rétablir l'équilibre de l'organisme

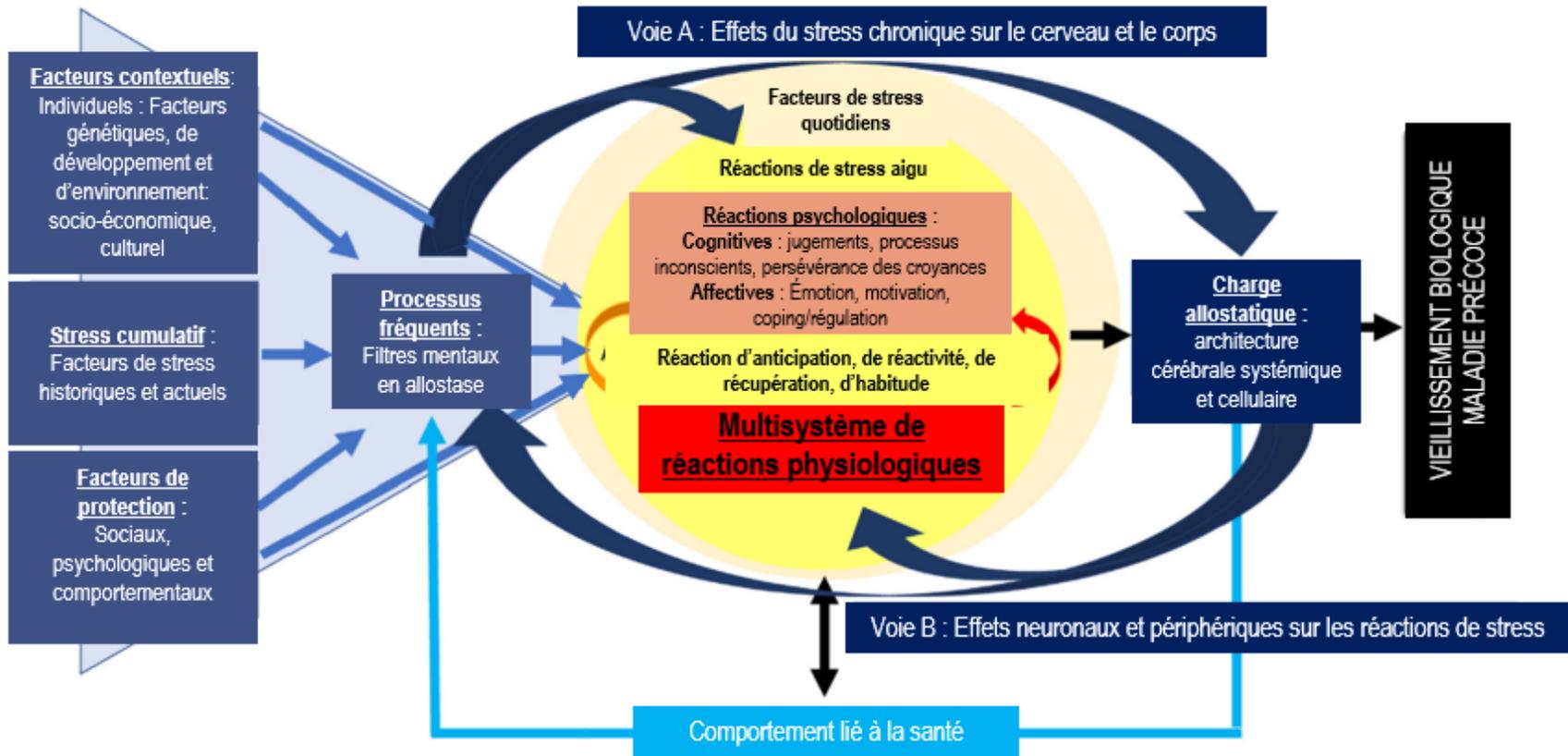
Pour une meilleure compréhension du modèle, nous allons approfondir les caractéristiques du «facteur de stress» et de la «réponse au stress».

II. INFORMATIONS DE BASE DESCRIPTION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

TYPOLOGIE DU STRESS

(Epel et al., 2018)

Modèle transdisciplinaire du stress : intégration des processus de stress aigu, fréquent, historique et contextuel



II. INFORMATIONS DE BASE DESCRIPTION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

TYPOLOGIE DU STRESS

(Epel et al., 2018)

Caractéristiques du FACTEUR DE STRESS

- Les **facteurs contextuels** déterminent la vulnérabilité ou l'énergie d'un individu face aux facteurs de stress.
 - ✓ Aspect de la vie: Les «facteurs de stress» varient selon la situation économique des pays.
 - ❑ Dans les pays économiquement développés, les principaux facteurs de stress sont les suivants :
divorce, diagnostic de maladie/limitation (p. ex. cancer), perte d'emploi, conflits au travail, conflits à la maison
 - ❑ Dans les pays en développement, les principaux facteurs de stress sont les suivants :
perte de moyens (revers économique), migration forcée et adaptation à une nouvelle culture

Lors de l'estimation, il est important qu'un médecin généraliste tienne compte de ces facteurs de stress comme «cause potentielle de plainte psychique», y compris ceux propres aux pays en développement lorsqu'il est confronté p. ex. à un «patient réfugié».

II. INFORMATIONS DE BASE DESCRIPTION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

TYPOLOGIE DU STRESS

(Epel et al., 2018)

Caractéristiques du FACTEUR DE STRESS

- Les **facteurs contextuels** déterminent la vulnérabilité ou l'énergie d'un individu par rapport aux facteurs de stress.
 - ✓ **Gravité**: l'impact d'un facteur de stress donné est ressenti comme plus sévère que l'impact d'un autre. Cette différence est en partie déterminée individuellement par la personnalité d'un individu, ainsi que par les expériences d'un individu avec ce même facteur de stress ou avec d'autres (voir aussi «**Stress cumulatif**» et «**Processus habituels**»)
 - ✓ **Traumatisme**: il s'agit d'une forme particulière de facteur de stress. Sa gravité est extrême étant donné que la sécurité physique et psychique de l'individu est directement mise en péril, p. ex. en cas d'accident ou d'attaque.
 - ✓ **Contrôlabilité**: l'individu a-t-il ou non le contrôle sur le facteur de stress et sur son impact?
 - ✓ **Cible**: qui est la cible du facteur de stress: l'individu lui-même, un proche comme un membre de la famille ou un ami?

II. INFORMATIONS DE BASE DESCRIPTION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

TYPOLOGIE DU STRESS

(Epel et al., 2018)

Caractéristiques du FACTEUR DE STRESS

- Le **stress cumulatif** est associé à l'aspect «**temps**»:
une personne qui, actuellement ou par le passé, est ou était régulièrement, voire en continu, exposée à un ou plusieurs facteurs de stress risque davantage de réagir de manière inadaptée, c'est-à-dire de développer de la détresse, un burn-out ou une dépression. La diapositive suivante montre comment différentes échelles de temps sont imbriquées l'une dans l'autre et ont ainsi un impact important sur la vie d'une personne.
 - **Durée**: combien de temps persiste(nt) le(s) facteur(s) de stress, est-il (sont-ils) **aigu(s)** ou **chronique(s)**?
 - **Fréquence**: les facteurs de stress surviennent-ils régulièrement, s'agit-il p. ex. de **soucis quotidiens**?
 - **Période**: quand le facteur de stress survient-il dans la vie, p. ex. pendant la grossesse (in utero), pendant l'enfance, pendant l'adolescence ou à l'âge adulte?

II. INFORMATIONS DE BASE DESCRIPTION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

TYPOLOGIE DU STRESS

(Epel et al., 2018)

Caractéristiques de la RÉPONSE AU STRESS

➤ Réponse psychique au stress:

- ✓ Cognitive: Il s'agit de l'estimation des caractéristiques du facteur de stress: le facteur de stress est-il menaçant ou s'agit-il d'un défi? Est-il contrôlable?
- ✓ Émotionnelle: l'expression d'émotions positives ou négatives

➤ Réponse physique au stress:

- ✓ Hormonale: libération notamment d'adrénaline, d'ACTH, de cortisol
- ✓ Symptômes somatiques fonctionnels: il s'agit de l'apparition de plaintes physiques sans cause organique claire/maladie (voir plus loin pour une liste des symptômes les plus courants)
- ✓ Comportements: comportement d'évitement et/ou de coping (p. ex. pratique sportive) par rapport aux facteurs de stress

II. INFORMATIONS DE BASE DESCRIPTION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

TYOLOGIE DU STRESS

(Epel et al., 2018)

Caractéristiques de la RÉPONSE AU STRESS

La réponse au stress peut être «**adaptée/adaptiv** » ou «**inadaptée/maladaptive**». La première réponse favorise le bien-être de l'individu et n'entraînera finalement aucun problème psychique et/ou physique, tandis que la dernière sera nocive pour le bien-être et occasionnera des problèmes psychiques et/ou physiques.

Quatre caractéristiques sont importantes ici:

	Réponse adaptée	Réponse inadaptée
1. Anticipation	Le facteur de stress n'entraîne aucune préoccupation mentale	Se sentir mentalement presque constamment anxieux, se faire du souci et angoisser au sujet du facteur de stress
2. Réactivité	Réponse émotionnelle normale : Relativisation des émotions	Extrême: p. ex. colère, crises de larmes ou au contraire ne plus manifester la moindre émotion
3. Habituation	Il s'agit d'une réaction différente, c.-à-d. adaptée à chaque nouveau facteur de stress	La réaction est finalement aussi extrême face à des facteurs de stress tant à impact faible qu'élevé
4. Récupération	On retrouve rapidement un équilibre physique.	La récupération physique dure longtemps, ou n'est même jamais plus atteinte.

II. INFORMATIONS DE BASE DESCRIPTION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

Typologie du stress

(Epel et al., 2018)

Caractéristiques de l'INDIVIDU

- Les **facteurs protecteurs** déterminent la capacité/l'énergie dont une personne dispose pour continuer à réagir de manière adaptée aux facteurs de stress. En général, il s'agit ici d'un **bon réseau social** ainsi que de l'entretien d'un **mode de vie sain et actif**.
- **Processus habituels**: il s'agit du **filtre mental** à travers lequel on observe le monde et interprète également un facteur de stress. Cela dépend en partie de la **personnalité/nature** d'une personne (p. ex. pessimiste ou optimiste), mais c'est également lié aux **expériences/acquis antérieurs** et aux réactions à un même facteur de stress. Ces expériences peuvent modifier l'architecture du cerveau: ce dernier devient en quelque sorte une «**machine à prédictions**» qui retient les réponses au stress. En cas de réponses inadaptées au stress, cela entraîne un cercle vicieux négatif.

II. INFORMATIONS DE BASE DESCRIPTION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

Le modèle d'Epel et al. (2018) a servi de base pour l'élaboration des **arbres décisionnels** permettant de guider le médecin généraliste lors de l'estimation du «Stress», du «Burn-out», de l'«Anxiété», de la «Dépression» et du «Trouble bipolaire». En outre, pour chaque problème psychique lié au stress, les ouvrages scientifiques de référence les plus récents ont été consultés ainsi que les directives validées déjà disponibles (cf. Domus Medica ou SSMG). Un récapitulatif des ouvrages scientifiques de référence utilisés se trouve au chapitre suivant.

Comme cela a été expliqué aux pages précédentes, les problèmes psychiques liés au stress apparaissent en réaction à un facteur de stress. L'utilisation des différents arbres décisionnels implique dès lors qu'il faut toujours commencer par l'arbre dédié au «Stress» pour explorer à partir de celui-ci de quel problème psychique lié au stress il s'agit exactement. Dans les pages qui suivent, nous donnons une **explication générale** des problèmes psychiques liés au stress dans cette application.

STRESS

(Epel et al., 2018)

Les réactions cognitives, émotionnelles et biologiques déclenchées par l'individu à la suite d'un facteur de stress. Il existe un stress positif, ou «**Eustress**», qui n'a aucun effet négatif sur le bien-être de l'individu. Dans les arbres décisionnels, nous faisons toutefois référence au stress négatif, ou «**Détresse**», qui a un effet négatif sur le bien-être de l'individu. En cas de «Détresse», il y a **trop** ou **trop peu de stress** et il est dès lors difficile, voire impossible de rétablir l'équilibre de l'organisme. Lorsque le facteur de stress persiste trop longtemps, l'individu puise également trop dans sa réserve d'énergie, ce qui entraîne un épuisement. À ce stade, le bien-être de l'individu est affecté, avec le risque de développer des problèmes d'adaptation comme un burn-out et même des problèmes affectifs comme de l'anxiété et de la dépression.

