

LETTRE-RÉSEAU

LR-DRP-1/2013

Document consultable dans Médi@m

Date :

04/01/2013

Domaine(s) :

dossier client assurés

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>
Provisoire	<input type="checkbox"/>

Objet :

Affections psychiques entraînant une IP prévisible > ou = 25 %

Liens :

LR-DRP-17/2012

Plan de classement :

P01-03

Emetteur(s) :

DRP

Pièces jointes :

à Mesdames et Messieurs les

- | | | | |
|--|---|---|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Directeurs | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM | <input checked="" type="checkbox"/> CARSAT | |
| | <input type="checkbox"/> UGECAM | <input checked="" type="checkbox"/> CGSS | <input type="checkbox"/> CTI |
| <input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils | <input checked="" type="checkbox"/> Régionaux | <input checked="" type="checkbox"/> Chef de service | |

Pour mise en oeuvre immédiate

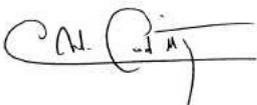
Résumé :

Cette lettre-réseau diffuse, auprès des médecins conseils, les recommandations d'un groupe de travail de la commission des pathologies professionnelles du COCT, destinées à les aider à faire le diagnostic des affections psychiques graves entraînant une incapacité permanente prévisible égale ou supérieure à 25 % et autorisant ainsi la saisine du CRRMP au titre de l'article L. 461-1-4^e alinéa.

Mots clés :

CRRMP ; affections psychiques graves ; IP > ou = 25 %

Le Directeur Délégué
aux Opérations



Olivier de CADEVILLE

Le Directeur
des Risques Professionnels



Dominique MARTIN

LETTRE-RESEAU : LR/DRP/1/2013

Date : 04/01/2013

Objet : Affections psychiques entraînant une IP prévisible > ou = 25 %

Affaire suivie par : Mme le Dr O. VANDENBERGHE – 01 72 60 25 77 – odile.vandenberghes@cnamts.fr

Actuellement, en l'absence de tableau de maladies professionnelles les concernant, les affections psychiques peuvent être reconnues au titre de l'article L. 461-1 alinéa 4 du code de la sécurité sociale dès lors que la maladie présente une gravité justifiant une incapacité permanente (IP) égale ou supérieure à 25% et à condition qu'un lien « direct et essentiel » avec l'activité professionnelle ait été mis en évidence par un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). Quelques dizaines de cas de pathologies psychiques sont ainsi reconnus chaque année en France.

Toutefois, le dispositif de reconnaissance des affections hors tableau de MP soulève des difficultés d'application quand il s'agit de maladies psychiques.

La lettre ministérielle du 13 mars 2012, diffusée par la LR-DRP-17/2012 du 12/04/2012, en introduisant la notion d'incapacité permanente prévisible, vise à assouplir les conditions de saisine du CRRMP au titre de l'alinéa 4 en supprimant la notion de stabilisation préalable. Toutefois l'exigence d'un taux d'incapacité permanente prévisible supérieur à 25 %, est difficile à apprécier par les médecins conseils. En effet lors de la réception du certificat médical initial, les troubles constatés ne permettent pas toujours de prévoir leur évolution vers une incapacité permanente inférieure ou supérieure à 25%.

Par ailleurs, faute de critères précis, le traitement des demandes par les CRRMP est hétérogène et fluctuant.

La présente lettre-réseau a pour objectif de diffuser aux médecins conseils les recommandations issues des travaux du groupe de travail de la commission des pathologies professionnelles du COCT, relatives aux critères de gravité autorisant la saisine du comité régional.

Les aspects concernant le traitement des dossiers par les CRRMP seront abordés lors de l'actualisation du Guide destiné aux CRRMP.

Recommandations concernant l’instruction des demandes de reconnaissance des pathologies psychiques au titre de l’article L. 461-1 4^e alinéa

La vocation de ces recommandations est de mettre à disposition des médecins conseils une typologie descriptive et nosologique des pathologies d'origine psychique susceptibles d'être examinées par les CRRMP.

Cet outil d'aide à la décision, qui n'est pas exhaustif, vise à harmoniser les pratiques dans le respect de la liberté d'appréciation des médecins conseils.

1 Les troubles psychiques graves susceptibles d’être liés au travail : états de stress post traumatiques, dépression, anxiété généralisée

Les études épidémiologiques ont montré que la prévalence de ces trois troubles est élevée dans les situations de violence psychologique au travail.

