

MÉDECIN

Les médicaments psychotropes peuvent être nécessaires dans certains cas particuliers, à doses minimales et pour une durée adaptée. Malheureusement, de nombreux patients en font un usage chronique.

L'accoutumance et la dépendance que les benzodiazépines entraînent sont délicates, mais possibles à désamorcer. Elles peuvent aussi être évitées en orientant dès le départ les patients vers d'autres solutions, d'ailleurs plus efficaces à long terme.

L'initiation ou non d'un traitement antidépresseurs en cas de dépression doit être analysée. Le degré de gravité de la dépression déterminera si une prescription d'antidépresseurs est nécessaire.



CONSULTATION PSYCHOSOCIALE EN MG



1.1 L'APPROCHE IPAIA

« DOCTEUR, JE NE SAIS PLUS CE QUE JE DOIS FAIRE... »

En tant que médecin généraliste, vous recevez des patients souffrant de toutes sortes d'affections et de plaintes. La consultation médicale commence toujours par la collecte d'informations et l'exploration de ce que le patient exprime :

Qui vient, pourquoi, juste maintenant, chez moi ?

Pour certaines consultations, l'exploration de ce qui amène le patient ne prend qu'une faible proportion de votre temps et de votre attention et débouche rapidement vers une anamnèse médicale et un examen clinique. Dans d'autres consultations, la clé d'une aide appropriée consiste au contraire en une exploration approfondie de ce qui préoccupe le patient et l'examen clinique ne sera utile que pour exclure des hypothèses diagnostiques. Les consultations où les plaintes psychosociales jouent un rôle appartiennent sans nul doute à cette dernière catégorie.

L'OUTIL IPAIA POUR LES PLAINTES PSYCHOSOCIALES

En ce qui concerne les plaintes psychosociales, cela vaut la peine d'utiliser la fiche patient  (Idées-Préoccupations-Adaptations-Impacts-Attentes) du patient :

- > **Idées:** Quelle est l'interprétation du patient de sa maladie ? « Avez-vous une idée de l'origine du problème ? »
- > **Préoccupations :** De quoi se préoccupe le patient ? « Qu'est-ce qui vous inquiète ? »
- > **Adaptations:** Comment gère-t-il le problème ? « Qu'avez-vous déjà essayé pour réduire le problème ? Cela fonctionne-t-il pour vous ? »
- > **Impacts:** Quels sont les impacts sur son fonctionnement quotidien ? « Avez-vous beaucoup d'inconvénients ? Evitez-vous de faire certaines choses ? »
- > **Attentes:** Qu'est-ce que le patient attend de vous ? « Qu'espérez-vous que je puisse faire pour vous concernant ce problème ? »

En tant que « Médecin IPAIA », vous explorez la plainte du patient dans le but de comprendre son histoire et de centrer ensuite la prise en charge sur ses besoins, ce qui est un avantage des consultations psychosociales.

La valeur ajoutée de la recherche d'une histoire autour d'une plainte (psychosociale) est illustrée dans le texte qui suit.

Il vous est également demandé d'examiner certaines difficultés ou problèmes fréquents de santé que vous rencontrez en tant que médecin généraliste : le patient s'attend-il à une à une prescription de psychotropes ou à autre chose ? Et cela doit-il vraiment se faire aujourd'hui ?

1.2 L'EXPLORATION = UN TRAITEMENT !

POURQUOI EXPLORER UNE PLAINTÉ DE MANIÈRE APPROFONDIE ?

Comme médecin, vous souhaitez aider votre patient à résoudre ses problèmes de santé. « Ecouter » et « Explorer » sont parfois ressentis par certains généralistes comme de l'inaction... Mais rien n'est moins vrai !

L'approche empathique et approfondie de l'histoire des patients sert à la mise en place de l'aide thérapeutique. Par ailleurs, c'est aussi une intervention thérapeutique en soi : explorer est un traitement qui est nécessaire et parfois suffisant.

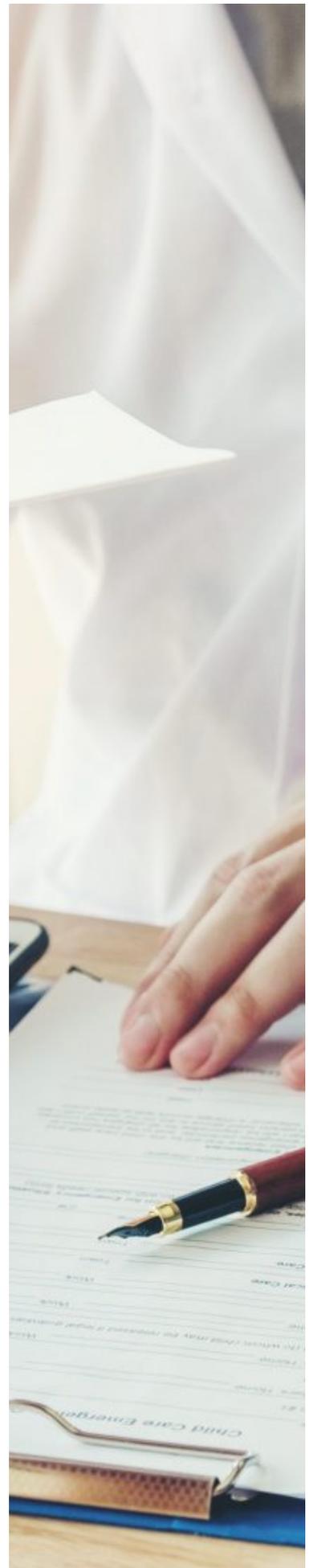
Sur base d'une exploration large et globale de la plainte, vous travaillez avec votre patient à une compréhension biopsychosociale de ce qui lui arrive. Votre patient se sent pris au sérieux et se comprend également mieux à la suite de cette exploration détaillée. Et si vous complétez cette exploration par de la psychoéducation, alors vos interventions peuvent vraiment être thérapeutiques pour votre patient.

1.3 L'IMPORTANCE DE LA PSYCHOÉDUCATION

COMPRENDRE = PARTAGER UNE INTERPRÉTATION

Votre diagnostic devient une interprétation partagée de la maladie : comprendre constitue la 1^{ère} étape nécessaire vers une intervention adéquate.

Au travers d'une exploration IPAIA approfondie et empathique, vous travaillez avec votre patient à une compréhension biopsychosociale de sa maladie. Vous construisez « en collaboration avec lui » une interprétation partagée : vous apportez,



en tant que médecin, votre expertise du fonctionnement biopsychosocial de la personne dans sa globalité. Votre patient amène sa connaissance comme expert de lui-même et de son vécu.

À la suite d'une première exploration (IPAIA), on peut décider d'approfondir la démarche au cours de consultations de suivi. L'exploration répétée vous permet en outre de renforcer votre compréhension mutuelle de la situation. Vous trouverez ci-après un ensemble d'outils d'aide à la pratique utiles dans cette démarche d'exploration de la plainte.

FAIRE LE BILAN : ÉQUILIBRE OU DÉSÉQUILIBRE ?

L'outil d'aide à la pratique Bilan

Si vous recherchez avec votre patient une solution spécifique, durable et efficace, le développement d'une compréhension partagée de la maladie constitue un point d'appui important. Le Bilan peut vous aider à structurer et à synthétiser les informations recueillies lors d'une exploration approfondie de la plainte (IPAIA).

Le **Bilan** permet la visualisation d'un déséquilibre entre contraintes (éléments « stresseurs », pertes...) et ressources (facteurs de soutien, points d'appui).

Il met les plaintes des patients en perspective avec dans la balance, d'une part, les facteurs déclencheurs et/ou de maintien du problème et d'autre part, les facteurs protecteurs. Cet outil synthétise et organise l'information et permet ainsi l'intégration des données recueillies dans la consultation.

En résumé, en plus de la présentation complète et structurée des éléments exprimés par le patient, il permet de compléter l'information en indiquant les données encore manquantes dans l'histoire du patient.