BURN-OUT

(Desart et al., 2017)

Le burn-out est une affection liée au travail. **Fatigue extrême**, **perte de contrôle** sur les processus émotionnels et cognitifs, et prise de **distance mentale** peuvent être considérés comme les éléments clés du syndrome. La distanciation mentale peut être considérée comme une tentative dysfonctionnelle d'éviter un épuisement plus important. Ces **symptômes essentiels** s'accompagnent de **symptômes secondaires**, comme une humeur dépressive, ainsi que des tensions comportementales et psychosomatiques. Le burn-out est principalement provoqué par un déséquilibre entre des exigences professionnelles élevées et une aide insuffisante. Des problèmes dans la sphère privée ou des vulnérabilités personnelles jouent ici un rôle de catalyseur. Finalement, le burn-out entraîne un sentiment d'incompétence et de moins bonnes prestations au travail.

ANXIÉTÉ (Hoge Gezondheidsraad, 2013)

Selon la classification HiTOP, nous faisons la distinction entre **deux dimensions différentes**:

Détresse/Détresse anxieuse: Au sein de cette dimension, on parle de **trouble anxieux généralisé** (TAG) et de trouble de **stress post-traumatique** (TSPT).

- **Trouble anxieux généralisé**: En cas de TAG, la personne se sent très tendue et excessivement préoccupée par des situations du quotidien. Il s'agit d'un sentiment anxieux excessif et de longue durée, qui perturbe gravement la vie quotidienne.
- **Trouble de stress post-traumatique**: Un TSPT peut se développer après un stress aigu, souvent un événement traumatisant, cet événement étant revécu par la personne à chaque fois que certains stimuli de son environnement le lui rappellent. Par conséquent, la personne va éviter les stimuli associés au traumatisme et développer une anxiété chronique perturbant gravement la vie quotidienne.

Peur/Anxiété: La classification HiTOP distingue 5 types d'anxiétés:

- **Phobie/trouble d'anxiété sociale (SAD)**: une anxiété exagérée face à des situations sociales, peur de devoir entrer en contact avec des personnes non familières
- **Agoraphobie**: peur des espaces autres que l'environnement domestique familial, p. ex. peur des espaces ouverts, des centres commerciaux, des transports en commun, etc.
- **Phobie spécifique**: anxiété intense, pouvant être associée à des crises de panique, face à des objets ou situation spécifiques (p. ex. araignées, ascenseurs, etc.)
- **Trouble panique**: anxiété intense apparaissant de manière soudaine et imprévisible. Étant donné qu'aucune raison manifeste ne justifie cette anxiété, ce type d'anxiété est difficile à traiter.
- **Trouble obsessionnel compulsif**: Obsessions et/ou compulsions graves et chronophages (plus d'une heure par jour), ayant d'importantes répercussions sur le fonctionnement quotidien normal.

DÉPRESSION (Hoge Gezondheidsraad, 2014)

Il s'agit ici d'un trouble de l'humeur allant d'une tristesse normale à une dépression sévère. Une dépression grave se caractérise par une humeur morose générale, avec une perte d'intérêt pour la vie qui ne procure plus aucun plaisir. Elle est associée à des pensées pessimistes et même à des idées suicidaires. Cela s'accompagne également souvent d'un manque d'énergie et d'appétit. Des troubles du sommeil et de la concentration sont également fréquents.

TROUBLE BIPOLAIRE (Domus Medica, 2016)

En cas de trouble bipolaire, les périodes dépressives alternent avec les périodes maniaques. Les périodes maniaques se caractérisent par un niveau d'énergie élevé, un faible besoin de sommeil, une grande confiance en soi et une extraversion pouvant souvent entraîner des comportements dangereux.

II. INFORMATIONS DE BASE DESCRIPTION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

Comme cela a été mentionné précédemment dans le chapitre concernant le Triage et la classification des problèmes psychiques, il est recommandé que le médecin généraliste tienne compte de la **comorbidité des problèmes psychiques**. Par exemple, une dépression peut s'accompagner d'un trouble anxieux, ainsi que d'une consommation nocive d'alcool ou de drogues (Smolders et al., 2008 ; Conseil supérieur de la santé, 2014). En outre, il peut également y avoir des idées suicidaires. Pour cette raison, un arbre décisionnel a également été ajouté à l'application pour l'estimation d'une consommation potentiellement nocive d'alcool et de drogues, ainsi que pour l'estimation d'un possible **risque de suicide**.

Lors de l'utilisation de substances psychoactives (alcool, somnifères, calmants et drogues illégales), il est surtout important de déterminer s'il s'agit d'une **«consommation problématique»** (Domus Medica, 2011). Lors de l'évaluation d'un possible risque de suicide, il est crucial de déterminer s'il y a des pensées concrètes ou des antécédents personnels ou familiaux (Chung Wai Mark et al. 2017 ; Domus Medica, 2016).

ABUS D'ALCOOL (WHO, 2010; Domus Medica, 2011)

Nous distinguons différentes formes d'abus:

- ✓ **Intoxication alcoolique aiguë:** il s'agit d'une affection passagère après une consommation d'alcool, entraînant des troubles de la conscience, de la cognition, de la perception et du comportement
- ✓ **Consommation nocive d'alcool:** consommation d'alcool ayant des conséquences nocives pour la santé tant physique (p. ex. maladie hépatique) que mentale (p. ex. dépression). Elle est souvent associée à des conséquences sur le plan social, c.-à-d. des problèmes familiaux et professionnels).
- ✓ **Syndrome de dépendance à l'alcool:** il s'agit ici d'un ensemble de symptômes physiologiques, comportementaux et cognitifs où la consommation d'alcool revêt pour l'individu une priorité supérieure à d'autres aspects (importants) de la vie.
- ✓ **Syndrome de sevrage alcoolique:** ensemble de symptômes qui peuvent survenir à la suite d'un arrêt de la consommation d'alcool après une période de consommation excessive.

ABUS DE DROGUES (WHO, 2010)

Nous distinguons différentes formes d'abus, à savoir une surdose sédatrice aiguë, une surdose ou intoxication stimulante aiguë, une consommation de drogues nocive ou dangereuse, une dépendance au cannabis, une dépendance aux opioïdes, une dépendance stimulante, une dépendance aux benzodiazépines et les symptômes de désaccoutumance qui les accompagnent:

- ✓ **Consommation nocive de drogues:** consommation de drogues ayant des conséquences nocives pour la santé tant physique (p. ex. infections) que mentale (p. ex. dépression). Elle est souvent associée à des conséquences sur le plan social, c.-à-d. des problèmes familiaux, juridiques et professionnels).
- ✓ **Syndrome de dépendance aux drogues:** il s'agit ici d'un ensemble de symptômes physiologiques, comportementaux et cognitifs où la consommation de drogues revêt pour l'individu une priorité supérieure à d'autres aspects (importants) de la vie.
- ✓ **Syndrome de sevrage aux drogues:** ensemble de symptômes qui peuvent survenir à la suite d'un arrêt de la consommation de drogues après une période prolongée de consommation.

RISQUE DE SUICIDE

(Domus Medica, 2016 ; Chung Wai Mark et al. 2017 ; Jordan et al. 2018 ; Teismann et al., 2018)

En cas de problèmes psychiques, le médecin généraliste doit toujours rester attentif aux potentielles pensées suicidaires, étant donné que ces pensées peuvent mener à un plan de suicide ou à une tentative de suicide.

Problèmes psychiques et suicide sont souvent associés. Les patients aux idées suicidaires présentent souvent les caractéristiques suivantes :

- 1) Se sentir dépressif, sentiment de désespoir
- 2) Faible estime de soi
- 3) Tourmenté
- 4) Troubles du sommeil

Dans cette application, nous proposons dès lors également un arbre distinct propre à la détection d'idées suicidaires, ainsi qu'à l'estimation du risque aigu de suicide.

II. INFORMATIONS DE BASE

DESCRIPTION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

Références:

1. Chung Wai Mark, Choon How How and Yin Ping (2017). Managing depression in primary care, *Singapore Medical Journal* (58-8), p. 459-466.
2. Chung Wai Mark, Choon How How and Yin Ping (2017). Depression in primary care: assessing suicide risk, *Singapore Medical Journal* (58-2), p. 72-77.
3. Desart, S.; Schaufeli, W.B. and De Witte, H. (2017). Op zoek naar een nieuwe definitie van burn-out, *Tijdschrift van het Steunpunt Werk* (1) p. 86-92.
4. Domus Medica (2011). Michels, J.; Hoeck, S.; Dom, G.; Goossens, M.; Van Hal, G. and Van Royen, P. *Problematisch alcoholgebruik, aanpak door de huisarts*, Domus Medica VZW.
5. Domus Medica (2016). Declercq, T.; Habraken, H.; Van Den Aemele, H.; Callens, J.; De Lepeleire, J. and Cloetens, H. *Depressie bij volwassenen*. Domus Medica VZW.
6. Epel, E.S.; Crosswell, A.D.; Mayera, S.E.; Prathera, A.A.; Slavich, G.M.; Puterman, E. and Mendes, W.B. (2018). More than a feeling: A unified view of stress measurement for population science, *Front Neuroendocrinol* (49), 146–169. doi:10.1016/j.yfrne.2018.03.001.
7. Ferguson, J.M. (2000). Depression: Diagnosis and Management for the Primary Care Physician, *Journal of Clinical Psychiatry* (2-5), p. 173-179.
8. GGZ Standaarden (2019). Richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines, https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_1c49777e-144e-4c39-8748-3a95e52417d4_stoornissen-in-het-gebruik-van-cannabis-cocaine-amfetamine-ecstasy-ghb-en-benzodiazepines_authorized-at_26-02-2018.pdf
9. Hoes, M.J.A.J.M. (1986). Stress and Strain, Their Definition, Psychobiology and Relationship to Psychosomatic Medicine; *Journal of Orthomolecular Medicine* (1 – 1), p. 30-38.
9. Hoge Gezondheidsraad (2013). Angststoornissen: opvang van de patiënt en optimaal gebruik van het zorgsysteem en de therapeutische opties. *ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD* nr. 8898.
10. Hoge Gezondheidsraad (2014). Depressieve stoornis: opvang van de patiënt en optimaal gebruik van het zorgsysteem en de therapeutische opties. *ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD* nr. 8155.
11. Jordan, P.; Shedden-Mora, M.C. and Löwe, B. (2018). Predicting suicidal ideation in primary care: An approach to identify easily assessable key variables, *General Hospital Psychiatry* (51), p. 106–111, <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2018.02.002>.
12. Le Fevre, M.; Matheny, J. and Kolt, G.S. (2003). Eustress, distress, and interpretation in occupational stress, *Journal of Managerial Psychology* (18-7), p. 726-744.

II. INFORMATIONS DE BASE

DESCRIPTION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

Références:

13. Smolders, M.; Laurant, M.; van Rijswijk, E.; Mulder, J.; Braspenning, J.; Verhaak, P.; Wensing, M. and Grol, R. (2009). Depressed and a co-morbid condition: More psychotropics prescribed! *The European Journal of General Practice* (14-1), p.10-18, <https://doi.org/10.1080/13814780701855724>.
14. Teismann, T.; Lukaschek, K.; Hiller, T.S.; Breitbart, J.; Brettschneider, C.; Schumacher, U.; Margraf, J.; Gensichen, J. and the Jena Paradies Study Group (2018). Suicidal ideation in primary care patients suffering from panic disorder with or without agoraphobia, *BMC Psychiatry* (18-305) <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1894-5>.
15. VAD (2016). *Dossier Alcohol*. VAD, Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs, <https://www.vad.be/assets/dossier-alcohol>.