Ont été exclus de ces recommandations le "burn-out " qui n'a pas de définition médicale consensuelle ainsi que le "mobbing " et le harcèlement qui n'ont qu'une définition juridique.

Les troubles addictifs ne sont pas retenus en tant que tels, mais peuvent être considérés comme des complications des troubles retenus.

Les tentatives de suicide peuvent être des complications des troubles retenus ou être prises en compte au titre des accidents du travail.

Les troubles de l'adaptation sont fréquents dans le contexte professionnel. Toutefois, compte tenu de leur faible gravité, ces troubles sont peu susceptibles d'être reconnus comme maladies professionnelles au titre de l'article L. 461-1 alinéa 4.

De plus, selon la définition de ces troubles, les symptômes ne persistent pas au-delà de 6 mois après la disparition du facteur de stress.

Les aggravations liées au travail des pathologies préexistantes (ex : psychoses) ne sont pas envisagées dans ce document.

Enfin, ne doivent pas être prises en compte au titre des maladies professionnelles, les pathologies qui résultent d'un évènement clairement identifié. Dans ce cas en effet, ces pathologies relèvent de la réglementation applicable aux accidents du travail.

1. 1. États de stress post-traumatiques

Nosographie :

La nosographie distingue deux types d'ESPT :

a) l'état de stress aigu (ESA) :

Dans les 4 semaines qui suivent le traumatisme

Durée des troubles : au moins 2 jours

b) l'état de stress post traumatique (ESPT) :

A distance du traumatisme

Durée des troubles : au moins 1 mois

Données épidémiologiques :

La prévalence vie entière de l'ESPT est de 10% des femmes et 5% des hommes.

Critères diagnostiques :

Les critères diagnostiques du DSM IV TR (2000)¹ de l'état de stress post-traumatique sont les suivants :

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

(1) Le sujet a vécu, a été témoin, ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;

(2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

(1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions ;

(2) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse ;

(3) Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication) ;

(4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause ;

(5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause ;

C. Évitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes ;

(1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme ;

¹ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé - Editions Masson; Édition : 2e (22 décembre 2003)

- (2) Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;
- (3) Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme ;
- (4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
- (5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ;
- (6) Restriction des affects (par exemple incapacité à éprouver des sentiments tendres) ;
- (7) Sentiment d'avenir « bouché » (par exemple pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoignent deux des manifestations suivantes :

- (1) Difficulté d'endormissement au sommeil interrompu ;
- (2) Irritabilité ou accès de colère ;
- (3) Difficulté de concentration ;
- (4) Hypervigilance ;
- (5) Réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

- **aigu** : si la durée des symptômes est de moins de trois mois,
- **chronique** : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.
- **survenue différée** : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

Diagnostic :

Le diagnostic d'ESPT impose en théorie le critère A : « *Le sujet doit avoir vécu, avoir été témoin ou avoir été confronté à un événement (ou des événements) durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés, ou menacés de mort ou de graves blessures, ou des événements durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée* ».

Cependant on décrit des ESPT sans le critère A, non liés à un événement unique grave, mais liés à des événements répétés (fréquence et persistance d'agissements humiliants, insultants ; abus chroniques, dénigrement, menaces et calomnies pouvant générer des problèmes sociaux et psychosomatiques). Ce sont les ESPT dits « complexes ».

Les ESPT dans le cadre du travail sont sans doute le plus fréquemment des ESPT complexes.

Toutes les victimes ne présenteront pas un ESPT, d'où le constat qu'il existe des facteurs de vulnérabilité.

1. 2. Troubles dépressifs

Données épidémiologiques

La prévalence de la dépression dans la population française est d'environ 11 %. Sur la vie entière, la prévalence serait de 15 à 25 %.

Le risque de récurrence à 10 ans est supérieur à 50%.

La dépression est deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes

Critères diagnostiques

Les critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur selon le DSM IV TR (2000) sont les suivants :

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins Un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours signalée par le sujet (par exemple : se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par exemple : pleure).

(2) Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observé par les autres)

(3) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (par exemple : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5%) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire prier ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalées par le sujet ou observées par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

- D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale générale (par exemple hypothyroïdie).**
- E. Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.**

Diagnostic :

Le diagnostic de dépression nécessite :

- Un changement par rapport au fonctionnement habituel ;
- Des symptômes marqués présents depuis au moins 2 semaines.

Il existe de nombreux instruments d'évaluation validés et reconnus aussi bien en auto-évaluation qu'en hétéro-évaluation.