Les questions du bilan

- > **Quelle est la plainte du patient ?**
« Pouvez-vous m'indiquer ce qui vous pose problème et pourquoi vous venez chez moi ? »
- > **Impact de la plainte**
« Quelles sont les conséquences de ce problème en termes d'évitement ou de limitations ? »
- > **Facteurs favorisants/stressants**
« Quels sont les facteurs/événements de votre vie quotidienne qui engendrent des tensions/du stress ? » / « Qu'est-ce qui constitue actuellement une entrave à votre fonctionnement normal ? »
- > **Facteurs soutien/points d'appui**
« Quels sont les facteurs dans votre vie quotidienne qui permettent de vous relaxer ou de vous donner de l'énergie ? » /
« Quels sont les éléments qui vous permettent de vous évader ou de vous donner du courage ? »
- > **Personnalité**
« Si votre conjoint/enfants/amis... devaient vous décrire et indiquer qui vous êtes, que diraient-ils ? Et comment vous décririez-vous ? Quelle influence votre personnalité peut-elle avoir sur vos plaintes ? »
- > **Stratégies d'adaptation antérieures** (par exemple, l'importance de l'alcool ou des médicaments).
« Comment avez-vous fait dans le passé pour faire face à des situations difficiles ? » / « Y a-t-il des éléments qui ont pu vous aider à gérer les situations difficiles ? » / « Certaines personnes consomment parfois de l'alcool ou d'autres substances pour se détendre. Est-ce aussi le cas pour vous ? ».

Vous pouvez demander aux patients de prendre le temps pour compléter chez eux un bilan des contraintes et ressources. Vous mettez ainsi votre patient au travail comme expert de lui-même et vous programmez ensuite ensemble une consultation de suivi pour continuer la prise en charge.

Une consultation qui prend du temps

Il est tout à fait normal que l'établissement de ce bilan (et donc l'exploration large de l'histoire des patients) puisse prendre plus d'une consultation. Prendre le temps nécessaire pour vous et votre patient pour aboutir à une compréhension large constitue en soi une intervention majeure : vous montrez ainsi que vous prenez ses plaintes au sérieux et c'est ce dont il a le plus besoin. En outre, l'exploration constitue déjà une forme d'aide : l'exploration est un traitement.

La personnalité du patient

La personnalité du patient lui-même joue un rôle dans ce bilan, au travers de ses habitudes de vie, de son style d'adaptation et de ses caractéristiques personnelles. La personnalité joue un rôle tant dans les capacités que dans les vulnérabilités et peut exercer une influence tant positive que négative sur cet équilibre. La métaphore d'une balançoire est déculpabilisante et libératrice pour les patients. Être en déséquilibre ne dépend pas seulement de la personne, mais aussi des circonstances.

Par exemple, le caractère perfectionniste peut avoir un impact positif sur les capacités : il est un moteur pour de nombreuses personnes et conduit à de belles réalisations. Cependant, être trop perfectionniste peut se transformer en vulnérabilité et exercer une influence contre-productive sur les résultats obtenus. De là, une belle conclusion : l'excès nuit en tout et le perfectionnisme doit aussi connaître certaines limites ; car il a ses bons et ses mauvais côtés. Il est important de trouver un équilibre.

LES 3 QUESTIONS DU PATIENT

Votre contribution comme médecin expert dans le développement d'une compréhension de la maladie de votre patient peut aller plus loin et s'enrichir. Votre patient vient souvent en consultation avec 3 questions importantes, et ce, même en cas

de plaintes psychosociales :

1. Qu'est-ce que j'ai ? (Diagnostic)
2. A quoi est-ce dû ? (Cause ou mécanisme)
3. Comment puis-je aller mieux ? (Traitement)

Il est important que vous puissiez avec votre patient répondre à ces 3 questions. La psychoéducation/l'information au patient facilite le décours et l'issue du traitement des plaintes psychosociales. Le patient est ainsi plus conscient de ses propres problèmes et des mécanismes qui y jouent un rôle. Cette prise de conscience est une condition préalable dans la recherche d'une solution appropriée.

L'IMPORTANCE DE LA PSYCHOÉDUCATION

L'objectif de la psychoéducation est d'arriver à une compréhension partagée de la maladie. Cela vous offre l'opportunité de déconstruire les fausses croyances du patient au sujet de ses plaintes. Il est essentiel d'adapter les explications aux besoins et aux connaissances existantes de votre patient. Une explication sur mesure n'est possible que si vous disposez d'une exploration suffisamment large.

Donner une information spécifique pour chaque plainte à votre patient peut l'aider à comprendre ce qui lui arrive. Une meilleure compréhension représente déjà un traitement en soi.

Le diagnostic et la psychoéducation permettent d'ouvrir de nouvelles voies à explorer. Dans l'idéal, le diagnostic, l'interprétation commune de la maladie et la psychoéducation découlent d'une exploration approfondie de l'histoire du patient (). En fonction des spécificités de la plainte et du diagnostic, vous savez, en tant qu'expert, quels sont les éléments qui sont importants à explorer davantage.

Une compréhension partagée de la maladie (bilan et exploration spécifique aux plaintes) aide votre patient à comprendre ce qui lui arrive. Cette compréhension est une première étape indispensable à des interventions thérapeutiques adéquates. Pour certains patients, cette compréhension est déjà un traitement qui peut être suffisant en soi.

1.4 DE LA PLAINTÉ À L'HISTOIRE

REPLACER LA PLAINTÉ DANS SON CONTEXTE

Certains patients présentent leur plainte psychosociale comme telle et établissent eux-mêmes le lien avec des facteurs sociaux ou psychologiques. D'autres ressentent et évoquent leur plainte uniquement sur le plan somatique et font le lien avec l'une ou l'autre maladie possible (des plaintes fréquentes sont ainsi les problèmes de sommeil, les difficultés respiratoires, les maux de tête, les douleurs abdominales,...). Une exploration large et globale permet donc de situer la plainte dans un contexte biopsychosocial.

LE MODÈLE PLAINTÉ-CONTEXTE-PERSONNE

Une plainte biopsychosociale s'inscrit toujours dans un contexte. **Le modèle PCP peut être à cet égard un support de travail** : P représente les plaintes, C le contexte et P la personne. Cela signifie que les plaintes doivent toujours se comprendre en fonction, d'une part du contexte et d'autre part, en fonction de la manière dont ce contexte est vécu par la personne.

Ce modèle met les plaintes du patient en perspective et illustre qu'elles sont la conséquence d'une conjonction de facteurs.

Plainte	Contexte	Personne
Anxiété lorsqu'il doit se rendre sur son lieu de travail.	Nouvelles tâches qu'il ne connaît pas bien, pression de travail plus élevée, comparaison avec les collègues qui les font avec facilité.	Il se fixe un niveau d'ambition toujours plus élevé, mais cela ne fonctionne plus. Il devient de plus en plus insécurisé.
Difficultés de sommeil et fatigue pendant la journée.	Situation de séparation, avec de nombreux conflits. Récemment craintes concernant la scolarité de leur fils aîné.	Personnalité renfermée. Elle ne veut déranger personne et souhaite tout résoudre seule.

EXPLORER POUR FAIRE DES LIENS

Pour certains patients, l'exploration du fonctionnement psychosocial permet de mettre à jour des liens qu'il ne percevait jusqu'alors. D'autres patients peuvent eux-mêmes faire des liens avec leurs plaintes physiques, mais ont des difficultés à en parler lors de la consultation. Quoi qu'il en soit, lorsque selon vous, une approche psychosociale est indiquée, une exploration large et globale sera nécessaire. Cette exploration approfondie de l'histoire du patient servira de base à la mise en place d'une prise en charge adaptée. Elle peut également amener votre patient à établir des liens entre, par exemple, son contexte psychosocial et son fonctionnement physique. Ainsi en lui posant des questions pertinentes, vous aidez le patient à prendre conscience de sa situation psychosociale, dans son ensemble.

Une exploration large et globale permet non seulement de disposer d'éléments nécessaires à établir un diagnostic pertinent, mais constitue également une base pour une prise en charge adaptée.

PRENDRE LE TEMPS

Vous trouvez qu'une exploration approfondie prend beaucoup de temps ?

Les patients attendent en premier lieu d'être et de se sentir écoutés, que leurs plaintes soient prises au sérieux. Une exploration approfondie veille à ce que les patients se sentent pris en considération et constitue en soi une forme d'aide et donc un gain de temps : l'exploration de l'histoire de la plainte est déjà un traitement. À plus long terme, cela entraînera un gain de temps.

En outre, gardez à l'esprit qu'une exploration large des plaintes lors de l'anamnèse permet, potentiellement, de se satisfaire d'un examen clinique plus restreint. De ce point de vue également, l'exploration large peut représenter un gain de temps.

Contrairement à de nombreuses autres consultations, le médecin ne peut pas proposer une solution « clé sur porte » ou prescrire un médicament qui puisse le « guérir ». Cela peut créer chez le soignant un sentiment d'impuissance et d'insatisfaction.