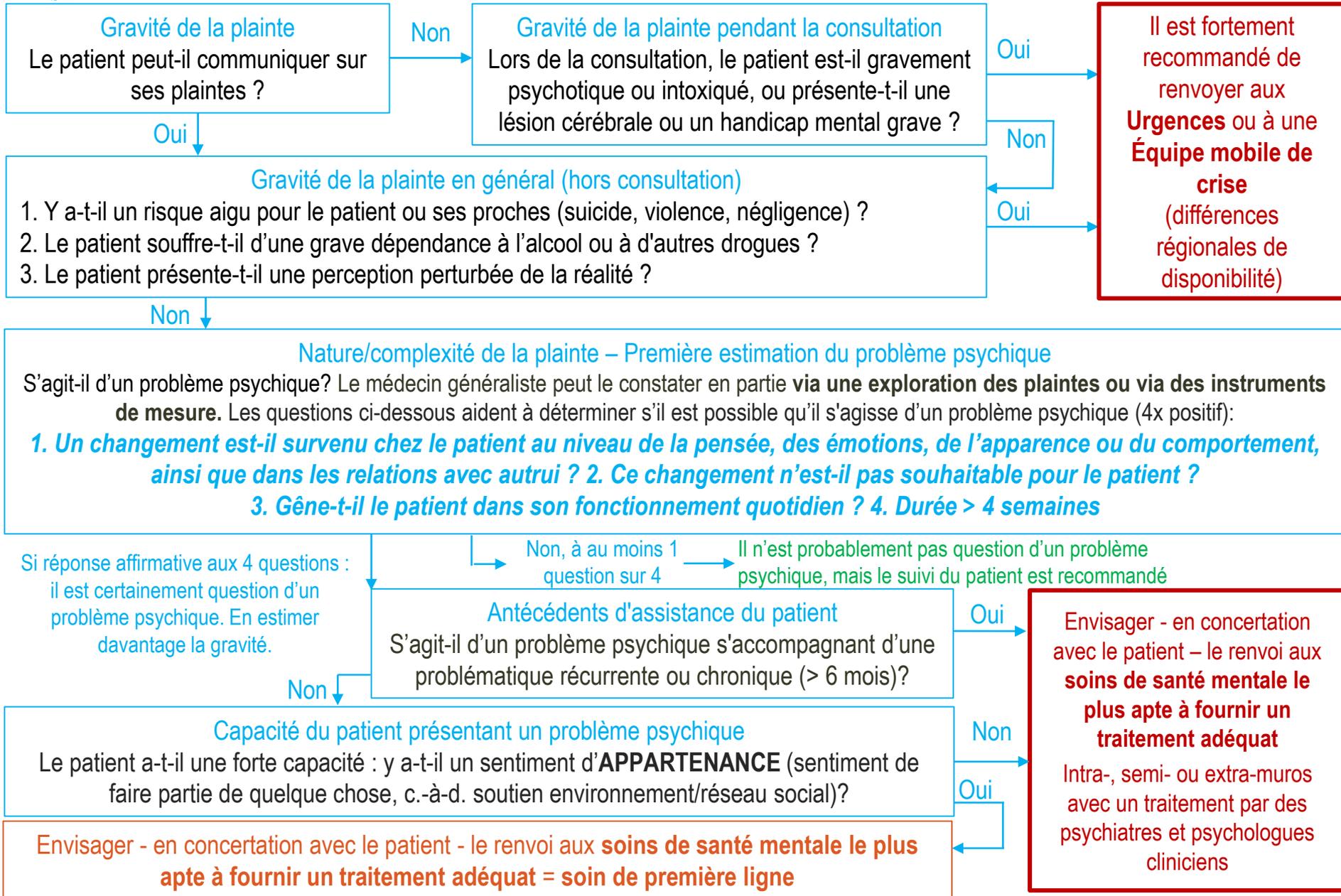
III. ARBRE DES DÉCISIONS LORS DE L'ÉVALUATION DES PROBLÈMES PSYCHIQUES LIÉS AU STRESS

III. ARBRES DÉCISIONNELS

Dans ce chapitre, nous présentons un schéma récapitulatif des différents **modules** présents dans l'Application Web et mobile. **Note:** Les arbres sont représentés ici de manière **schématique** et contiennent dès lors moins de texte et d'informations que dans l'application. Nous vous présentons ci-dessous un aperçu de la **structure** de l'Application:

- **Triage des troubles psychiques:** ce module permet au médecin généraliste d'évaluer l'existence et la sévérité d'un problème psychique
- **Estimation du stress:** il s'agit du premier module d'estimation de la nature du problème psychique lié au stress. Le médecin généraliste commence toujours par ce module qui le dirigera ensuite vers d'autres modules pour explorer plus avant la nature du trouble:
 - **Burn-out:** module permettant d'estimer si le stress est lié à un burn-out
 - **Anxiété:** module permettant d'estimer si le stress est lié à de l'anxiété
 - **Dépression:** module permettant d'estimer si le stress est lié à une dépression
 - **Trouble bipolaire:** module permettant de déterminer si une dépression peut également être liée à un trouble bipolaire
- **Estimation de la consommation d'alcool et de drogues:** ce module permet au médecin généraliste d'estimer une consommation d'alcool et de drogues potentiellement nocive
- **Estimation du risque de suicide:** ce module permet au médecin généraliste d'évaluer un potentiel risque de suicide chez le patient

TRIAGE DES PROBLÈMES PSYCHIQUES



Type de questions utilisées pour aider au triage

(basé sur "Psychische klachten in de huisartsenpraktijk", Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz 2017)

Estimation de la gravité des plaintes en général :

- ✓ Comment le patient fonctionne-t-il dans sa vie quotidienne ? (toujours interroger sur la durée/qualité du sommeil, l'appétit et le fonctionnement au travail et à la maison, comme partenaire et/ou parent)
- ✓ Quel est le poids de la souffrance éprouvée ?
- ✓ Les facteurs de stress sont-ils évités en raison des plaintes ?

Nature/complexité de la plainte :

- ✓ Quelles sont les plaintes ?
- ✓ Quand et comment sont-elles apparues ?
- ✓ Quels facteurs favorisent l'apparition et la persistance des plaintes ?
- ✓ Quels facteurs, comportements ou circonstances favorisent la diminution des plaintes ?
- ✓ Quels facteurs ou circonstances sont une source de soutien ou d'expérience positive ?
- ✓ Quelle signification est donnée aux plaintes ?
- ✓ Que faut-il mettre en place pour permettre à nouveau un fonctionnement adéquat ?

Antécédents d'assistance du patient :

- ✓ Ces plaintes étaient-elles déjà présentes auparavant ? Dans l'affirmative, qu'est-ce qui a permis de les apaiser ou de les résoudre ?
- ✓ Y a-t-il des périodes de récurrence des plaintes ?

Type de questions utilisées pour aider au triage

(basé sur “Psychische klachten in de huisartsenpraktijk”, Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz 2017)

☐ Capacité du patient :

- ✓ Qu'est-ce qui doit changer en premier pour le patient ?
- ✓ Le patient a-t-il lui-même déjà entrepris des actions (plus de moments de détente, plus d'activité physique, chercher de l'aide dans son entourage (amis, famille...) et quel en a été l'effet ?
- ✓ Le patient souhaite-t-il un soutien supplémentaire/différent et, le cas échéant, lequel ?
- ✓ Inventoriez les facteurs qui génèrent un risque accru de stress :
 - Affections physiques (chroniques) ;
 - Traumatisme psychologique, événements de la vie associés à une perte ou à de la violence ;
 - Problèmes relationnels ;
 - Enfant malade ;
 - Abus sexuels, violences domestiques ;
 - Aidant proche ;
 - Chômage, incapacité de travail, précarité de l'emploi, faible niveau d'instruction, problèmes financiers/insécurité financière ;
 - Manque de soutien social ;
 - Isolé (parent), migrant, réfugié/demandeur d'asile.

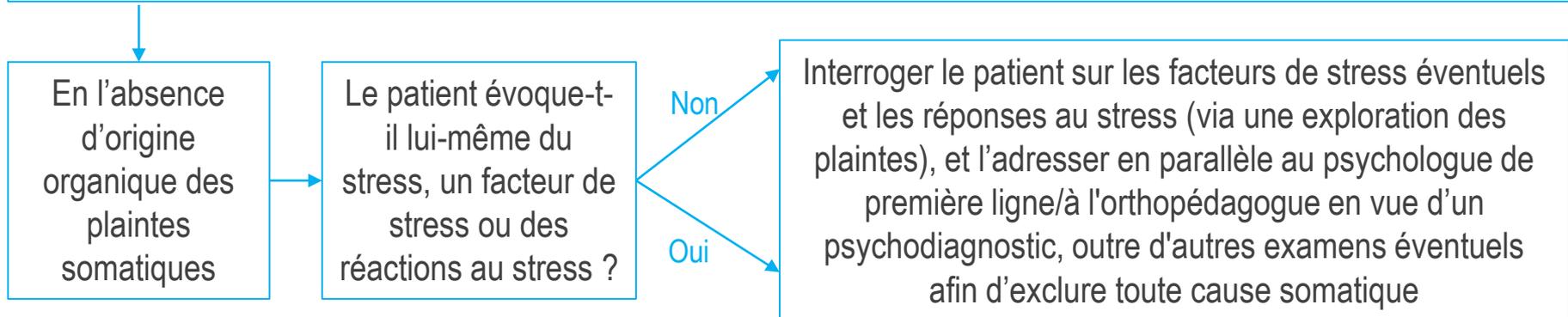
Le patient se présente avec des plaintes physiques

Exclure une origine organique aux plaintes physiques

Symptômes somatiques fonctionnels typiques en cas de détresse, de burn-out et de dépression
(Guo et al., 2013; Adamsson & Bernhardsson, 2018):

- ✓ Général : fatigue, insomnie ou hypersomnie
- ✓ Problèmes immunitaires : souvent enrhumé, fièvre
- ✓ Neurologique : maux de tête, vertiges, problèmes de concentration
- ✓ Visuel : vision trouble
- ✓ Nez, gorge, oreille : acouphène (sifflements d'oreilles), dysphagie (problèmes de déglutition)
- ✓ Respiration : essoufflement, toux
- ✓ Cardiovasculaire : palpitations, hypertension artérielle, douleur dans la poitrine
- ✓ Gastro-intestinal : manque d'appétit, perte de poids, nausées, douleurs abdominales, diarrhée, constipation
- ✓ Musculosquelettique : maux de dos, douleur et/ou sensation d'anesthésie dans les muscles et les articulations

Souvent,
il y a une
comorbidité
de ces
symptômes
somatiques.



ESTIMATION DU STRESS

Est-il question d'une préoccupation mentale sur un/plusieurs facteur(s) de stress déterminé(s), s'accompagnant de sentiments d'anxiété, de soucis, d'angoisse ?

Non

Il n'est probablement pas question d'un problème psychique, mais le suivi du patient est recommandé

Oui ↓

S'agit-il d'un facteur de stress traumatique, p. ex. accident, attaque, agression ?

Oui

Stress aigu/temporaire < 1 mois

Allez au module **“Triage”** ou **“Anxiété”** pour évaluer la gravité et la nature du stress

Non ↓

1. Un changement est-il survenu chez le patient au niveau de la pensée, des émotions, de l'apparence ou du comportement, ainsi que dans les relations avec autrui à la suite du stress ? Par exemple, le patient dort-il moins bien, présente-t-il une perte d'appétit, son fonctionnement à la maison, au travail, en tant que partenaire, parent, etc. est-il perturbé ?
2. Ce changement lié au stress est-il ressenti comme indésirable pour le patient (poids de la souffrance éprouvée) ?
3. Ce changement lié au stress perturbe-t-il le fonctionnement quotidien du patient ?
4. Ce changement lié au stress perturbe-t-il le patient depuis plus de 4 semaines ?

Oui, aux 4 questions

Il est probablement question d'un problème psychique lié au stress: vous pouvez constater la nature de ce problème via: **“Burn-out”**, **“Anxiété”** ou **“Dépression”**

Non, à au moins 1 question sur 4

Il n'est certainement pas question d'un problème psychique lié au stress, mais le suivi du patient est néanmoins recommandé

Contrôlez la présence des 4 symptômes clés de « Burn-out » chez le patient:

1. **Épuisement** : Est-il question d'une importante perte d'énergie physique et mentale depuis > 2 semaines ?
2. **Perte du contrôle émotionnel** : le patient présente-t-il des réactions émotionnelles violentes comme de la colère et des crises de larmes ?
3. **Perte du contrôle cognitif** : le patient souffre-t-il de problèmes de mémoire, de troubles de l'attention et de la concentration, de problèmes au niveau de ses prestations ?
4. **Distanciation mentale** : le patient a-t-il une attitude indifférente et cynique ?

Oui, aux 4 questions ↓

Non, à au moins 1 question sur 4 ↓

Contrôlez la présence de symptômes secondaires chez le patient :

- ✓ Le patient est-il clairement gêné dans son fonctionnement au quotidien ?
- ✓ Le patient présente-t-il une faible estime de lui-même, un sentiment d'incompétence, d'incapacité ?