Parmi ces instruments, on peut retenir une échelle d'hétéro évaluation, la MADRS² (cf. Annexe 1).

1. 3. Troubles anxieux

Données épidémiologiques

- La prévalence au cours de la vie du trouble d'anxiété généralisée (TAG) est de 15 % en population générale, la prévalence sur l'année est de 3 à 5 % de la population générale.
- Le TAG est deux fois plus fréquent chez les femmes que chez les hommes.
- Le TAG occupe la 6^e place dans la liste des troubles psychiatriques par ordre décroissant de fréquence.

Critères diagnostiques du TAG:

A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) durant au moins 6 mois concernant un certains nombre d'événements ou d'activités (tel le travail)

B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation

C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants :

- (1) agitation ou sensation d'être survolté ou à bout.
- (2) fatigabilité
- (3) difficulté de concentration ou de mémoire
- (4) irritabilité
- (5) tension musculaire
- (6) perturbation du sommeil

² Montgomery and Asberg Depression Rating Scale – In : Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, M.Bouvard, J.Cottraux, Ed. Masson 2002.

D. L'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité aux manifestations d'un autre trouble (trouble panique, phobie sociale, trouble obsessionnel-compulsif, etc.) et l'anxiété et les préoccupations ne surviennent pas exclusivement au cours d'un état de stress post-traumatique

E. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

F. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale et ne survient pas exclusivement au cours d'un trouble de l'humeur

De nombreux outils de mesure de l'anxiété existent. On peut retenir, en particulier l'Échelle de Covi³ (Cf. Annexe 2).

2. Validation du diagnostic évaluation de la gravité

L'évaluation par les médecins conseils des troubles psychiques d'origine professionnelle dans le cadre des demandes de reconnaissance de maladies professionnelles suppose un diagnostic d'une maladie psychique justifiant une IP prévisible au moins égale à 25 %.

2.1. Diagnostic

La validation du diagnostic, dans les cas les plus nombreux, ne pose pas de difficultés majeures, qu'il s'agisse des états dépressifs, des états de stress post-traumatiques, ou des troubles anxieux.

Le médecin peut utiliser les échelles proposées pour quantifier l'importance des troubles et si besoin recourir à un avis spécialisé.

2.2. Évaluation de la gravité

L'évaluation de la gravité se base sur différents critères :

- Arrêts de travail (nombre et durée totale),
- Hospitalisations éventuelles,
- Tentatives de suicides éventuelles,
- Traitement psychotrope, suivi spécialisé éventuel,
- Retentissement en dehors de la sphère professionnelle.

Concernant l'incapacité permanente (IP), dès lors qu'il existe un retentissement significatif, un taux supérieur à 25 % paraît justifié.

C'est le retentissement global des troubles (imputables et non imputables) qui doit être pris en compte. Les conséquences d'un état antérieur éventuel seront différenciées de la part imputable aux conditions de l'exercice professionnel par le CRRMP.

³ Guelfi JD. L'évaluation clinique standardisée. Tome 1 : Psychopathologie générale - Dépression - Anxiété et anxiodépression. Paris : Éditions médicales Pierre Fabre ; 1996

L'échelle d'évaluation globale de fonctionnement peut être utilisée (EGF, Cf. Annexe 3)⁴. A titre indicatif, dès lors que le score à l'EGF⁵ est inférieur à 60, on peut considérer que l'IP est au moins égale à 25 %.

Le taux d'IP prévisible est évalué en se plaçant au moment où la personne a effectué la demande de reconnaissance de maladie professionnelle.

⁴ Guelfi JD. L'évaluation clinique standardisée. Tome 1 : Psychopathologie générale - Dépression - Anxiété et anxiodépression. Paris : Éditions médicales Pierre Fabre ; 1996

⁵ DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé - Editions Masson; Édition : 2e (22 décembre 2003)

ANNEXES

Annexe 1 - Echelle de dépression MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale)

1) Tristesse apparente

Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se déridier.

- 0 Pas de tristesse
- 1
- 2 Semble découragé mais peut se déridier sans difficulté
- 3
- 4 Parait triste et malheureux la plupart du temps
- 5
- 6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé

2) Tristesse exprimée

Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir. Coter selon l'intensité, la durée et le degré auquel l'humeur est dite être influencée par les événements.

- 0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances.
- 1
- 2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté.
- 3
- 4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression.
- 5
- 6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuation.