De nombreux facteurs peuvent contribuer à la tentation pour le médecin d'accélérer le rythme d'une consultation psychosociale. Cela vaut toutefois la peine de pas céder trop vite : le temps porte conseil. Prendre le temps d'écouter et d'explorer l'histoire du patient lui donne l'occasion de prendre conscience et d'exprimer ce dont il a besoin.

LES OUTILS D'AIDE À LA PRATIQUE

L'utilisation du carnet de bord constitue la base des interventions non médicamenteuses centrées sur les plaintes du patient.

Vous pouvez utiliser les outils suivants :

- > [Schéma 5'](#)
- > [Agenda du sommeil \(version simplifiée\)](#)

1.5 LES ATTENTES DU PATIENT

DÉCOUVRIR LES ATTENTES DU PATIENT

Lors de l'exploration à l'aide de l'[IPAIA](#), il est utile de demander explicitement quelles sont les attentes du patient. Et cela vaut certainement la peine en cas de plaintes psychosociales.

Des études démontrent que la prise de médicaments (psychotropes) ne constitue pas nécessairement l'attente première des patients, mais que le médecin généraliste conclut souvent trop rapidement que tel est bien le cas. Demander clairement quelles sont les attentes du patient peut représenter un gain de temps et d'énergie : il est possible que votre patient ne soit pas demandeur d'une solution « clé sur porte » et qu'il soit ouvert à des pistes alternatives.

Les consultations psychosociales sont souvent des consultations complexes : pour les médecins généralistes, elles peuvent déboucher sur le sentiment qu'elles n'aboutissent à rien de concret. Nommer les attentes permet au médecin et à son patient de s'accorder : « Qu'attendez-vous de la consultation d'aujourd'hui ? Vous vous attendiez à autre chose ? ».

QUE FAIRE SI VOTRE PATIENT S'ATTEND À UNE PRESCRIPTION DE PSYCHOTROPES ?

Il va de soi que certains patients sont en attente d'une prescription médicamenteuse :

« Un calmant ou un somnifère docteur, ce sera une solution pour moi. Cela ne peut plus continuer ainsi, je ne parviens plus à fonctionner, il doit se passer quelque chose, je dois avoir un médicament... »

Une attente aussi explicite vous donne l'occasion de discuter davantage des approches possibles.

Vous pouvez, en tant que médecin, faire preuve d'empathie face à la situation de votre patient, mais vous ne devez pas nécessairement entériner la solution qu'il envisage. Une demande de prescription de psychotropes est souvent à placer dans le contexte d'attente de solutions ou de changements des patients.

En apportant une autre vision du problème et/ou en l'informant d'alternatives, vous lui proposez des pistes de solutions auxquelles il n'aurait pas pensé d'emblée. C'est également pour cette raison que les patients vous consulte.

Lorsque le patient demande expressément un médicament, vous pouvez lui renvoyer la question : « Qu'attendez-vous de ce médicament ? Que pensez-vous qu'il puisse faire pour vous ? »

Il est très probable que votre patient vous réponde comme suit : « Je souhaite en premier lieu une solution et le plus rapidement possible, car il ne m'est plus possible de continuer comme cela... Je ne peux plus supporter la situation. »

Le médecin : « Je comprends cela parfaitement et il me semble donc très important que nous cherchions une solution satisfaisante pour vous. Vous pensez au médicament comme à une solution. La médication est de fait une des possibilités. Cependant, j'ai en tant que médecin quelques préoccupations concernant ces médicaments. Acceptez-vous que je vous donne quelques explications à ce sujet ? »

La gestion des problèmes psychosociaux est comparable à celle des affections somatiques : vous ne devez pas nécessairement adhérer au traitement que le patient a envisagé. Il est utile d'explorer ces attentes afin d'apporter une valeur ajoutée et de lui permettre un choix en connaissance de cause. En tant que médecin généraliste, vous informez votre patient de manière objective quant aux avantages et aux inconvénients des psychotropes et vous lui faites part également des autres possibilités de traitement.

Les psychotropes ont leurs avantages, mais ils présentent également de nombreux inconvénients.

Vous trouverez un certain nombre d'informations à ce sujet dans la brochure [somnifères & calmants](#). Cette brochure peut vous aider à apporter un éclairage à votre patient sur les données scientifiques relatives aux avantages et aux inconvénients de ces médicaments.

Vous pouvez aussi remettre ce document à votre patient. Opter pour des psychotropes peut découler d'un processus de prise de décision partagée. Vous pouvez décider avec votre patient que les médicaments semblent momentanément constituer la meilleure solution à son problème. Néanmoins, il est important de mettre en évidence les avantages et les inconvénients des somnifères et des calmants. Le choix d'une « pilule comme solution » doit être un choix effectué en toute connaissance de cause.

1.6 LES CONSULTATIONS DE SUIVI

LES CONSULTATIONS DE SUIVI ?

UNE CONSULTATION DE SUIVI PEUT REPRÉSENTER UNE PREMIÈRE ÉTAPE IMPORTANTE

Les patients espèrent souvent que leurs problèmes se résolvent le plus rapidement possible. Malheureusement, c'est rarement le cas dans l'espace d'une seule consultation. Vous mettez en place la première étape importante lors de la première consultation : l'exploration, qui est déjà un traitement. Cependant, cette intervention nécessaire n'est souvent pas suffisante.

Des solutions durables pour les plaintes psychosociales nécessitent, outre une exploration approfondie, des interventions personnalisées. Tout cela se fait étape par étape et nécessite du temps. Vous pouvez informer votre patient que vous souhaitez prendre le temps nécessaire pour trouver ensemble une solution durable et pertinente.

« Je comprends que vous souhaitiez être soulagé aussi rapidement que possible et de préférence en sortant d'ici. Je crains, cependant, qu'une solution standard à votre problème ne soit pas facile à trouver. Autrement, vous ne seriez pas là aujourd'hui. Je vous propose d'investir ensemble le temps nécessaire pour identifier une solution qui vous convienne. Qu'en pensez-vous ? »

Une solution efficace et persistante n'est toutefois pas atteignable dans tous les cas. Cependant, il est toujours possible de mettre en place conjointement de petites améliorations ou des moyens de réduire autant que possible les problèmes de santé, en tenant compte des contraintes du patient.

LES AVANTAGES DE PLANIFIER UNE CONSULTATION DE SUIVI

Tout d'abord, en tant que médecin, la consultation de suivi vous donne la possibilité de prévoir davantage de temps à un moment qui vous convient.

En outre, cette consultation vous permet également de mettre votre patient au travail : vous pouvez lui donner des tâches à réaliser ou lui remettre un (des) questionnaire(s) visant à explorer la plainte de manière encore plus large et plus complète. Le patient peut également entreprendre déjà certaines actions en utilisant ses propres ressources.

QUAND PRESCRIRE DES PSYCHOTROPES ?

Parfois « maintenant » est réellement « maintenant ». Prescrire des psychotropes pourrait être pertinent comme réponse à une situation de crise et en attendant la consultation de suivi (quelques jours). Il est évident que, dans ce cas, les inconvénients et les risques de l'usage des psychotropes doivent être discutés, que le patient soit suivi de manière soutenue et qu'il comprenne que le traitement prescrit est une réponse temporaire à une situation exceptionnelle. 1 personne sur 3 qui débute une BZD l'utilise toujours après 8 ans. Ce qui apparaît comme une solution à court terme devient fréquemment un problème à long terme.

Si vous avez programmé une consultation de suivi avec votre patient, celui-ci peut, dans l'intervalle, se mettre au travail. Vous pouvez remettre au patient des fiches d'information ou des documents à compléter qui l'aideront à faire une exploration approfondie de ses plaintes. Après l'IPAIA, vous continuerez à préciser un diagnostic avec votre patient (peut-être dans le cadre d'une consultation de suivi), vous permettant de comprendre le problème.

1.7 INTERVENTION THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT : INTERVENIR ADÉQUATEMENT

Pour certains patients, la compréhension de leur plainte d'un point de vue biopsychosocial au départ d'une compréhension partagée de la maladie peut déjà être thérapeutique, voire suffisante.

Pour encourager le patient à partager ses pensées sur le processus thérapeutique (comment pense-t-il qu'on peut l'aider), les questions suivantes peuvent être utiles :

- > Actions à mettre en place : Si nous regardons à présent le bilan, que pensez-vous qu'il devrait être fait ?
Action physique ou psychologique, changement d'environnement ?
- > Motivation : Quelles sont, selon vous, l'importance et la faisabilité de votre objectif ?
Pour obtenir une guérison plus complète, afin d'éviter d'aggraver, pour traverser cette période, afin d'être moins démoralisé, pour apprendre à vivre avec les plaintes...
- > Ressources : Comment faire évoluer les choses ? Qui peut vous y aider ?
Le patient et/ou l'environnement ? Le médecin généraliste ou d'autres professionnels de santé (psychologues, psychothérapeutes) peuvent-ils jouer un rôle ?
- > Planification: Combien de temps vous donnez-vous pour viser un changement ?
Comment le patient voit-il les choses à court, moyen ou long terme ?