Allez au module
"Anxiété" ou
"Dépression" pour
évaluer la gravité et la
nature
du stress

Non ↓

Oui ↓

L'état du patient est-il la conséquence de
l'utilisation de substances psychoactives?

Oui →

Allez au module « **Abus de
substances psychoactives** »

Non ↓

Non ←

Contrôler le transdiagnostic « Dépression »

Au cours des 2 dernières semaines, le patient a-t-il été
fréquemment gêné dans sa vie quotidienne par:

- ✓ des sentiments dépressifs ou de désespoir ?
- ✓ un manque d'intérêt/de plaisir dans les choses qu'il faisait ?

Oui ↓

Allez au module "Anxiété" ou "Dépression" pour
évaluer la gravité et la nature du problème psychique

**Stresseur =
Travail
Burn-out
professionnel**

**Stresseur =
Famille
Parental
Burn-out**

Envisager - en concertation avec le patient - le renvoi aux
soins de santé mentale le plus apte à fournir un
traitement adéquat = soin de première ligne

ESTIMATION DE LA DÉPRESSION

Contrôlez l'existence d'une « dépression grave » chez le patient :

Au cours des 2 dernières semaines, le patient a-t-il été fréquemment gêné dans sa vie quotidienne par :

- ✓ des sentiments dépressifs ou de désespoir ?
- ✓ un manque d'intérêt/de plaisir dans les choses qu'il faisait ?

Oui aux deux questions

Non

Oui à 1 question

Non

Allez au module "Anxiété" ou "Burn-out" pour évaluer la gravité et la nature du problème psychique ou envisager le renvoi aux soins de santé mentale le plus apte à fournir un traitement adéquat

Contrôler pour les groupes à risque (voir diapositive suivante)

Oui, le patient appartient aux groupes à risque

L'état du patient est-il la conséquence de l'utilisation de substances psychoactives (alcool et drogues)?

Oui

Allez au module "Consommation d'alcool & autres substances psychoactives"

Non

Est-il question de délires ou d'hallucinations chez le patient (déduire pendant la consultation)?

Oui

Il peut s'agir d'une « Trouble psychotique »: allez au module « Triage » pour évaluer la gravité

Non

Le patient souffre-t-il également de périodes maniaques, notamment d'une exubérance extrême, de la folie des grandeurs, d'un comportement intrépide, de volubilité, d'irritation, d'un faible besoin de sommeil?

Oui

Allez au module "Trouble Bipolaire" pour évaluer la nature

Non

Y a-t-il un risque aigu de suicide pour le patient?

Oui

Il s'agit probablement d'une dépression, avec un risque aigu de suicide. Il est fortement recommandé de renvoyer aux Urgences ou à une Équipe mobile de crise.

Non

Il s'agit probablement d'une dépression: évaluer la gravité via le DSM-5 (voir les pages suivantes) ou envisager – en concertation avec le patient – le renvoi aux soins de santé mentale le plus apte à fournir un traitement adéquat = soin de première ligne.

Existe-t-il des risques supplémentaires qui augmentent le risque de dépression ?

(13 groupes à risque selon Christensen et al., 2011)

1. Y a-t-il des antécédents de dépression chez le patient ?
2. Y a-t-il un facteur héréditaire, un membre de la famille dépressif ?
3. Le patient souffre-t-il d'une maladie cardiaque ?
4. Le patient a-t-il déjà été victime d'un AVC ?
5. Le patient souffre-t-il de douleurs chroniques ?
6. Le patient est-il diabétique ?
7. Le patient souffre-t-il d'une maladie pulmonaire chronique ?
8. Le patient souffre-t-il du cancer ?
9. Le patient souffre-t-il de la maladie de Parkinson ?
10. Le patient est-il épileptique ?
11. Le patient présente-t-il un autre trouble psychique ?
12. La patiente est-elle enceinte ou l'a-t-elle été récemment ?
13. Le patient est-il un réfugié/migrant ?

Critères du DSM-5 pour le diagnostic de la dépression :

Cinq des symptômes suivants ou plus se sont manifestés au cours d'une même période de deux semaines et différent du fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur sombre, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

Ne pas inclure les symptômes clairement attribuables à une affection somatique :

1. Humeur sombre durant la majeure partie de la journée et presque tous les jours, comme en témoignent soit des messages subjectifs (p. ex. se sentir triste, vide ou désespéré), soit les observations d'autres personnes (p. ex. larmes aux yeux).
2. Intérêt ou plaisir clairement réduit pour toutes les activités ou presque, durant la majeure partie de la journée et presque tous les jours, comme en témoignent la description subjective ou les observations d'autres personnes.
3. Perte de poids importante sans régime ou prise de poids (p. ex. plus de 5 % de la masse corporelle en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou retard psychomoteurs, presque tous les jours (observable par d'autres personnes, pas uniquement les sentiments subjectifs d'agitation ou d'inhibition).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiments d'inutilité ou de culpabilité excessifs ou injustifiés (qui peuvent avoir le caractère d'un délire) presque tous les jours (pas seulement le reproche ou la culpabilité d'être malade).
8. Capacité de réflexion ou de concentration réduite, ou indécision, presque tous les jours (décrite subjectivement ou observée par d'autres personnes).
9. Pensées de mort récurrentes (pas uniquement la peur de mourir), pensées suicidaires récurrentes sans plan précis, ou une tentative de suicide, ou un projet de suicide précis.
10. Les symptômes causent des souffrances cliniquement significatives ou des limitations dans le fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
11. L'épisode ne peut être attribué aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection somatique.

Contrôlez la présence des 7 symptômes clés de « Trouble bipolaire » chez le patient (au moins 3) :

1. Le patient a-t-il besoin de peu de sommeil, p. ex. dort-il seulement quelques heures tout en débordant d'énergie ?
2. Le patient a-t-il le sentiment de déborder d'idées ?
3. Le patient a-t-il tendance à vouloir constamment parler, est-il difficile de l'interrompre, et a-t-il tendance à faire des blagues inadaptées ?
4. Le patient a-t-il la folie des grandeurs, a-t-il extrêmement confiance en lui ?
5. Le patient a-t-il récemment fait preuve d'un comportement dangereux, impliquant un risque de dommages réels, ayant p. ex. occasionné des dettes ?
6. Le patient est-il extrêmement focalisé sur un ou plusieurs objectifs déterminés, multitâche ?
7. Le patient se disperse-t-il beaucoup, p. ex. en entamant plusieurs tâches sans les terminer ?

↓ Oui, à au moins aux 3 questions ci-dessus

Estimation supplémentaire du risque pour le diagnostic de Trouble bipolaire

- ✓ Des membres de la famille présentent-ils les mêmes symptômes ?
- ✓ L'humeur et l'énergie du patient connaissent-elles régulièrement des hauts et des bas ?
- ✓ Le patient se sent-il régulièrement « hyper » ou irrité (voire hostile), de sorte qu'il lui est difficile de réprimer différentes pensées ?

↓ Oui, à moins une des 3 questions ci-dessus

Suspicion de Trouble bipolaire

Envisager - en concertation avec le patient - le renvoi aux **soins de santé mentale le plus apte à fournir un traitement adéquat**. Il est fortement recommandé de renvoyer aux **Urgences** ou à une **Équipe mobile de crise**.

↓ Non

Il ne s'agit probablement pas d'un trouble bipolaire, mais peut-être un autre problème psychique. Allez au module "Anxiété" ou "Dépression" pour évaluer la nature du problème psychique ou envisager - en concertation avec le patient - le renvoi aux **soins de santé mentale le plus apte à fournir un traitement adéquat** = **soin de première ligne**

↓ Non

ESTIMATION DE L'ANXIÉTÉ(1)

Le patient souffre-t-il de sentiments d'angoisse?

Non

Allez au module "Anxiété" ou "Burn-out" pour évaluer la nature du problème psychique

Oui

Y a-t-il un événement traumatique que le patient est amené à revivre (flash-back)?

Oui

Cette réapparition (flash-back sur l'événement traumatique) dure-t-elle depuis plus d'un mois ?

Oui

Non

Il s'agit probablement de **stress aigu** - allez au module Triage pour en évaluer la gravité ou envisager - en concertation avec le patient - le renvoi aux **soins de santé mentale le plus apte à fournir un traitement adéquat = soin de première ligne.**

Il s'agit probablement d'un **trouble de stress post-traumatique (TSPT)** - allez au module Triage pour en évaluer la gravité ou envisager - en concertation avec le patient - le renvoi aux **soins de santé mentale le plus apte à fournir un traitement adéquat = soin de première ligne.**

Est-il question de pensées et d'actions compulsives dérangeantes et répétées (contrôle, rituels...)?

Oui

Ces pensées et actions compulsives sont-elles liées à l'image corporelle?

Oui

Il s'agit probablement d'une **dysmorphophobie** - allez au module Triage pour en évaluer la gravité ou envisager - en concertation avec le patient - le renvoi aux **soins de santé mentale le plus apte à fournir un traitement adéquat = soin de première ligne.**

Non

Y a-t-il une inquiétude/peur/anxiété exagérée à propos d'événements divers et quotidiens, depuis plus de six mois?

Oui

Non

Il s'agit probablement d'un **trouble anxieux généralisé (TAG)** - allez au module Triage pour en évaluer la gravité ou envisager - en concertation avec le patient - le renvoi aux **soins de santé mentale le plus apte à fournir un traitement adéquat = soin de première ligne.**

Il s'agit probablement d'un **trouble obsessionnel compulsif** - allez au module Triage pour en évaluer la gravité ou envisager - en concertation avec le patient - le renvoi aux **soins de santé mentale le plus apte à fournir un traitement adéquat = soin de première ligne.**

Non

Suite à la page suivante...

ESTIMATION DE L'ANXIÉTÉ (2)

Est-il question d'épisodes récurrents d'attaques de panique?

Non

Oui

Ces attaques de panique s'accompagnent-elles de l'évitement de situations où la fuite est impossible ou où le patient ne peut probablement pas compter sur une aide quelconque?

Non

Oui

Est-il question de craintes et d'évitements de situations ou objets spécifiques (animaux, hauteurs, etc.)?

Non

Oui

Il s'agit probablement d'un **trouble panique sans agoraphobie**

Il s'agit probablement d'un **trouble panique avec agoraphobie**

Allez au module Triage pour en évaluer la gravité ou envisager - en concertation avec le patient - le renvoi aux **soins de santé mentale le plus apte à fournir un traitement adéquat = soin de première ligne.**

Il s'agit probablement d'une **phobie simple** - allez au module Triage pour en évaluer la gravité ou envisager - en concertation avec le patient - le renvoi aux **soins de santé mentale le plus apte à fournir un traitement adéquat = soin de première ligne.**

Est-il question de craintes et d'évitements de situations sociales ou de jugements sociaux?

Non

Oui

Il s'agit probablement d'une **phobie sociale** - allez au module Triage pour en évaluer la gravité ou envisager - en concertation avec le patient - le renvoi aux **soins de santé mentale le plus apte à fournir un traitement adéquat = soin de première ligne.**

Est-il question de craintes de maladie physique aiguë/perde de contrôle/folie... ?