3) Tension intérieure

Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse. Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

- 0 Calme. Tension intérieure seulement passagère.
- 1
- 2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.
- 3
- 4 Sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- 5
- 6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.

4) Réduction du sommeil

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

- 0 Dort comme d'habitude.
- 1

- 2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit. Léger ou agité.
- 3
- 4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures.
- 5
- 6 Moins de deux ou trois heures de sommeil.

5) Réduction de l'appétit

Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel. Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

- 0 Appétit normal ou augmenté.
- 1
- 2 Appétit légèrement réduit.
- 3.
- 4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût.
- 5
- 6 Ne mange que si on le persuade.

6) Difficultés de concentration

Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

- 0 Pas de difficulté de concentration.
- 1
- 2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.
- 3
- 4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.
- 5
- 6 Incapacité de lire ou de converser sans grande difficulté.

7) Lassitude

Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

- 0 Guère de difficultés à se mettre en route ; pas de lenteur.
- 1
- 2 Difficultés à commencer des activités.
- 3
- 4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.
- 5
- 6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8) Incapacité à ressentir

Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.
- 1
- 2 Capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels.

3

4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.

5

6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir, et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches, parents et amis.

9) Pensées pessimistes

Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché ou de ruine.

0 Pas de pensées pessimistes.

1

2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation et d'auto-dépréciation.

3

4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises, mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur.

5 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10) Idées de suicide

Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.

1

2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.

3

4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible, mais sans projet ou intention précis.

5

6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.

RÉSULTATS :

Chaque item est coté de 0 à 6, seules les valeurs paires sont définies. Le médecin doit décider si l'évaluation doit reposer sur les points de l'échelle bien définis (0, 2, 4, 6) ou sur des points intermédiaires (1, 3, 5).

Le score maximal est de 60. Le seuil de dépression est fixé à 15.

Annexe 2 - Echelle d'anxiété de COVI

L'échelle de Covi est constituée de 3 items cotés de 0 à 4 destinés à évaluer le discours, le comportement et les plaintes somatiques du sujet anxieux. Sa sensibilité est satisfaisante.

Coter : Inexistant : 0 ; Faible : 1 ; Moyen : 2 ; Beaucoup : 3 ; Énorme : 4.

Discours du sujet

Nerveux, pas dans son assiette, agité, effrayé sans raison, peureux, tendu, noué, doit éviter certaines conduites, certains lieux, difficultés à se concentrer.

Comportement

Semble effrayé, angoissé, mal à l'aise, agité.

Plaintes somatiques

Sudation, tremblements, sensation de striction cardiaque, tachycardie, oppression respiratoire, sensation de chaud ou froid, sommeil agité, estomac noué, boule dans la gorge.

Le score seuil sur l'échelle de COVI est de 6.

Annexe 3 - Évaluation Globale du Fonctionnement (EGF)

L'EGF est divisée en dix niveaux de fonctionnement. Coter l'EGF revient à choisir le niveau qui reflète le mieux le niveau de fonctionnement. La description de chacun des dix niveaux de l'échelle EGF a deux composantes : la première correspond à la gravité symptomatique, la seconde au fonctionnement. La cotation de l'EGF s'opère dans un décile particulier dès lors que, soit la sévérité symptomatique, soit le niveau de fonctionnement atteint le niveau en question. Par exemple, la première partie de la tranche 41-50 correspond « à des symptômes importants (p. ex., idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) » ; la deuxième partie comprend « une altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., absence d'amis, incapacité de garder un emploi) ». On doit considérer que dans les situations où il y a une discordance entre la sévérité symptomatique et le niveau de fonctionnement, la cotation finale de l'EGF doit refléter l'atteinte la plus grave des deux secteurs. Par exemple, la cotation EGF pour un sujet qui se met en danger mais qui, par ailleurs, fonctionne bien, sera inférieure à 20. De la même façon, la cotation EGF d'un sujet qui a des symptômes psychologiques mineurs, mais qui a une altération significative du fonctionnement (p. ex., un sujet qui à cause d'une préoccupation excessive par l'usage d'une substance perd son emploi ou ses amis, mais sans autre psychopathologie) obtiendra 40 ou moins.