(R)AMENER LE PATIENT À L'ÉQUILIBRE

REFAIRE UN BILAN

La manière la plus facile et la plus accessible pour initier une intervention comme médecin est d'analyser la fiche patient **Bilan** qui suggère déjà plusieurs domaines dans lesquels un changement pourrait être envisagé:

- > Comment est-il possible d'augmenter les ressources ?
- > Comment peut-on réduire les contraintes ?
- > Quelles stratégies d'adaptation peut-il adopter ?

À l'aide du Bilan, vous pouvez ébaucher des réponses à ces questions. Votre patient est le mieux placé pour y répondre, avec les connaissances qu'il a de lui-même.

Poser à votre patient des questions adéquates et en rapport avec son bilan a, potentiellement, un effet à la fois thérapeutique et préventif. Le patient peut ainsi trouver des moyens pour se remettre en équilibre. Vous évitez en outre que le patient ne devienne chroniquement déséquilibré, avec tout ce que cela implique...

LE PATIENT COMME EXPERT DE LUI-MÊME

Les réponses aux questions ci-dessus sont, par définition, très personnelles et connaissent des variations individuelles importantes. Quel que soit votre degré d'expertise et d'intention d'aider votre patient par vos conseils et vos actions, il est important de lui laisser prendre le rôle d'expert de sa propre vie. Vous balisez le chemin par vos questions et votre patient est le mieux placé pour y répondre. Vous créez ainsi un cadre approprié dans lequel le patient peut développer ses propres solutions.

UNE APPROCHE CENTRÉE SUR LA PLAINTÉ

En plus du rétablissement d'un équilibre, certaines plaintes nécessitent davantage d'interventions et une approche centrée sur les plaintes peut alors être une étape utile en médecine générale.

Le médecin peut jouer un rôle important dans l'approche non médicamenteuse des plaintes psychosociales. Une approche centrée sur les plaintes s'appuie toujours davantage sur la psychoéducation et en tant que médecin, vous pouvez l'ajouter à la construction d'une compréhension partagée de la maladie. Vous pouvez discuter avec votre patient pour savoir s'il vous

autorise à examiner, au travers de la psychoéducation, comment agir sur ses plaintes. Ici aussi, vous pouvez transformer votre compréhension partagée de la maladie en un processus thérapeutique :

« Si l'on considère le bilan que nous avons réalisé, nous pouvons constater la présence d'un déséquilibre global, en lien avec différents facteurs. Nous pouvons tenter de corriger ces facteurs, progressivement. D'autres part, vous avez formulé des plaintes spécifiques concernant votre sommeil / stress / anxiété, qui agissent également négativement sur votre équilibre. Seriez-vous d'accord que nous réfléchissions ensemble à la façon d'améliorer ces plaintes ? Quelle pistes de solution vous semblent pertinentes ?

DES OUTILS POUR ET PAR LE PATIENT

Une approche centrée sur les plaintes du patient exige de disposer de suffisamment d'informations au sujet de celles-ci. Leur compréhension est par ailleurs nécessaire pour intervenir de manière appropriée. Vous pouvez vous appuyer sur un carnet de bord pour examiner ces plaintes de manière approfondie. Votre patient pourra ainsi se mettre au travail en utilisant ce carnet de bord ou un schéma 5'.

- > Un carnet de bord permet au médecin et au patient de faire des liens entre les événements et les circonstances qui entraînent un comportement (ou une plainte) déterminé.
- > Dans le schéma 5', une situation spécifique peut faire l'objet d'un examen approfondi. Elle peut s'analyser comme une suite de : Circonstances — pensées — émotions — comportements — conséquences. Cette analyse permet de mieux comprendre pourquoi un comportement persiste.

Dans de nombreux cas, les pensées et les comportements représentent des cibles potentielles pour initier un changement chez le patient.

La psychoéducation constitue déjà une restructuration cognitive en soi. Vous intervenez alors sur la composante « Pensées » du schéma comportemental.

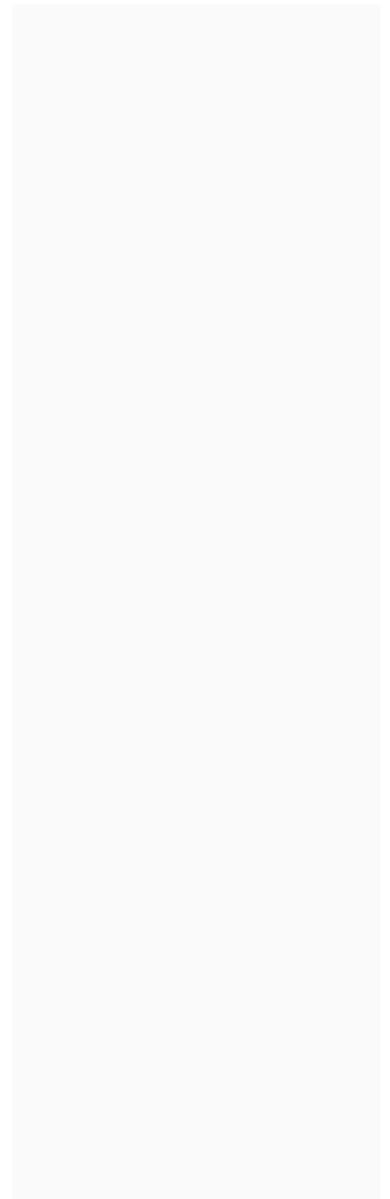
Une exploration des ruminations peut contribuer à diminuer l'importance de celles-ci. Là aussi, votre intervention s'adresse à la composante « Pensées » du schéma comportemental.

UTILISER LE CARNET DE BORD EN CONSULTATION

Les observations récoltées dans le carnet de bord nécessitent une consultation de suivi. Lorsqu'un patient vient avec un carnet de bord complété, le mieux est de lui donner l'occasion de vous faire part de ce qu'il a observé ou a appris en le remplissant. Comme médecin, il vous revient de baliser la voie en posant des questions appropriées.

« Si on regarde votre carnet de bord, quel est votre rôle dans le problème ? Est-ce que cela vous apprend quelque chose sur vos plaintes et leur origine ? Y a-t-il quelque chose, dans ce que vous avez noté, qui vous paraît pouvoir être changé ? »

A ce stade, il est important de savoir que les « pensées » et les « comportements » de votre patient sont des points d'appui pour amorcer un changement. Encourager votre patient à rechercher des alternatives aux pensées et aux comportements habituels constitue une intervention thérapeutique très utile. Dans le cadre d'une consultation de suivi, vous pouvez utiliser le carnet de bord comme outil d'intervention.





INSOMNIE

2.1 EXPLORATION

LES TROUBLES DU SOMMEIL

Environ 30 % de la population de plus de 15 ans présentent des troubles du sommeil, mais seuls 10 à 20 % consultent un médecin généraliste. L'approche non médicamenteuse des plaintes de sommeil requiert en premier lieu une exploration large et globale, même si le patient consulte avec une plainte précise. Toutes les interventions médicamenteuses et non médicamenteuses reposent sur une exploration détaillée. En ce qui concerne les attentes de votre patient en rapport avec ses plaintes de sommeil, vous disposez, en tant que médecin, de la légitimité de proposer, le cas échéant, une consultation de suivi et d'aborder la question des consultations psychosociales (voir chapitre 1).

Nous parlons de **troubles du sommeil** lorsque le patient se plaint de la quantité ou de la qualité du sommeil (besoin de bien plus de 30 minutes pour s'endormir, réveils en cours de nuit, réveil précoce avec incapacité à se rendormir). L'expérience subjective du patient prévaut donc ici.

Il s'agit d'**insomnie** lorsque ces problèmes de sommeil impactent également le fonctionnement pendant la journée (fatigue, problèmes de concentration, irritation, ...).

Si le patient indique qu'il dort mal mais ne présente pas de symptômes au niveau de ses capacités fonctionnelles diurnes, on utilise le terme de **pseudo-insomnie**.