Non

Oui

Il s'agit probablement d'un **trouble panique** - allez au module Triage pour en évaluer la gravité ou envisager - en concertation avec le patient - le renvoi aux **soins de santé mentale le plus apte à fournir un traitement adéquat = soin de première ligne.**

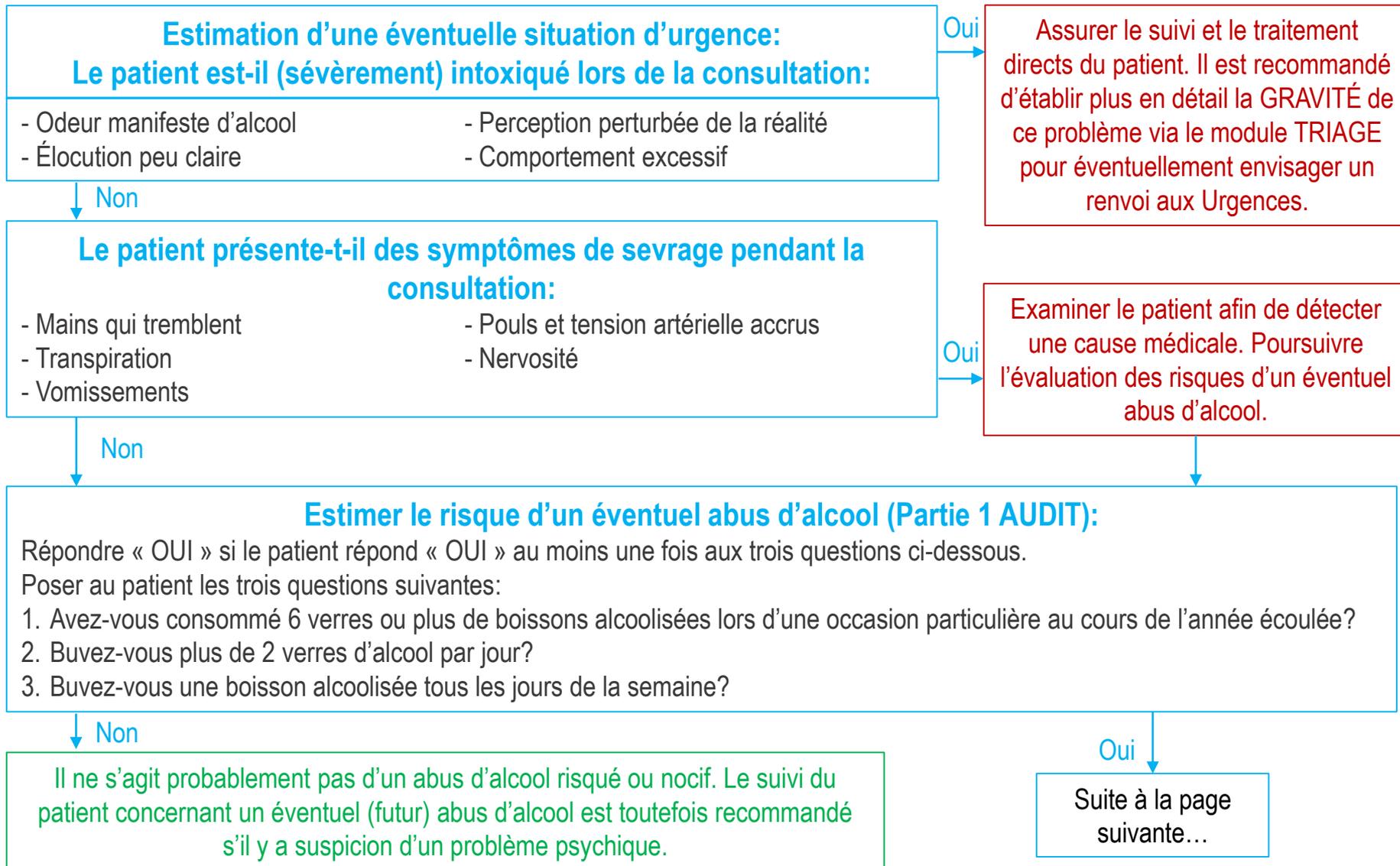
Est-il question de craintes de maladies graves avec beaucoup de contrôle/la recherche de réconfort/des comportements d'évitement?

Non

Oui

Il s'agit probablement d'une **hypocondrie** - allez au module Triage pour en évaluer la gravité ou envisager - en concertation avec le patient - le renvoi aux **soins de santé mentale le plus apte à fournir un traitement adéquat = soin de première ligne.**

Il ne s'agit probablement pas d'un trouble anxieux, mais d'un autre problème psychique lié au stress: évaluer davantage via le module **Stress/Détresse, Burn-Out** ou **Dépression**, ou envisager, si possible en concertation avec le patient, de renvoyer aux soins de santé mentale le plus apte à fournir un traitement adéquat en vue d'un psychodiagnostic plus approfondi = **soin de première ligne.**



Estimer le risque d'un éventuel abus d'alcool (Partie 1 AUDIT):

Répondre « OUI » si le patient répond « OUI » au moins une fois aux trois questions ci-dessous.

Poser au patient les trois questions suivantes:

1. Avez-vous consommé 6 verres ou plus de boissons alcoolisées lors d'une occasion particulière au cours de l'année écoulée?
2. Buvez-vous plus de 2 verres d'alcool par jour?
3. Buvez-vous une boisson alcoolisée tous les jours de la semaine?

↓
Oui

Estimer le risque d'un éventuel abus d'alcool (Partie 2 AUDIT):

Il peut y avoir une consommation d'alcool risquée ou nocive. Il est recommandé de procéder au test **AUDIT** complet (Alcohol Use Disorders Identification Test). Cela peut se faire en ligne via www.me-assist.com ou le questionnaire peut également avoir lieu en **face à face** via le Questionnaire AUDIT disponible dans cette application. .

L'interprétation des résultats du test AUDIT est présentée ci-dessous:

- ✓ Note de 0 à 6 pour les femmes et les 65+ et note de 0 à 7 pour les hommes de moins de 65 ans: consommation d'alcool acceptable, aucun autre conseil n'est nécessaire
- ✓ Score de 7 à 19 pour les femmes et les 65+ et note de 8 à 19 pour les hommes de moins de 65 ans : consommation d'alcool problématique, donner de brefs conseils ou proposer une intervention courte.
- ✓ Note au-delà de 20 : dépendance à l'alcool, rediriger vers des intervenants spécialisés.

Estimation d'une éventuelle situation d'urgence: Le patient est-il en surdose au moment de la consultation?

Vérifier les symptômes suivants. Répondre « OUI » si le patient répond « OUI » aux trois questions ci-dessous:

1. Le patient est-il peu ou pas réactif?
2. Le patient respire-t-il lentement ?
3. Les pupilles du patient sont-elles dilatées ou contractées?

Non

Oui

Assurer le suivi et le traitement directs du patient. Il est recommandé d'établir plus en détail la Gravité de ce problème via le module Triage pour éventuellement envisager un renvoi aux Urgences.

Le patient est-il sous l'influence de drogues pendant la consultation:

- ✓ Les pupilles du patient sont-elles dilatées ou contractées?
- ✓ Le patient présente-t-il une perception perturbée de la réalité?
- ✓ Le patient présente-t-il un pouls et une tension artérielle accrus?
- ✓ Le patient présente-t-il un comportement agressif?

Non

Oui

Assurer le suivi et le traitement directs du patient. Poursuivre l'évaluation des risques d'un éventuel abus de drogues.

Estimer le risque d'un éventuel abus de drogues:

Demander au patient: « Avez-vous pris des drogues ou des médicaments au cours des 12 derniers mois? »
Répondre « OUI » si le patient a pris au moins une des drogues ou un des types de médicaments ci-dessous.

- Drogues: cannabis, cocaïne, amphétamines, MDMA (XTC) ou autres drogues illégales
- Médicaments: somnifères et calmants ou antidépresseurs, médicaments contre la douleur, les médicaments stimulant

Non

Il ne s'agit probablement pas d'une consommation de drogues risquée ou nocive. Le suivi du patient concernant un éventuel (futur) abus de drogues est toutefois recommandé s'il y a suspicion d'un problème psychique.

Oui

Suite à la page suivante...

Estimer le risque d'un éventuel abus de drogues:

Il peut y avoir une consommation de drogues ou de certains médicaments risquée ou nocive. Il est recommandé de procéder au test **ASSIST** pour adultes (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) ou au **CRAFFT** pour les jeunes de 12 à 18 ans (Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble). Cela peut se faire en ligne via <https://www.me-assist.com> ou le questionnaire peut également avoir lieu en face à face via le Questionnaire ASSIST ou le Questionnaire CRAFFT disponibles dans cette application.

L'interprétation des résultats des tests **ASSIST** et **CRAFFT** est présentée ci-dessous :

ASSIST:

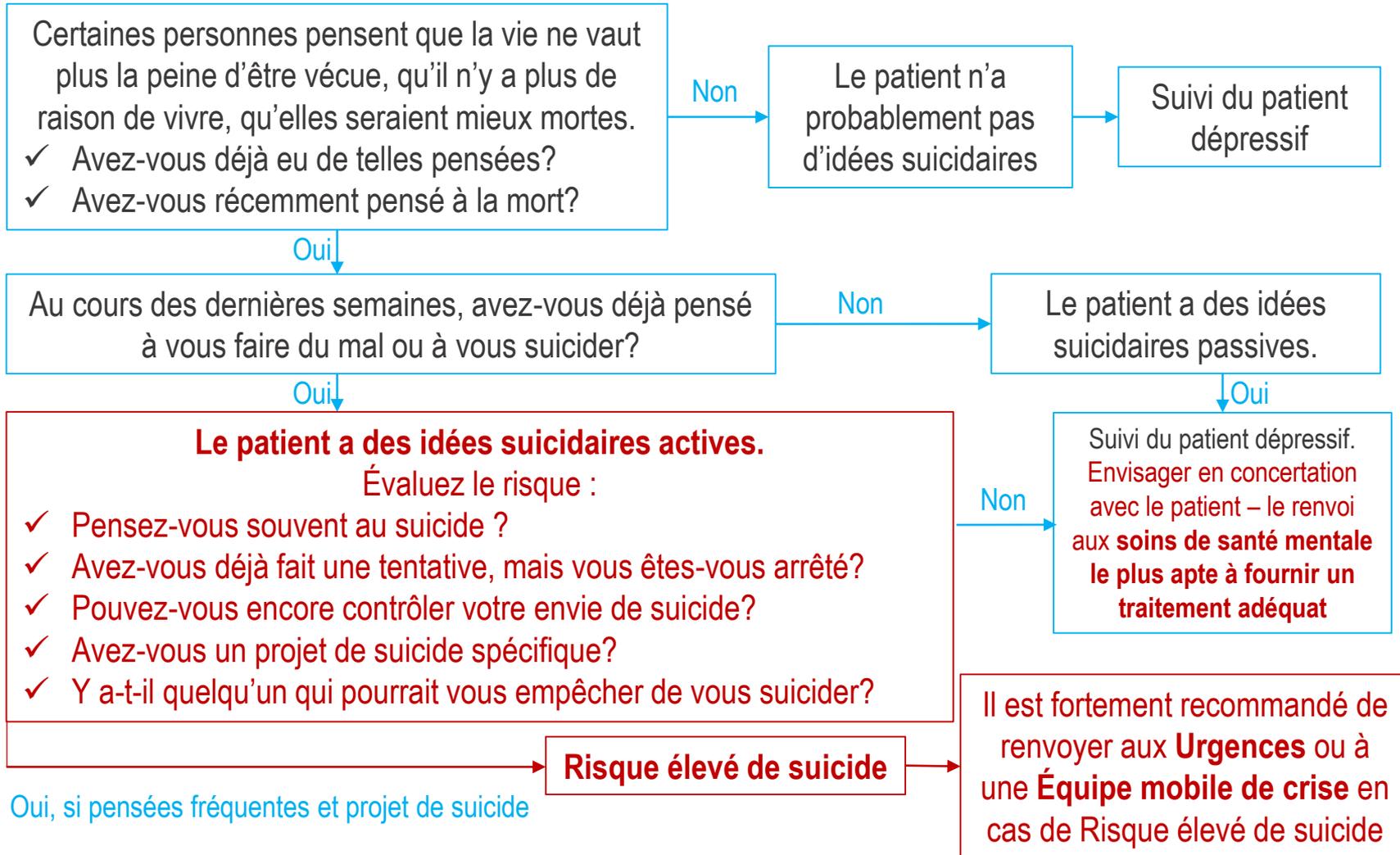
- ✓ Note de 0 à 6: risque faible d'abus de drogues ou de médicaments - donner brièvement des conseils sur les risques pour la santé, pas d'intervention nécessaire.
- ✓ Note de 4 à 26: risque accru d'abus de drogues ou de médicaments - proposer une intervention courte.
- ✓ Note au-delà de 27: risque élevé d'abus de drogues ou de médicaments - proposer un traitement plus intensif ou envisager de rediriger vers des intervenants spécialisés.

CRAFFT:

- ✓ La note du test CRAFFT fournit une estimation de la probabilité d'un trouble - les instructions sur la manière d'interpréter et de discuter les résultats figurent sur le questionnaire.

Comment explorer d'éventuelles idées suicidaires chez un patient dépressif?

Basé sur Domus Medica, 2016; Chung Wai Mark et al. 2017



III. ARBRES DÉCISIONNELS

Références:

1. Abdul Pari A.A.; Simon J.; Wolstenholme J.; Geddes J.R.; Goodwin G.M. (2014). Economic evaluations in bipolar disorder: a systematic review and critical appraisal. *Bipolar Disorders* (16), p. 557–582.
2. Adamsson, A. and Bernhardsson, S. (2018). Symptoms that may be stress-related and lead to exhaustion disorder: a retrospective medical chart review in Swedish primary care, *BMC Family Practice*, (19) 172 <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0858-7>.
3. Aznar-Lou, I.; Iglesias-González, M.; Rubio-Valera, M.; Penarrubia-Maria, M.T.; Mendive, J.M.; Murrugarra-Centurion, A.G.; Gil-Girbau, M.; González-Suner, L.; Peuters, C. and Serrano-Blanco, A. (2018). Diagnostic accuracy and treatment approach to depression in primary care: predictive factors, *Family Practice* (36-1) p. 3–11, doi:10.1093/fampra/cmy098.
4. Barlow, D.H. and Kennedy, K.A. (2016). New Approaches to Diagnosis and Treatment in Anxiety and Related Emotional Disorders: A Focus on Temperament, *Canadian Psychology* (57-1), p. 8-20, <http://dx.doi.org/10.1037/cap0000039>.
5. Batelaan, N.M.; Smit, J.H.; Cuijpers, P.; van Marwijk, H.W.J.; Terluin, B. and van Balkom, A.J.L.M. (2012). Prevention of anxiety disorders in primary care: A feasibility study, *BMC Psychiatry* (12-206), <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/206>.
6. Bianchi, R.; Schonfeld, I.S. and Laurent, E. (2014). Is Burnout a Depressive Disorder? A Reexamination With Special Focus on Atypical Depression, *International Journal of Stress Management* (21-4), p. 307-324
7. Bianchi, R.; Schonfeld, I.S. and Laurent, E. (2019). Burnout: Moving beyond the status quo, *International Journal of Stress Management* (26-1) p. 36-45).
8. Boness, C. L., Stevens, J. E., Steinley, D., Trull, T., & Sher, K. J. (2018). Deriving Alternative Criteria Sets for Alcohol Use Disorders Using Statistical Optimization: Results from the National Survey on Drug Use and Health, *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, <http://dx.doi.org/10.1037/pha0000249>
9. Boomsma, L.; Drost, B.; Larsen, I.; Luijckx, H.; Meerkerk, G.J.; Valken, N.; Verduijn, M.; Burgers, J.; van der Weele, G. and Sijbom, M. (2014). NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (derde herziening). *Huisarts Wet* (57-12), p. 638-646.
10. Bowins, B. (2014). Depression: Discrete or Continuous? *Psychopathology*, DOI: 10.1159/000366504.
11. Cameron, I.M.; Lawton, K. and Reid, I.C. (2011). Recognition and subsequent treatment of patients with sub-threshold symptoms of depression in primary care, *Journal of Affective Disorders* (13), p. 99-105.
12. Christensen, K.S.; Sokolowski, I. and Olesen, F. (2011). Case-finding and risk-group screening for depression in primary care, *Scandinavian Journal of Primary Health Care* (29-2), p. 80-84, <https://doi.org/10.3109/02813432.2011.554009>.
13. Christensen, K.S.; Oernboel, E.; Nielsen, M.G. and Bech, P. (2019). Diagnosing depression in primary care: a Rasch analysis of the major depression inventory, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, <https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1568703>.
14. Chung Wai Mark, Choon How How and Yin Ping (2016). Major depression in primary care: making the diagnosis, *Singapore Medical Journal* (57-11), p. 591-597.

III. ARBRES DÉCISIONNELS

Références:

15. Chung Wai Mark, Choon How How and Yin Ping (2017). Managing depression in primary care, *Singapore Medical Journal* (58-8), p. 459-466.
16. Chung Wai Mark, Choon How How and Yin Ping (2017). Depression in primary care: assessing suicide risk, *Singapore Medical Journal* (58-2), p. 72-77.
17. Clarke, D.M.; Cook, K.; Graeme, C.S. and Piterman, L. (2008). What do general practitioners think depression is? A taxonomy of distress and depression for general practice, *Medical Journal of Australia* (188-12), p. S110 – S113.
18. Curth, N.K.; Brick-Claussen, U.O.; Davidsen, A.S.; Engelbrecht Lau, M.; Lundsteen, M.; Csillag, C.; Hjorthoj, C.; Nordentoft, M. and Eplöv, L.F. (2017). Collaborative care for panic disorder, generalised anxiety disorder and social phobia in general practice: study protocol for three cluster-randomised, superiority trials, *Trials* (18-382), DOI 10.1186/s13063-017-2120-3.
19. Danhof-Pont, M.B.; van Veen, T. and Zitman, F.G. (2011). Biomarkers in burnout: A systematic review, *Journal of Psychosomatic Research* (70), p. 505 – 524.
20. Desart, S.; Schaufeli, W.B. and De Witte, H. (2017). Op zoek naar een nieuwe definitie van burn-out, *Tijdschrift van het Steunpunt Werk* (1) p. 86-92.
21. Dietch, D. (2015). Recognising Bipolar Disorders in Primary Care, *Psychiatria Danubina* (27-1) p. 188-194.
22. Domus Medica (2009). Chevalier, P.; Debauche, M.; Dereau, P.; Duray, D.; Gailly, J.; Paulus, D. and Vanhalewyn, M. (2009). *Geneesmiddelenverslaving*. Domus Medica VZW.
23. Domus Medica (2011). Michels, J.; Hoeck, S.; Dom, G.; Goossens, M.; Van Hal, G. and Van Royen, P. *Problematisch alcoholgebruik, aanpak door de huisarts*, Domus Medica VZW.
24. Domus Medica (2016). Declercq, T.; Habraken, H.; Van Den Ameele, H.; Callens, J.; De Lepeleire, J. and Cloetens, H. *Depressie bij volwassenen*. Domus Medica VZW.
25. Engebretsen, K.M. (2018). Suffering without a medical diagnosis. A critical view on the biomedical attitudes towards persons suffering from burnout and the implications for medical care, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* (24) p. 1150-1157
26. Epel, E.S.; Crosswell, A.D.; Mayera, S.E.; Prather, A.A.; Slavich, G.M.; Puterman, E. and Mendes, W.B. (2018). More than a feeling: A unified view of stress measurement for population science, *Front Neuroendocrinol* (49), 146–169, doi:10.1016/j.yfrne.2018.03.001
27. Ferguson, J.M. (2000). Depression: Diagnosis and Management for the Primary Care Physician, *Journal of Clinical Psychiatry* (2-5), p. 173-179.
28. Fernández, A.; Rubio-Valera, M.; Bellón, J.A.; Pinto-Meza, A.; Vicente Luciano, J.; Mendive, J.M.; Maria Haro, J.; Palao, D.J. and Serrano-Blanco, A. (2012). Recognition of anxiety disorders by the general practitioner: results from the DASMAPP Study, *General Hospital Psychiatry* (34), p. 227 – 233.
29. Gerrits, M.M.J.G.; van Marwijk, H.W.J.; van Oppen, P.; van der Horst, H.E. and Penninx, B.W.J.H. (2013). The role of somatic health problems in the recognition of depressive and anxiety disorders by general practitioners, in: *Journal of Affective Disorders* (151-3), p. 1025-1032.

III. ARBRES DÉCISIONNELS

Références:

30. Goetter, E. M.; Frumkin, M. R.; Palitz, S. A.; Swee, M. B.; Baker, A. W.; Bui, E.; & Simon, N. M. (2018). Barriers to Mental Health Treatment Among Individuals With Social Anxiety Disorder and Generalized Anxiety Disorder. *Psychological Services*, <http://dx.doi.org/10.1037/ser0000254>.
31. Guo, Y.G., Kuroki, T., Koizumi, S. (2001). Abnormal illness behavior of patients with functional somatic symptoms: relation to psychiatric disorders, *General Hospital Psychiatry* (23), p. 223-229.
32. Helmgren, K.; Sandheimer, C.; Mardby, A-C.; Larsson, M.E.H.; Bültmann, U.; Hange, D. and Hensing, G. (2016). Early identification in primary health care of people at risk for sick leave due to workrelated stress – study protocol of a randomized controlled trial (RCT), *BMC Public Health*, 16:1193 DOI 10.1186/s12889-016-3852-9.
33. Hoes, M. (1986). Stress and Strain, their definition, Psychobiology and Relationship to Psychosomatic Medicine, *Journal of Orthomolecular Medicine* (1 – 1), p. 30-38.
34. Hoge Gezondheidsraad (2013). Angststoornissen: opvang van de patiënt en optimaal gebruik van het zorgsysteem en de therapeutische opties. *ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD* nr. 8898.
35. Hoge Gezondheidsraad (2014). Depressieve stoornis: opvang van de patiënt en optimaal gebruik van het zorgsysteem en de therapeutische opties. *ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD* nr. 8155.
36. Jordan, P.; Shedden-Mora, M.C. and Löwe, B. (2018). Predicting suicidal ideation in primary care: An approach to identify easily assessable key variables, *General Hospital Psychiatry* (51), p. 106–111, <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.02.002>.
37. Kakiashvili, T.; Leszek, J. and Rutkowski, K. (2013). The medical perspective on burnout, *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* (3) p. 401 – 412.
38. Kartal, M. (2011). Challenges and Opportunities in Diagnosis and Management of Generalized Anxiety Disorder in Primary Care, in: *Anxiety and Related Disorders*, Chapter 4, p. 71-86.
39. KCE (2014). The long-term efficacy of psychotherapy, alone or in combination with antidepressants, in the treatment of adult major depression, *KCE Report 230*.
40. Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.L.T., Walters, E.E. & Zaslavsky, A.M. (2002) Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, (32), p. 959-956.
41. Lang, P.J.; McTeague, L.M. and Bradley, M.M. (2017). The Psychophysiology of Anxiety and Mood Disorders. The RDoC Challenge, *Zeitschrift für Psychologie* (225-3), p. 175–188, <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000302>.

III. ARBRES DÉCISIONNELS

Références:

42. Maercker, A. and Lorenz, L. (2018). Adjustment disorder diagnosis: Improving clinical utility, *The World Journal of Biological Psychiatry*, <https://doi.org/10.1080/15622975.2018.1449967>.
43. Maremmani, A.G.I.; Maiello, M.; Glauco Carbone, M.; Pallucchini, A.; Brizzi, F.; Belcari, I.; Conversano, C.; Perugi, G. and Maremmani, I. (2018). Towards a psychopathology specific to Substance Use Disorder: Should emotional responses to life events be included? *Comprehensive Psychiatry* (80) p. 132–139, <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.10.001>.
44. Mitchell, A.J.; Rao, S. and Vaze, A. (2011). Can general practitioners identify people with distress and mild depression? *Journal of Affective Disorders* (130), p. 26-36.
45. Mikolajczak, M. and Roskam, I. (2018). A Theoretical and Clinical Framework for Parental Burnout: The Balance Between Risks and Resources (BR2), *Frontiers in Psychology*, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00886>
46. Möbius, D. (2012). *Achtergrondossier alcoholinterventie op spoeddiensten*. Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw.
47. Muntingh, A.; van der Feltz-Cornelis, C.; van Marwijk, H.; Spinghoven, P.; Addendelft, W.; de Waal, M.; Adèr, H. and van Balkom, A. (2014). Effectiveness of Collaborative Stepped Care for Anxiety Disorders in Primary Care: A Pragmatic Cluster Randomised Controlled Trial, *Psychother Psychosom* (83), p. 37-44, DOI: 10.1159/000353682.
48. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (2017). Generieke Module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk. www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl
49. Parker, A.J.R.; Marshall, E.J. and Ball, D.M. (2008). Diagnosis and management of alcohol use disorders, *Clinical Review* (336), p. 496-501, doi:10.1136/bmj.39483.457708.80
50. Piek, E.; Nolen, W.A.; van der Meer, K.; Joling, K.J.; Kollen, B.J.; Penninx, B.W.J.H.; van Marwijk, H.W.J. and van Hout, H.P.J. (2012). Determinants of (non-) recognition of depression by general practitioners: Results of the Netherlands study of depression and anxiety, *Journal of Affective Disorders* (138), p. 397-404.
51. Quilty, L.C.; Pelletier, M.; DeYoung, C.G. and Bagby, R.M. (2012). Hierarchical personality traits and the distinction between unipolar and bipolar disorders, *Journal of Affective Disorders*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.012>.
52. Richter, J.; Pittig, A.; Hollandt, M. and Lueken, U. (2017). Bridging the Gaps Between Basic Science and Cognitive-Behavioral Treatments, *Zeitschrift für Psychologie* (225-3), p. 252-267, <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000309>.
53. Rosellini, A.J. and Brown, T.A. (2014). Initial Interpretation and Evaluation of a Profile-Based Classification System for the Anxiety and Mood Disorders: Incremental Validity Compared to DSM–IV Categories, *Psychological Assessment* (26-4) p. 1212–1224, <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000023>.
54. Ruiz-Rodríguez, P.; Cano-Vindel, A.; Muñoz-Navarro, R.; Wood, C.M.; Medrano, L.A.; Moretti, L.S. and PsicAP Research Group (2018). Cost-Effectiveness and Cost-Utility Analysis of the Treatment of Emotional Disorders in Primary Care: PsicAP Clinical Trial. Description of the Sub-study Design, *Frontiers in Psychology* (9-281) doi: 10.3389/fpsyg.2018.00281.