Les autres troubles du sommeil (syndrome d'apnées obstructives du sommeil, syndrome des jambes sans repos, crampes nocturnes, narcolepsie, syndrome de retard de phase du sommeil...) ne seront pas pris en compte ici.

Quand les troubles du sommeil durent plus de 3 mois, on considère qu'ils sont chroniques.

LES PERSONNES LES PLUS EXPOSÉES

Un certain nombre de caractéristiques propres à la personne sont liées aux troubles du sommeil. Ceux-ci sont :

- > Plus fréquents chez les personnes âgées (37% chez les personnes âgées contre 24% chez les personnes entre 15 et 24 ans) ;
- > Plus fréquents chez les femmes (33%) que chez les hommes (26%) ;
- > Plus fréquents parmi les personnes peu qualifiées (31%-43%) que parmi les personnes hautement qualifiées (26%) ;
- > Corrélés aux périodes de stress;
- > Souvent associés à des affections somatiques ou psychiatriques chroniques.

CONSÉQUENCES DES TROUBLES DU SOMMEIL

Les troubles du sommeil sont souvent la conséquence d'une série d'autres problèmes (« la nuit est le miroir du jour »). Cependant, au bout d'un certain temps, ils peuvent entraîner à leur tour d'autres plaintes ou symptômes. On fait dès lors la distinction entre l'insomnie avec ou sans comorbidité.

Selon des études épidémiologiques, l'insomnie persistante est associée à des problèmes sur le plan des capacités fonctionnelles à la maison et au travail (avec entre autres un absentéisme croissant), un risque accru de chutes, d'accidents de la route, d'accidents du travail, ainsi que de problèmes psychiatriques (dépression, anxiété, addictions, démence). L'apparition d'un cercle vicieux rend complexe la possibilité de classer et d'interpréter correctement les plaintes de sommeil de votre patient. Il est dès lors important de réaliser une exploration systématique et approfondie des plaintes de sommeil.

2.2 GUIDE PRATIQUE DIAGNOSTIQUE

RECOMMANDATIONS ET PRINCIPES CLINIQUES EN VUE D'EXPLORER LA PLAINTÉ

Pour une approche approfondie et empathique, vous pouvez vous référer aux principes cliniques ci-dessous.

Les outils d'aide à la pratique suivants peuvent également être utiles en consultation :

- > [Agenda du sommeil \(version simplifiée\)](#)
- > [Agenda du sommeil \(version longue\)](#)
- > [Questionnaire sur les problèmes du sommeil](#)
- > [Hygiène du sommeil](#)
- > [PHQ-9 \(version à imprimer\)](#)
- > [PHQ-9 \(pdf remplissable\)](#)

1. Caractériser la plainte : structure du sommeil et fonctionnement en journée

Analysez le schéma sommeil-éveil du patient. Il est recommandé de proposer un agenda du sommeil : faites noter au patient l'évolution de ses nuits/plaintes pendant une quinzaine de jours. Cet agenda aide à objectiver ce que le patient comprend par une bonne nuit de repos.

Examinez attentivement le fonctionnement quotidien. Quelles sont les plaintes en journée (manque de concentration, fatigue, distraction et irritabilité, oublis...) ? L'incidence sur le fonctionnement est en effet le critère par excellence d'un diagnostic d'insomnie.

Un journal de sommeil permet de calculer l'efficacité du sommeil :

Efficacité du sommeil = (temps total de sommeil / temps au lit) x 100

2. Explorer les idées et préoccupations du patient

Pour vous y aider, vous pouvez utiliser le questionnaire sur les problèmes de sommeil. Les patients émettent souvent des hypothèses personnelles sur la cause de leur problème sommeil. Vérifiez les opinions, représentations et sentiments de votre patient à ce sujet.

3. Questionner les attentes du patient

Le questionnaire sur les problèmes de sommeil peut vous être utile. La recherche du schéma idéal de sommeil pour votre patient est une donnée importante. Le patient attend-il quelque chose de concret ? Cette information pourra vous aider à progresser dans la recherche d'une stratégie de traitement conjointe.

4. Depuis combien de temps y a-t-il un problème de sommeil ?

Déterminer la durée du problème de sommeil peut également se faire sur base du questionnaire sur les problèmes de sommeil. A partir de 3 mois, on parle d'une insomnie chronique.

En cas de problèmes de sommeil aigus (jusqu'à 4 semaines, on parle plus souvent d'une cause connue (par exemple, problèmes de séparation, pression au travail, problèmes financiers...)). Les troubles chroniques du sommeil ont souvent plusieurs causes et le conditionnement négatif y joue un rôle essentiel. La distinction entre l'insomnie aiguë, subaiguë ou chronique a des implications pour la prise en charge ultérieure.

5. Quelles solutions le patient a-t-il déjà tentées pour résoudre son problème (coping) ?

Toujours au départ du questionnaire sur les problèmes de sommeil, il est important d'observer le ou les comportement(s) que les patients adoptent pour faire face à leurs plaintes (comportements d'évitement, prolonger la durée de présence au lit, aller au lit plus tôt, faire des rituels de coucher, peur d'aller dormir...).

6. Interroger la prise éventuelle de somnifères

En plus de la consommation de médicaments, demander ici également si ses efforts d'adaptation ont conduit à une amélioration.

7. Explorer les « événements de vie » (life events)

Le patient ne fait parfois pas immédiatement le lien entre un événement de vie et son impact sur sommeil. Toutefois, la cause la plus fréquente des difficultés de sommeil concerne des changements de vie... (« la nuit est le miroir du jour »). Le questionnaire sur les problèmes de sommeil peut aussi être utilisée pour cette exploration.

8. Troubles anxieux et troubles de l'humeur ?

Un questionnaire à proposer au patient est le PHQ-9.

9. Exclure d'autres plaintes physiques

Il s'agira, par exemple, de douleurs, de démangeaisons, de sensation de soif, de pyrosis, de nycturie, de toux, de dyspnée, d'obstruction nasale, de sueurs nocturnes, de palpitations... Un examen physique complet n'est pas nécessaire sauf si le patient signale également des problèmes de santé physiques.

10. Investiguer les conditions de vie et de travail du patient

À cet égard, il vous est possible d'utiliser le questionnaire sur les problèmes de sommeil ou la fiche patient sur l'hygiène du sommeil. Le patient fait un travail à horaires variables, est confronté aux effets du décalage horaire, a été hospitalisé, dort dans une chambre à coucher bruyante...

11. Investiguer si le patient prend des substances psychoactives ou des médicaments

L'utilisation d'un questionnaire sur les problèmes de sommeil ou la fiche patient sur l'hygiène du sommeil peut vous aider à évaluer la consommation d'alcool, de caféine, de drogues, d'antidépresseurs de type SSRI ou tricycliques ainsi que les tentatives du patient à les arrêter, malgré les symptômes de sevrage qui leur sont liés.

12. Investiguer la présence de signes typiques de troubles du sommeil

Demander par une hétéroanamnèse des indications sur la présence de troubles du sommeil (en particulier en ce qui concerne une somnolence diurne sérieuse) :

- > Périodes d'arrêts respiratoires durant la nuit, ronflements -> syndrome d'apnées du sommeil.
- > Jambes sans repos ou crampes nocturnes -> syndrome de jambes sans repos. Si oui, investiguer la présence de varices, de neuropathie périphérique ou de sténose artérielle périphérique ;
- > Brusques moments d'endormissement involontaire, faiblesses musculaires soudaines de quelques secondes ou minutes -> narcolepsie ;
- > Heures d'endormissement tardives (entre 2h et 6 h du matin), difficultés pour se lever et/ou sommeil prolongé -> syndrome de retard de phase.

2.3 PSYCHOÉDUCATION

L'IMPORTANCE DES EXPLICATIONS

La compréhension du problème constitue une étape décisive pour le patient. Vous pouvez mettre en perspective les plaintes du patient en utilisant la fiche patient Bilan . Les plaintes (somatiques) du patient s'inscriront ainsi dans une approche biopsychosociale plus large, qui permettra d'intégrer toutes les données cliniques et de donner de la structure et de la consistance à l'histoire que raconte le patient. Une explication est déjà un traitement en soi.

Outre l'exploration et l'aide à la compréhension du fonctionnement biopsychosocial de votre patient, il est important, en tant que médecin généraliste, de partager des informations spécifiques sur les plaintes (psychoéducation).

Avec son accord, informez votre patient quant aux caractéristiques d'un sommeil réparateur et sur les troubles du sommeil en adaptant vos explications à ses besoins et ses connaissances. Le cas échéant, vous pouvez également lui remettre la brochure d'information [Insomnie et trouble du sommeil](#).