III. ARBRES DÉCISIONNELS

Références:

55. Sansone, R.A. and Sansone, L.A. (2011). Managing Bipolar Disorder in the Primary Care Setting: A Perspective for Mental Health Professionals, *Innovations in Clinical Neuroscience* (8-10), p. 10-13.
56. Sinnema, H.; Franx, G.; Spijker, J.; Ruiters, M.; van Haastrecht, H.; Verhaak, P. and Nuyen, J. (2013). Delivering stepped care for depression in general practice: Results of a survey amongst general practitioners in the Netherlands, *The European Journal of General Practice*, (19)4, p. 221-229, DOI: 10.3109/13814788.2013.780018
57. Smolders, M.; Laurant, M.; van Rijswijk, E.; Mulder, J.; Braspenning, J.; Verhaak, P.; Wensing, M. and Grol, R. (2009). Depressed and a comorbid condition: More psychotropics prescribed! *The European Journal of General Practice* (14-1), p.10-18, <https://doi.org/10.1080/13814780701855724>.
58. Teismann, T.; Lukaschek, K.; Hiller, T.S.; Breitbart, J.; Brettschneider, C.; Schumacher, U.; Margraf, J.; Gensichen, J. and the Jena Paradies Study Group (2018). Suicidal ideation in primary care patients suffering from panic disorder with or without agoraphobia, *BMC Psychiatry* (18-305) <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1894-5>.
59. Ter Meulen, W.G.; Visser, H.M.; Elders, P.J.M. and Kupka, R.W. (2016). De huisarts als primaire behandelaar van patiënten met een bipolaire stoornis: een exploratief onderzoek, *Tijdschrift voor Psychiatrie* (58-3), p. 190-197.
60. Traunmüller, C.; Gaisbachgrabner, K.; Lackner, H.K. and Schwerdtfeger, A.R. (2016). Burnout of the Mind – Burnout of the Body? *Journal of Psychophysiology* (32-1), p. 30–42.
61. Van Boven, K.; Lucassen, P.; van Ravesteijn, H.; olde Hartman, T.; Bor, H.; van Weel-Baumgarten, E. and van Weel, C. (2011). Do unexplained symptoms predict anxiety or depression? Ten-year data from a practice-based research network, *British Journal of General Practice*, e317.
62. Van Dam, A. (2016). Subgroup Analysis in Burnout: Relations Between Fatigue, Anxiety and Depression, *Frontiers in Psychology*, doi:10.3389/fpsyg.2016.00090
63. Walters, K.; Buszewicz, M.; Scott, W. and King, M. (2011). Mixed anxiety and depressive disorder outcomes: prospective cohort study in primary care, *The British Journal of Psychiatry* (198), p. 472-478.
64. Walters K.; Rait, G.; Griffin, M.; Buszewicz, M. and Nazareth, I. (2012). Recent Trends in the Incidence of Anxiety Diagnoses and Symptoms in Primary Care, *Plos One* (7-8) e41670. doi:10.1371/journal.pone.0041670.
65. Wolf, A.W.; Schubert, D.S.P.; Patterson, M.B.; Grande, T.P.; Brocco, K.J. and Pendleton, L. (1988). Associations among major psychiatric diagnoses, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (56-2), p. 292-294.



**blue
planet**
ACADEMY & CONSULTING

service public fédéral
SANTÉ PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT



federale overheidsdienst
VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

IV. GUIDE DES TRAITEMENTS POSSIBLES DES PROBLÈMES PSYCHIQUES

IV. GUIDE DE TRAITEMENT

Comme nous l'avons mentionné dans le premier chapitre, les services d'assistance réguliers n'atteignent toujours pas un groupe considérable de personnes souffrant d'un problème psychique et beaucoup ne franchissent le pas pour demander de l'aide qu'à un stade avancé. Pendant ce temps, l'on prend de grandes quantités de médicaments – en délivrance libre ou non – malgré la présence d'interventions psychosociales fondées sur la science. La stigmatisation qui est toujours fortement associée aux affections psychiques ainsi que le retard au niveau des connaissances en matière de traitements efficaces sont également une cause de la négligence à l'origine de l'absence persistante de traitement des problèmes psychiques. Cela implique un coût énorme pour la société, qui s'exprime dans la quantité de jours de maladie et d'indemnités de maladie (Meijer et al., 2006 ; Layard et al., 2018).

Bien qu'il ne s'agisse pas de l'objectif de cette application, nous partageons dans ce chapitre quelques directives pour le traitement des problèmes psychiques présentés dans l'application. Nous appliquons à cet égard le principe des soins par paliers (stepped care) qui consiste à commencer par le traitement le moins intensif (Meijer & Verhaak, 2004 ; Meijer et al., 2006 ; Sikorski et al., 2012 ; NHG, 2016 ; Layard et al., 2018). Vous ne trouverez pas dans ce manuel de schémas de médication.

Soins de santé mentale - soins de première ligne

✓ **Caractéristiques:**

- ✓ Prestations de soins de base généraliste
- ✓ Accès facile, soins de quartier
- ✓ Ambulatoire, patient dans son propre environnement

✓ **Thérapeutes possibles:**

- ✓ Médecin généraliste
- ✓ Psychologue de première ligne/orthopédagogue
- ✓ Travailleur social

✓ **soins de première ligne prodigués par le médecin généraliste en cas de problèmes psychiques**

- Le médecin généraliste envisage - en concertation avec le patient - le renvoi au **psychologue de première ligne/à l'orthopédagogue** en vue d'une estimation du problème psychique et/ou d'une **intervention psychologique** via un traitement de courte durée.
- **Parallèlement**, le médecin généraliste peut également prodiguer un traitement et il a le choix parmi les interventions suivantes :
 1. **Informations:** donner des informations sur la nature du problème psychique et prodiguer des conseils pratiques pouvant favoriser le rétablissement, comme un programme journalier structuré, des soins autonomes (c.-à-d. hygiène corporelle, activité physique, sommeil en suffisance, alimentation saine, etc.), un soutien par les proches, éventuellement **eHealth** et **mHealth**
 2. **Accompagnement:** le médecin généraliste entretient des contacts de soutien (consultations de suivi) avec le patient et apprend à celui-ci à se fixer des objectifs concrets et quotidiens pour lui-même dans les différents rôles sociaux (famille, amis, travail, etc.)
 3. **Traitement pharmacologique:** en fonction de la souffrance et des souhaits du patient. Ce type d'intervention ne doit idéalement être instauré que lorsque toutes les interventions précédentes n'offrent aucune solution à la problématique psychique du patient.

“Burn-Out”

- Estimez le risque de problème psychique et donnez des explications.
- Utilisez éventuellement un instrument de mesure afin de valider davantage l'estimation.
- Consultez les **directives NICE** ou l'**avis du Conseil supérieur de la Santé (2017) sur le burn-out et le travail**, afin de déterminer le traitement optimal
- Conseillez des **mesures d'ordre général** au patient.
 - Bonne hygiène de sommeil, bonne alimentation, pratique sportive ou activité physique suffisante, yoga, massages...
 - Contrôlez particulièrement si le patient n'a pas une consommation modérée (ou excessive) d'alcool et expliquez-lui que l'alcool ne résout ni le stress ni une éventuelle humeur morose. Renvoyez éventuellement au mode de vie sain.
 - Recommandez-lui de chercher un soutien social dans sa famille et/ou parmi ses amis.
- En cas de **Burn-out** : voyez avec le patient s'il est nécessaire qu'il **arrête de travailler** pendant 2 à 3 mois.
- Discutez d'un éventuel **accompagnement psychothérapeutique** pour le patient. Quel est le souhait du patient ?
Idéalement, le patient doit être adressé à un coach ou à un psychologue de première ligne/orthopédagogue en vue d'un accompagnement en tête à tête étant donné que le bien-être du patient est sérieusement perturbé et que la situation peut évoluer vers d'autres problèmes psychiques comme une « Dépression grave », etc.
 - Envisagez un éventuel soutien supplémentaire via eHealth ou mHealth.
- En l'absence de transdiagnostic de Dépression, il semble inutile d'instaurer un **traitement pharmacologique**.
- Planifiez **une consultation de suivi** : en particulier si le patient ne souhaite pas être adressé à un coach ou à un psychologue de première ligne/orthopédagogue en vue d'un traitement psychothérapeutique.

“Anxiété”

- Estimez le risque de problème psychique et donnez des explications.
- Utilisez éventuellement un instrument de mesure afin de valider davantage l'estimation.
- Consultez les **directives NICE** ou l'avis du **Conseil supérieur de la Santé (2013) sur les troubles anxieux**, afin de déterminer le traitement optimal
- Conseillez des **mesures d'ordre général** au patient.
 - Bonne hygiène de sommeil, bonne alimentation, pratique sportive ou activité physique suffisante, yoga, massages...
 - Contrôlez particulièrement si le patient n'a pas une consommation modérée (ou excessive) d'alcool et expliquez-lui que l'alcool ne résout ni le stress ni une éventuelle humeur morose. Renvoyez éventuellement au mode de vie sain.
 - Recommandez-lui de chercher un soutien social dans sa famille et/ou parmi ses amis.
- Discutez d'un éventuel **accompagnement psychothérapeutique** pour le patient. Quel est le souhait du patient ? Idéalement, le patient doit être adressé à un coach ou à un psychologue de première ligne/orthopédagogue en vue d'un accompagnement en tête à tête étant donné que le bien-être du patient est sérieusement perturbé et que la situation peut évoluer vers d'autres problèmes psychiques comme une « Dépression grave », etc.
 - Envisagez un éventuel soutien supplémentaire via eHealth ou mHealth.
- En l'absence de transdiagnostic de Dépression, il semble inutile d'instaurer un **traitement pharmacologique**.
- Planifiez **une consultation de suivi** : en particulier si le patient ne souhaite pas être adressé à un coach ou à un psychologue de première ligne/orthopédagogue en vue d'un traitement psychothérapeutique.

“Dépression”

- Estimez le risque de problème psychique et donnez des explications.
- Utilisez éventuellement un instrument de mesure afin de valider davantage l'estimation.
- Attendez **plusieurs consultations** avant de diagnostiquer une « Dépression grave » afin d'être certain qu'il s'agit de ce problème psychique et non d'un « Trouble bipolaire » (renvoi idéal !).
- Consultez les **directives NICE** ou la directive de **Domus Medica (2016)** ou l'**avis du Conseil supérieur de la Santé (2014) sur la dépression** afin de déterminer le traitement optimal
- Débutez un **traitement pharmacologique** en fonction de l'estimation personnelle du médecin généraliste et du souhait du patient. De préférence pas de traitement pharmacologique chez les femmes enceintes ou qui allaitent.
- Discutez d'un éventuel **accompagnement psychothérapeutique** pour le patient. Quel est le souhait du patient ? Idéalement, le patient doit être adressé à un coach ou à un psychologue (de première ligne)/orthopédagogue clinicien formé en vue d'un accompagnement en tête à tête étant donné que le bien-être du patient est sérieusement perturbé et que la situation peut évoluer vers d'autres problèmes psychiques ainsi que vers un suicide.
 - Une étude (KCE, 2014) a prouvé qu'un traitement pharmacologique combiné à une psychothérapie offrait le meilleur résultat à long terme.
 - Envisagez un éventuel soutien supplémentaire via eHealth ou mHealth.
- En fonction de la situation à risque du patient (p. ex. risque potentiel de suicide, violence, confusion, constatation d'autres troubles psychiques rares), le médecin généraliste envisage un renvoi aux **soins de santé mentale le plus apte à fournir un traitement adéquat**.
- Des « **soins par paliers (stepped care)** » sont importants en cas de « Dépression grave », d'où la nécessité que le médecin généraliste continue à suivre le patient via des consultations de suivi, même si le patient a été adressé pour une psychothérapie ou des soins de santé mentale le plus apte à fournir un traitement adéquat. Le médecin généraliste assure le rôle de personne de confiance, d'oreille attentive et de conseiller.