LES 3 QUESTIONS DU PATIENT

Votre contribution en tant que médecin à la compréhension de la maladie de votre patient peut encore aller plus loin, si vous explorez avec le patient les trois grandes questions qu'il se pose :

- > Qu'est-ce que j'ai ?
- > A quoi est-ce dû ?
- > Comment puis-je aller mieux ?

QU'EST-CE QUE J'AI ?

Votre patient a tout d'abord besoin d'explications quant aux caractéristiques d'un sommeil réparateur, afin de comprendre quel est le problème. En l'informant ainsi, vous pouvez faire évoluer ses attentes et ses représentations sur le sommeil.

1. Le nombre d'heures de sommeil idéal diffère d'un individu à l'autre : la plupart des personnes ont besoin de 6 à 8 h de sommeil. En vieillissant, elles ont souvent besoin de moins de sommeil et se réveillent plus souvent. En réalité, la fatigue ressentie et les capacités fonctionnelles au cours de la journée sont des éléments plus pertinents pour évaluer la qualité du sommeil que le nombre d'heures de sommeil.
2. La structure du sommeil change au cours de la vie et les besoins de sommeil diminuent souvent avec l'âge.
3. Le temps nécessaire à s'endormir varie fortement d'une personne à l'autre. Une période plus longue n'est pas nécessairement anormale ou problématique.
4. Le sommeil est composé de différentes phases qui se répètent plusieurs fois durant la nuit. Au fur et à mesure que la nuit avance, le sommeil devient moins profond et il est normal de se réveiller brièvement. Rattraper le sommeil pendant la journée maintient les problèmes de sommeil. Mieux vaut maintenir le même rythme sommeil-éveil ; un sommeil plus profond assure une récupération suffisante.
5. L'insomnie touche 30 % des adultes.
6. Les somnifères et l'alcool altèrent l'architecture restauratrice normale du sommeil.

La brochure d'information [Somnifères et calmants](#) peut vous être utile et être remise également au patient.

A QUOI EST-CE DÛ ?

Le fait de mal dormir risque d'entraîner un cercle vicieux.

Vous pouvez donner des explications au patient en vous appuyant sur l'outil d'aide à la pratique [Cercle de l'insomnie](#)

Un mauvais sommeil peut générer des angoisses et de la frustration. Vous pouvez, par exemple, avoir peur que le manque de sommeil chronique ne vous permette pas de fonctionner de façon satisfaisante. Le fait de mal dormir peut également entraîner des habitudes de sommeil problématiques. Vous allez, par exemple, vous coucher de plus en plus tard parce que vous redoutez ce moment ou encore boire un verre d'alcool pour faciliter l'endormissement. Toutes ces conséquences possibles maintiennent un sommeil de mauvaise qualité et vous entraînent ainsi dans une spirale négative.

En cas de problèmes de sommeil chroniques, le conditionnement joue un rôle important, menant à ce que l'idée de devoir dormir ou même la simple vue du lit soit suffisante pour entrer dans le cercle vicieux de l'insomnie.

COMMENT PUIS-JE ALLER MIEUX ?

La compréhension et l'explication du [Cercle de l'insomnie](#) permettent de proposer des interventions dans différents domaines.

La psychoéducation vous amène à une compréhension commune du traitement.

2.4 INTERVENTION DU MG QUANT AUX PLAINTES

Pour certains patients, la compréhension de leur plainte d'un point de vue biopsychosocial (la compréhension partagée) est déjà une bonne chose, elle est même parfois suffisante. La compréhension représente, pour ceux-ci, une intervention en soi, qui peut mener à une amélioration satisfaisante.

Si la compréhension du problème ne suffit pas, elle offre au moins un tremplin vers une intervention adaptée et de qualité, à savoir :

- 1° retrouver un juste équilibre (en consultation de médecine générale),
- 2° une approche centrée sur la plainte (en consultation de médecine générale)
- 3° une approche centrée sur l'orientation de la personne (voir chapitre 6).

Outre la recherche du rétablissement d'un équilibre, davantage d'interventions seront nécessaires chez certains patients. Ainsi, après ou parallèlement à cette recherche d'un équilibre, une approche centrée sur les plaintes peut être une étape utile.

Une approche non médicamenteuse est toujours la première étape à privilégier.

L'approche centrée sur les plaintes de sommeil consiste à d'abord apprendre à se détendre (techniques pour la diminution du stress) plutôt qu'à apprendre à dormir. Apprendre à se détendre (aussi pendant la journée) favorise une meilleure qualité de sommeil. Le réel objectif est d'améliorer le fonctionnement du patient en journée (et d'éviter les somnolences diurnes), et pas d'accroître la quantité de sommeil de votre patient.

Ce travail d'apprentissage est parfois difficile à concilier avec un traitement médicamenteux.

APPROCHE CENTRÉE SUR LES PLAINTES (3 ETAPES)

Étape 1 : agenda du sommeil-éveil + hygiène du sommeil + information au patient

Une approche des troubles du sommeil centrée sur les plaintes requiert toujours des informations suffisantes sur les habitudes de sommeil et sur le schéma du sommeil de votre patient. La compréhension détaillée des plaintes spécifiques de sommeil est nécessaire pour proposer des interventions adaptées.

En cas de troubles du sommeil, il est recommandé d'utiliser un agenda du sommeil et de mieux connaître les habitudes de veille et de sommeil de votre patient. La fiche patient [Hygiène du sommeil](#) permet également d'identifier les habitudes pertinentes.

Dans le cadre d'une consultation de suivi, vous pouvez, à l'aide de ce support, analyser et déterminer avec votre patient ce qui peut être changé en termes d'habitudes (de sommeil).

Une hygiène adéquate du sommeil offre les meilleures conditions pour se reposer, se détendre et enfin dormir. Une bonne hygiène du sommeil n'est pas seulement une intervention, mais aussi une forme de prévention : elle prévient le (re)développement des troubles du sommeil.

L'activité physique pendant la journée (marche, vélo, jardinage...) a une influence positive sur la qualité du sommeil.

Étape 2 : Interventions thérapeutiques peu intensives

- › Bibliothérapie : des livres d'auto-apprentissage avec des méthodes pour mieux dormir s'avèrent avoir un effet positif sur les habitudes du sommeil. Toutefois, cet effet est plus important lorsqu'il est combiné à un suivi individuel.
- › Pratique de groupe (cours/apprentissage sur le sommeil) : les approches en groupe sont également appropriées pour réfléchir aux éléments susmentionnés et pour offrir des exercices.

Les mutuelles, les centres de santé mentale, les cliniques du sommeil et d'autres initiatives locales proposent ce type d'approche dans certaines régions.

Étape 3 : Briser le cercle vicieux*

Si les problèmes de sommeil persistent pendant plus d'un mois (problèmes de sommeil subaigus ou chroniques), les interventions ci-dessus peuvent ne pas suffire, car le conditionnement a eu lieu.

A l'aide de l'outil d'aide à la pratique [Cercle de l'insomnie](#), vous pouvez expliquer au patient pourquoi d'autres interventions thérapeutiques sont nécessaires.

« Aller dormir » a, pour beaucoup de personnes, une connotation neutre, voire positive ; il est associé à la convivialité, à l'intimité, au repos, au sommeil. Parfois « aller dormir » peut aussi avoir un sens négatif : il est associé à « rester éveillé », à l'inquiétude, à l'irritation, à la frustration. Lorsque ce type de conditionnement est présent (cercle de l'insomnie), il est conseillé de proposer des interventions pour briser le cercle vicieux.

*Briser le cercle vicieux est basé sur les principes de la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC). Il est possible de consulter un.e psychologue (de première ligne) ou des professionnels spécialement formés à la prise en charge de l'insomnie (TCC-i).

A. Techniques de réduction du stress (en cas des sensations physiques de stress)

- › Exercices de relaxation : inclure des exercices de relaxation pendant la journée ou avant le coucher (cfr. La nuit est le miroir du jour). Cela peut aussi être : pratiquer du yoga, de la Pleine Conscience, écouter de la musique...
- › Instauration d'une zone tampon : programmer une « heure de décompression ». Une heure avant le coucher, il n'y a aucune activité spécifique, uniquement de la détente.
- › Traitement structuré de l'information avant le coucher: prévoir un « temps de réflexion constructif » à heure fixe (20-30 minutes) en début de soirée (pour éviter de s'inquiéter ou de faire des To-Do listes dans son lit).

B. Techniques cognitives (en cas d'inquiétudes)

- › Sur la base du [schéma 5'](#) (fiche à compléter à la maison), on peut identifier les schémas de pensées inopérants. Dans le cercle de l'insomnie, il y a souvent de nombreux schémas de pensées qui jouent comme « Je dois dormir 8 heures, sinon je ne pourrai pas fonctionner demain », « Je devrai rattraper mon retard de sommeil demain »... Ces schémas de pensée inopérants peuvent être discutés, remis en question et réajustés lors d'une consultation de suivi (voir à ce sujet la brochure [insomnie et troubles du sommeil- bon à savoir](#)).
- › Un schéma 5G peut aussi aider à identifier chez votre patient d'autres pensées non utiles (sur les événements de la vie, les problèmes relationnels,...).

C. Contrôle des stimuli (rompre le conditionnement négatif « du lit »)

- › La [Technique de contrôle du stimulus](#) vise à réapprendre à associer le lit à la somnolence (cf. cercle de l'insomnie). Le patient s'assure de ne jamais rester éveillé au lit pendant plus de 20 minutes, mais de se lever et de faire quelque chose de relaxant jusqu'à ce qu'il soit fatigué. Ce n'est que lorsque le patient est fatigué, qu'il tente à nouveau de s'endormir dans son lit.
- › A l'aide de l'agenda du sommeil, vous pouvez évaluer avec votre patient l'impact de cette intervention ; informez le patient que le déconditionnement prend souvent 2 à 3 semaines.

D. Restriction du temps passé au lit (augmentation du besoin de sommeil en cas d'habitudes de sommeil inefficaces)

La [Technique de restriction du temps passé au lit](#) a pour but d'augmenter l'efficacité du sommeil. Cette intervention ne peut être utilisée qu'après avoir tenu un agenda du sommeil pendant au moins 2 semaines. Le temps moyen de sommeil doit toutefois être calculé.

1. Calculez le temps moyen de sommeil : (temps moyen au lit) – (temps moyen d'éveil au lit) + (30 min. de sommeil) = ...
(exemple : 8 h au lit – 3 h éveillé + 30 min d'endormissement = 5,30 heures de sommeil)
2. Déterminer l'heure souhaitée pour se lever en concertation avec le patient (par exemple, se lever à 6 h30)
3. Calculez l'heure de début de l'endormissement (compte à rebours du temps du lever) [dans notre exemple, le patient ne doit aller dormir qu'à 1 heure du matin pour avoir 5 h30 de sommeil jusqu'à l'heure convenue pour se lever]
4. Si l'efficacité du sommeil > 85%, le temps de sommeil par semaine peut augmenter de 15 minutes. L'augmentation s'arrête dès que le patient se sent suffisamment éveillé pendant la journée ou que le sommeil est à nouveau plus fragmenté. Vous pouvez toujours calculer l'efficacité du sommeil (durée totale du sommeil/temps passé au lit – par exemple, 5 heures de sommeil 8 heures au lit = 62%) sur la base de l'agenda du sommeil. (Dans notre exemple, le patient peut alors s'endormir à 00h45).

2.5 OUTILS D'INTERVENTION THÉRAPEUTIQUE

- > [IPAIA](#)
- > [Bilan](#)
- > [Questionnaire sur les problèmes du sommeil](#)
- > [Hygiène du sommeil](#)
- > [PHQ-9 \(version à imprimer\)](#)
- > [PHQ-9 \(pdf remplissable\)](#)
- > [Agenda du sommeil \(version simplifiée\)](#)
- > [Agenda du sommeil \(version longue\)](#)
- > [Cercle de l'insomnie](#)
- > [Schéma 5'](#)
- > [Technique de 'restriction du temps passé au lit'](#)
- > [Technique de contrôle de stimulus](#)
- > [Brochure somnifères & calmants](#)
- > [Brochure insomnie et trouble du sommeil](#)



ANXIÉTÉ





3.1 EXPLORATION : ANXIÉTÉ ET TROUBLES ANXIEUX

Environ 5 patients sur 1000 consultent le médecin généraliste pour un problème d'anxiété, mais la prévalence des troubles anxieux est plus élevée dans la population générale (toutes les personnes concernées ne consultent pas un médecin). On enregistre une prévalence de 10 % sur un an et de 20 % sur la vie.

L'approche non médicamenteuse de l'anxiété requiert, en premier lieu, une exploration approfondie, même si le patient consulte uniquement pour une plainte d'anxiété. Toutes interventions ultérieures, médicamenteuses ou non médicamenteuses, nécessitent une investigation large et globale supplémentaire.

Définir les attentes de votre patient quant à ses plaintes et planifier une consultation de suivi sont des aspects importants des consultations psychosociales (voir chapitre 1).

SIMPLE ANGOISSE OU TROUBLE ANXIEUX ?

Pendant l'exploration des symptômes d'anxiété, vous vous rappelez des éléments suivants :

- > La peur est une émotion normale qui signale un danger. Elle est considérée comme problématique lorsque :
 - La durée du ressenti de peur et/ou l'intensité de la peur ne sont pas congruentes en regard de l'élément déclencheur ;
 - La souffrance du patient est ressentie comme persistante;
 - Le ressenti de peur entraîne des dysfonctionnements dans le quotidien et sur le plan relationnel.
- > 10-20 % des patients qui consultent pour un symptôme d'anxiété présentent un trouble anxieux.
- > Les troubles anxieux les plus fréquents en médecine générale sont le Trouble Anxieux Généralisé et le trouble panique.
- > Les patients souffrant de troubles anxieux ont un taux élevé de morbidité et de mortalité.
- > Ces patients consultent souvent pour des symptômes peu définis et variables dans le temps, ils demandent régulièrement une prescription d'antidouleurs, de calmants ou de somnifères.
- > Ils mettent parfois davantage en avant leurs plaintes somatiques, car ils ont souvent honte de leurs peurs.
- > Les symptômes les plus courants chez les patients présentant un trouble anxieux sont les suivants : céphalées, douleurs abdominales, troubles de sommeil, anorexie, problèmes de concentration, ruminations anxieuses, nervosité, irritabilité,...

LES DIFFÉRENTS TROUBLES ANXIEUX ET APPARENTÉS

Le DSM-5 décrit différents types de troubles anxieux, de troubles obsessionnels compulsifs et de troubles liés aux traumatismes et au stress. Cette typologie est assez artificielle. Dans la pratique clinique, on rencontre beaucoup de formes mixtes. La classification du DSM-5 vise principalement à uniformiser la classification et les définitions des troubles psychiatriques. Les troubles anxieux et troubles apparentés les plus fréquents sont les suivants :

TROUBLE PANIQUE AVEC OU SANS AGORAPHOBIE

- › Attaques de paniques récurrentes. Durant une attaque de panique, le patient vit un moment intense de peur, sans signe annonciateur.
- › L'attaque de panique dure de quelques minutes à une demi-heure. Après l'attaque de panique, le patient peut encore se sentir anxieux durant quelques heures. Après ou entre les attaques, il persiste une crainte de faire une autre attaque de panique ou une crainte relative aux conséquences potentielles d'une autre attaque de panique.
- › Il existe souvent des changements de comportements induits par les attaques de panique : le patient va éviter les situations où il s'attend à revivre une autre attaque de panique. Il peut, par exemple, éviter les exercices physiques ou les situations inconnues.
- › Une agoraphobie survient fréquemment comme conséquence.
- › Les patients avec des troubles paniques développent souvent une angoisse face à différentes situations. Par exemple, pour les transports en commun ou les espaces ouverts. L'anxiété et l'évitement résultent de pensées en rapport avec la difficulté de se mettre à l'abri ou de trouver de l'aide lorsque les symptômes de panique surviennent, ou la crainte de situations pour lesquelles la survenue de symptômes serait perçue comme gênante.