« Trouble bipolaire »

- Estimez le risque de problème psychique et donnez des explications
- Utilisez éventuellement un instrument de mesure afin de valider davantage l'estimation
- Si le médecin généraliste suspecte un trouble bipolaire, il est fortement recommandé de renvoyer le patient vers les **soins de santé psychique spécialisés) – les soins de deuxième ou troisième ligne** (Ter Meulen et al., 2016 ; Fortney, et al., 2018).
 - Dans le cadre des soins de première ligne, le diagnostic de trouble bipolaire est plus souvent posé à tort que chez le psychiatre;
 - Étant donné la complexité et l'hétérogénéité de l'affection, il est peu vraisemblable que les médecins généralistes, avec ces faibles chiffres, acquièrent une expérience suffisante pour traiter les patients atteints de troubles bipolaires conformément aux dernières positions adoptées;
 - Le médecin généraliste peut envisager une consultation téléphonique avec un psychiatre avant de prendre une décision.

« Abus d'alcool »

- Estimez le risque de problème psychique et donnez des explications
- Utilisez éventuellement un instrument de mesure afin de valider davantage l'estimation
- Consultez **les directives NICE** ou **la directive de Domus Medica (2011) relatives à la consommation problématique d'alcool**, afin de déterminer le traitement optimal
 - Étant donné que les interventions longues ne sont pas réalistes dans la pratique généraliste, des interventions de 5 à 15 minutes sont recommandées, reposant sur la logique **FRAMES** :
 - ✓ **Feed-back** : après évaluation de la consommation d'alcool et des problèmes en découlant, le médecin donne un feed-back au patient concernant les risques pour la santé qu'entraîne une consommation excessive d'alcool.
 - ✓ **Responsability** : le médecin généraliste confie explicitement au patient la responsabilité du changement, en respectant son droit de faire ses propres choix.
 - ✓ **Advice about changing**(conseil) : le médecin généraliste donne des conseils au patient pour modifier, réduire ou arrêter sa consommation d'alcool d'une manière claire et sans jugement.
 - ✓ **Menus** (options) : le médecin généraliste propose au patient différentes options et approches thérapeutiques visant à modifier, réduire ou arrêter sa consommation d'alcool.
 - ✓ **Empathic counselling** (empathie) : le médecin généraliste accompagne le patient avec empathie, se montre cordial, respectueux et compréhensif.
 - ✓ **Self-efficacy** (efficacité personnelle, confiance) : le médecin généraliste encourage la confiance du patient en ses propres capacités pour favoriser une modification de la consommation d'alcool.
- En fonction de la gravité de la consommation d'alcool problématique, le médecin généraliste envisage de renvoyer le patient aux soins de santé mentale le plus apte à fournir un traitement adéquat .

« Abus de drogues »

- Estimez le risque de problème psychique et donnez des explications
- Utilisez éventuellement un instrument de mesure afin de valider davantage l'estimation
- Consultez **les directives NICE ou la directive Up To Date (2015) & Up To Date 2 (2017), ADAPTE-youth (2013) et Hendriks et al. (2018) relatives à la consommation problématique de drogues**, afin de déterminer le traitement optimal
- En fonction de la gravité de la consommation de drogues problématique, le médecin généraliste envisage de renvoyer le patient aux soins de santé mentale le plus apte à fournir un traitement adéquat .
- Il n'existe aucune preuve (convaincante) en faveur d'un traitement pharmacologique d'un trouble de la consommation de cannabis, de cocaïne, d'amphétamines, d'ecstasy, de GHB et de benzodiazépines et, dès lors, aucun traitement pharmacologique ne peut être recommandé pour ces troubles.
- Il est recommandé, lorsque c'est possible, de faire participer l'entourage du patient au traitement.
- Il est recommandé d'accorder une attention toute particulière dans le cadre du traitement à la relation thérapeutique et aux choix et souhaits du patient.
- Il est recommandé d'informer les patients pendant leur traitement au sujet des options complémentaires d'auto-assistance, comme les groupes de soutien.
- Dans le cadre du traitement, il est recommandé de prêter également attention – outre la comorbidité psychiatrique – aux objectifs du traitement qui ne sont pas (nécessairement) axés sur l'abstinence, et aux soins d'aide au rétablissement dans d'autres domaines, comme l'intégration sociale, le logement et la situation financière du patient.

IV. GUIDE DE TRAITEMENT

Références:

1. ADAPTE-youth (2018). Adapting best practice guidelines for the prevention, screening and treatment of substance misuse in adolescents to the Belgian context, http://www.belspo.be/belspo/organisation/Publ/pub_ostc/Drug/DR59_FinRap_en.pdf
2. Domus Medica (2011). Michels, J.; Hoeck, S.; Dom, G.; Goossens, M.; Van Hal, G. and Van Royen, P. *Problematisch alcoholgebruik, aanpak door de huisarts*, Domus Medica VZW.
3. Domus Medica (2016). Declercq, T.; Habraken, H.; Van Den Aemele, H.; Callens, J.; De Lepeleire, J. and Cloetens, H. *Depressie bij volwassenen*. Domus Medica VZW.
4. Fortney, J.C.; Pyne, J.M.; Ward-Jones, S.; Bennett, I.M.; Diehl, J.; Farris, K.; Cerimele, J.M. And Curran, G.M. (2018). Implementation of Evidence-Based Practices for Complex Mood Disorders in Primary Care Safety Net Clinics, *Families, Systems & Health* (36-3), p. 267-280, <http://dx.doi.org/10.1037/fsh0000357>.
5. Gliddon, E.; Barnes, S.J.; Murray, G. and Michalak, E.E. (2017). Online and Mobile Technologies for Self-Management in Bipolar Disorder: A Systematic Review, *Psychiatric Rehabilitation Journal* (40-3), p. 309-319, <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000270>.
6. Hendriks, V.; Blanken, P.; Croes, E.; Schippers, G.; Schellekens, A.; Stollenga, M. and van den Brink, W. (2018). Multidisciplinaire richtlijn - Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines, <https://www.vvgn.nl/wp-content/uploads/2018/05/MDR-Stoornissen-in-het-gebruik-van-niet-opio%C3%AFde-drugs.pdf>
7. Hoge Gezondheidsraad (2013). Angststoornissen: opvang van de patiënt en optimaal gebruik van het zorgsysteem en de therapeutische opties. *ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD* nr. 8898.
8. Hoge Gezondheidsraad (2014). Depressieve stoornis: opvang van de patiënt en optimaal gebruik van het zorgsysteem en de therapeutische opties. *ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD* nr. 8155.
9. Hoge Gezondheidsraad (HGR), 2017. *Burn-out en werk*. HGR NR 9339.
10. KCE (2014). The long-term efficacy of psychotherapy, alone or in combination with antidepressants, in the treatment of adult major depression, *KCE Report 230*.
11. Layard, R. and Clark, D.M. (2018). *Therapiewinst, de waarde van psychologische behandeling*. Amsterdam: Boom.
12. Meijer, S.A. & Verhaak, P.F.M. (2004). *De eerstelijns GGZ in beweging. Resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatie-onderzoek "Versterking eerstelijns GGZ"*. Utrecht: NIVEL; 2004.
13. Meijer, S.A., Smit, F., Schoemaker, C.G. and Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand, evidence-based preventie van psychische stoornissen*. Nederland: Trimbos instituut en Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
14. NHG (2016). *GGZ in de huisartsenpraktijk* (editie 2016). Nederlands Huisartsen Genootschap.
15. Sikorski, C., Luppá, M., König, H-M., van den Bussche, H. & Riedel-Heller, G. (2012). Does GP training in depression care affect patient outcome? A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, (12-10), <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/10>

IV. GUIDE DE TRAITEMENT

Références:

16. Ter Meulen, W.G.; Visser, H.M.; Elders, P.J.M. and Kupka, R.W. (2016). De huisarts als primaire behandelaar van patiënten met een bipolaire stoornis: een exploratief onderzoek, Tijdschrift voor Psychiatrie (58-3), p. 190-197.
17. Up To Date (2015). Use of psychoactive substances in adults: Prevention and Treatment by general practitioners and Occupational physicians; DATa retrieval, https://orfeo.kbr.be/bitstream/handle/internal/4231/rDR60_Book2_en.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
18. Up To Date 2 (2017). Use of psychoactive substances in adults: Prevention and Treatment by general practitioners and Occupational physicians - DATa retrieval, <https://werk.belgie.be/nl/onderzoeksprojecten/2018-date-2-vervolgproject-gebruik-van-alcohol-illegale-drugs-en-slaap-en>



service public fédéral
SANTÉ PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT



federale overheidsdienst
VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

LIENS UTILES

LIENS UTILES

Liens généraux:

<https://domusmedica.be/>

<http://www.psy107.be/index.php/nl/>

<https://www.health.belgium.be/nl/geestelijke-gezondheid>

<https://www.ssmg.be/>

<https://www.ssmg.be/aide-la-consultation/>

<http://www.psy107.be/index.php/fr/>

<https://www.health.belgium.be/fr/sante-mentale>

<https://www.zelfmoord1813.be/>

https://www.preventionsuicide.be/?fbclid=IwAR3U_JnFnqaNbQDWIhUdNVa7FbonwF67OxcXnnUTutw6SSQHFzc7mGpvUiQ

<http://www.slaapenkalmemiddelen-hulpmiddelenboek.be/>

<http://www.somniferesetcalmants-manuelaide.be/>

LIENS UTILES

Stress, Burn-Out, Dépression:

<https://www.stressburnout.belgie.be/nl>

https://fedweb.belgium.be/nl/welzijn/psychosociale_risico_s/stress

<https://domusmedica.be/richtlijnen/depressie-bij-volwassenen>

<https://www.stressburnout.belgie.be/fr>

https://fedweb.belgium.be/fr/bien_etre/risques_psychosociaux/stress

https://www.ssmg.be/avada_portfolio/depression-et-burn-out/?portfolioCats=107%2C108%2C183%2C109

https://www.ssmg.be/avada_portfolio/sante-et-bien-etre-au-travail-2/?portfolioCats=107%2C108%2C183%2C109

LIENS UTILES

L' Alcool & Drogues:

<https://www.vad.be/>

<https://domusmedica.be/richtlijnen/problematisch-alcoholgebruik-aanpak-van-de-huisarts>

<https://domusmedica.be/richtlijnen/geneesmiddelenverslaving>

<https://www.druglijn.be/>

<https://feditobxl.be/nl/>

<http://www.slaapenkalmemiddelen-hulpmiddelenboek.be/>

<https://www.feditowallonne.be/>

<https://www.alcoholhulp.be/> - <https://aide-alcool.be/>

<https://infordrogues.be/services/vous-etes-un-professionnel/>

<http://www.reseualto.be/>

https://www.ssmg.be/avada_portfolio/mesusage-de-l-alcool/?portfolioCats=107%2C108%2C183%2C109

<http://www.emcdda.europa.eu/>

<http://www.somniferesetcalmants-manuelaide.be/>

LIENS UTILES

Chiffres de la santé mentale:

<https://www.sciensano.be/nl/pershoek/gezondheidsenquête-2018-sciensano-houdt-de-vinger-aan-de-pols-belgie>

<https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/niet-overdraagbare-aandoeningen/geestelijke-gezondheid>

<https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/feiten-cijfers>

<https://www.statistiekvlaanderen.be/nl/psychische-klachten>

<https://www.gezondleven.be/themas/geestelijke-gezondheidsbevordering/cijfers>

https://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers?f%5B0%5D=pas_43%3A45&f%5B1%5D=pas_11%3A21

<https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/enquete-de-sante-2018-sciensano-prend-le-pouls-de-la-population-en-belgique>

<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-non-transmissibles/sante-mentale>

<http://sante.wallonie.be/?q=node/4465>



**blue
planet**
ACADEMY & CONSULTING

service public fédéral
SANTÉ PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT



federale overheidsdienst
VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

CONTACT:

INFO-PSY@HEALTH.FGOV.BE