PHOBIES SPÉCIFIQUES

- › Peur ou anxiété intense à propos d'un objet ou d'une situation spécifique (par ex. prendre l'avion, être en hauteur, en présence d'animaux, avoir une injection, voir du sang).
- › L'objet ou la situation « phobogène » provoque presque toujours une peur ou une anxiété immédiate.
- › L'objet ou la situation « phobogène » est activement évité(e) ou vécu(e) avec une peur ou une anxiété intense.
- › La peur ou l'anxiété est disproportionnée par rapport au danger réel engendré par l'objet ou la situation spécifique et par rapport au contexte socioculturel.
- › La survenue d'épisodes de peur ou d'anxiété intense ou des comportements d'évitement persistent, habituellement 6 mois ou plus.
- › La peur, l'anxiété ou l'évitement cause une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

PHOBIE SOCIALE

- › Peur ou anxiété intense d'une ou plusieurs situations où la personne peut être sujette au jugement d'autrui. Il s'agit, par exemple, d'interactions sociales (avoir une conversation, rencontrer des inconnus...), de situations de performance (faire un discours...) ou encore où elle peut être exposée à l'observation attentive des autres (par exemple, manger ou boire).
- › La personne craint d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété qui seront perçus négativement (par exemple, de façon humiliante ou embarrassante), entraînant un rejet par les autres ou un risque de les offenser.
- › Les situations sociales provoquent presque toujours une peur ou une anxiété.
- › Les situations sociales sont évitées ou subies avec une peur ou une anxiété intense.
- › La peur ou l'anxiété est disproportionnée par rapport à la menace réelle que constitue la situation sociale et compte tenu du contexte socioculturel.
- › La survenue d'épisodes de peur ou d'anxiété intense ou des comportements d'évitement persistent, habituellement 6 mois ou plus.
- › La peur, l'anxiété ou l'évitement entraîne une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines.

TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ

- › Anxiété excessive survenant la plupart du temps au moins 6 mois, concernant un certain nombre d'évènements ou d'activités (telles que le travail ou les performances scolaires).
- › La personne éprouve de la difficulté à gérer cette anxiété.
- › L'anxiété est associée à 3 (ou plus) des 6 symptômes suivants (dont au moins certains symptômes ont été présents la plupart du temps, durant les 6 derniers mois) :
 - Agitation ou sensation d'être nerveux ;
 - Fatigabilité ;
 - Difficultés de concentration ou troubles de la mémoire ;
 - Irritabilité ;
 - Tensions musculaires ;
 - Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non réparateur).
- › L'anxiété ou les symptômes physiques qui en résultent entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF (TOC)

- › Présence d'obsessions, de compulsions, ou des deux.

Obsessions définies par :

- › Pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes qui peuvent être ressenties comme intrusives, inopportunes et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante.
- › La personne fait des efforts pour ignorer ou réprimer ses pensées, pulsions ou images, ou pour les neutraliser par d'autres pensées ou actions (que l'on nomme alors « compulsions »).

Compulsions définies par :

- › Comportements répétitifs (par exemple, se laver les mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (par exemple, prier, compter, répéter des mots silencieusement) que la personne se sent obligée à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.
- › Les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer l'anxiété ou le sentiment de détresse ou à empêcher une situation ou un événement redouté. Cependant, ces comportements ou ces actes mentaux sont soit disproportionnés par rapport à ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.
- › Les obsessions ou compulsions sont à l'origine d'une perte de temps considérable (par exemple, prenant plus d'une heure par jour) ou d'une détresse cliniquement significative, ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Les personnes qui vivent un événement traumatique développent dans 10 à 15 % des cas un syndrome de stress post-traumatique.

Les symptômes durent au minimum un mois et comprennent :

- › Souvenirs récurrents, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
- › Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des éléments internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques.
- › Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des éléments internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.
- › Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques.
- › Modifications de comportement et des émotions : perte d'intérêt, diminution des affects, évitement social, amnésie.
- › Agitation qui peut s'exprimer sous forme de troubles du sommeil, de colère, d'hypervigilance, de troubles de concentration, d'accès de pleurs, de sentiments de culpabilité/ d'inefficacité/d'infériorité et par l'utilisation de substances.

Ces symptômes interfèrent avec le fonctionnement social.

3.2 DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

AFFECTIONS SOMATIQUES

Étant donné que des symptômes anxieux accompagnent souvent des affections somatiques, il importe d'autres troubles psychiatriques et/ou somatiques, à savoir :

- › dans un premier temps, des maladies cardiovasculaires, des intoxications ou des consommations de substances, des endocrinopathies.
- › des déficiences biologiques (par exemple, anémie), des infections, des cancers.
- › sur le plan psychiatrique, une dépression, un trouble de personnalité ou un trouble psychotique.

Des troubles paniques et l'anxiété sont fréquents en médecine générale, mais souvent les patients n'en parlent pas et présentent davantage leurs problèmes physiques.

ZOOM SUR L'ATTAQUE DE PANIQUE

L'« attaque de panique » peut se présenter de façon isolée ou dans le contexte d'un trouble anxieux. Sa présence n'est cependant pas suffisante pour poser le diagnostic de trouble anxieux, puisqu'il n'en n'est pas spécifique.

Les critères d'attaque de panique selon le DSM-5 sont les suivants :

Une montée brusque de peur ou de sensation de malaise intense, qui atteint son acmé en quelques minutes, avec la survenue de quatre (ou plus) des symptômes suivants :

1. Palpitations ou accélération perçue du rythme cardiaque ;
2. Tremblements ou spasmes musculaires ;
3. Sensations de « souffle coupé » ou d'étouffement ;
4. Sensation d'étranglement ;
5. Douleur ou gêne thoracique ;
6. Nausée ou gêne abdominale ;
7. Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement ;
8. Frissons ou bouffées de chaleur ;
9. Paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements) ;

10. Déréalisation (sensation d'irréalité) ou dépersonnalisation (sensation d'être détaché de soi) ;
11. Peur de perdre le contrôle de soi ou de « devenir fou » ;
12. Peur de mourir.

3.3 GUIDE PRATIQUE DIAGNOSTIQUE

LES OUTILS D'AIDE À LA PRATIQUE

Pour une exploration empathique des plaintes anxieuses du patient, vous pouvez appuyer sur le [IPAIA](#). Consultez à ce sujet le chapitre 1 – les consultations psychosociales.

Les patients sont souvent en attente d'une prescription de médicaments (anxiolytiques, somnifères). Que faire si votre patient demande une prescription de psychotropes ? Voir plus d'informations au chapitre 1.5.

Investiguer la présence d'un trouble de l'humeur. Pour explorer ceci, vous pouvez éventuellement utiliser le questionnaire [PHQ9](#) ou le [Test de Maslach](#).

Dans le cadre de plaintes d'anxiété, il est important de bien comprendre, d'une part, les circonstances qui provoquent de l'angoisse chez votre patient et, d'autre part, son comportement d'évitement. Ces informations sont indispensables pour la prise en charge de l'anxiété de façon personnalisée. Répertorier avec le patient les symptômes d'anxiété est donc très utile (par exemple, à l'aide du [schéma 5'](#)).

ZOOM SUR LE SCHÉMA 5'

Le schéma comportemental 5' permet de recueillir des informations sur la séquence suivante : les circonstances dans lesquelles l'anxiété se présente, les pensées qui les accompagnent, la manière dont la personne les gère et les conséquences de ses comportements.

Lors de votre exploration, il est utile de chercher à identifier quels sont les événements déclencheurs des épisodes d'anxiété (le rapport aux autres, la performance, la saleté...), quels sont les thèmes associés aux pensées lors de ces épisodes (peur du rejet, faible estime de soi, contamination...) et enfin quels sont les éventuels comportements d'évitement qui en résultent.

3.4 PSYCHOÉDUCATION

L'IMPORTANCE DE L'EXPLICATION

La compréhension du problème est une étape cruciale pour le patient. Le [Bilan](#) peut vous aider à expliquer l'anxiété dans la perspective d'un rapport entre contrainte et ressources, comme signe d'un déséquilibre entre les deux. Vous envisagez ainsi la plainte du patient dans un fonctionnement psychosocial plus large qui intègre toutes les données cliniques et permet d'avoir une vision plus précise de l'histoire personnelle du patient. La phase d'exploration a déjà un effet bénéfique pour le patient.

LES 3 QUESTIONS DU PATIENT

Votre contribution en tant que médecin généraliste à l'exploration, la structuration et la compréhension de la plainte de votre patient, peut inclure de la psychoéducation (information au patient). La psychoéducation sera individualisée pour chaque patient et pour chaque plainte.

Les 3 principales questions du patient sont toujours les suivantes :

1. Qu'est-ce que j'ai ?
2. A quoi est-ce dû ? (Cause ou mécanisme)
3. Comment puis-je aller mieux ? (Traitement)

QU'EST-CE QUE J'AI ?

Il est important d'informer votre patient qu'en réalité, la peur est une réaction naturelle et fonctionnelle. Elle a cependant parfois tendance à s'hypertrophier : elle s'installe dans la durée et se répand dans le quotidien du patient. La peur fonctionnelle peut ainsi se transformer en symptômes d'anxiété ou en troubles anxieux.

> La peur est une émotion normale qui signale un danger. Elle est considérée comme problématique lorsque :