Dans la plupart des cas, les cotations sur l'échelle EGF doivent se rapporter à la période actuelle (c'est-à-dire au niveau de fonctionnement au moment de l'évaluation) car l'estimation du fonctionnement actuel reflète généralement le besoin actuel de traitement ou de soins. La cotation de l'EGF pour la période actuelle se fait parfois selon le niveau de fonctionnement le plus bas de la semaine écoulée pour tenir compte de la variabilité du fonctionnement selon les jours. L'échelle peut être cotée également pour d'autres périodes (p. ex., pour évaluer le niveau de fonctionnement le plus élevé maintenu pendant au moins quelques mois au cours de l'année précédente).

Pour s'assurer qu'aucun élément de l'échelle EGF ne risque d'être omis pour la cotation, la méthode suivante peut s'appliquer :

- **Première étape.** En commençant par le niveau le plus élevé, évaluer chaque tranche de notes en demandant si, soit la sévérité des symptômes du sujet, soit son niveau de fonctionnement est inférieur à ce qui est précisé pour la tranche considérée.
- **Deuxième étape.** Poursuivre la lecture de l'échelle par tranches de notes descendantes jusqu'à celle qui reflète le mieux la sévérité symptomatique du sujet ou son niveau de fonctionnement *quel que soit le niveau le plus bas qui puisse être atteint*.
- **Troisième étape.** Regarder la tranche inférieure pour vérifier que l'on ne s'est pas arrêté prématurément. La nouvelle tranche doit paraître trop grave, tant sur le plan de la sévérité symptomatique que sur celui du fonctionnement. Si tel est le cas, la cotation appropriée est atteinte. Poursuivre avec la quatrième étape. Dans le cas contraire, retourner à l'étape 2 et continuer à descendre sur l'échelle.
- **Quatrième étape.** Pour choisir la note exacte à l'intérieur de la tranche choisie de 10 points, établir si le sujet fonctionne au plafond ou bien au plancher de la zone des 10 points.

Évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Ne pas tenir compte d'une altération du fonctionnement due à des facteurs limitants d'ordre physique ou environnemental.

100-91

Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptômes.

90-81

Symptômes absents ou minimales (p. ex., anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (p. ex., conflit occasionnel avec des membres de la famille).

80-71

Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (p. ex., des difficultés de concentration après une dispute familiale) ; pas plus qu'une altération légère du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., retard temporaire du travail scolaire).

70-61

Quelques symptômes légers (p. ex., humeur dépressive et insomnie légère) ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., école buissonnière épisodique ou vol en famille) mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.

60-51

Symptômes d'intensité moyenne (p. ex., émoussement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail).

50-41

Symptômes importants (p. ex., idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. absence d'amis, incapacité à garder un emploi).

40-31

Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p. ex., discours par moments illogique, obscur ou inadapté) ou déficience majeure dans plusieurs domaines, p. ex., le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (p. ex., un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provocant à la maison et échoue à l'école).

30-21

Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations ou troubles graves de la communication ou du jugement (p.ex., parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) ou incapable de fonctionner dans presque tous les domaines (p. ex., reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).

20-11

Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (p. ex., tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) ou incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimale (p. ex., se barbouille d'excréments) ou altération massive de la communication (p. ex., incohérence indiscutable ou mutisme).

10-1

Danger persistant d'auto ou d'hétéro-agression grave (p. ex., accès répétés de violence) ou incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimale ou geste suicidaire avec attente précise de la mort.

0

Information inadéquate.

Annexe 4 – Aide à l'évaluation de la sévérité (IP prévisible > 25%)

Cette grille a été élaborée par des médecins conseils, elle est indicative et tient compte des éléments qu'un médecin conseil peut raisonnablement recueillir lors de son examen.

Critère1 : Retentissement fonctionnel moyen ou important (EGF < 60)

Existence d'un handicap altérant le fonctionnement social lors de l'activité professionnelle ou quotidienne apprécié sur la présence de :

- Troubles de la concentration et de la vigilance d'intensité moyenne ou importante
- Souvenirs répétitifs et envahissants
- Troubles du sommeil d'intensité moyenne ou importante
- Sentiment de détresse
- Auto-dépréciation
- Pessimisme, absence de projets d'avenir
- Perte d'intérêt pour l'environnement (amis, proches)

Critère2 : Chronicité

Épisode évoluant depuis plus de 6 mois ayant nécessité un ou plusieurs arrêts de travail

Critère 3 : Antécédents

- tentative(s) de suicide
- hospitalisation(s) en psychiatrie

Critère 4 : Prise en charge thérapeutique

- traitement antidépresseur à dose thérapeutique depuis plus d'un mois
- suivi par un psychiatre

Si au moins 2 de ces critères sont réunis une IP > 25 % est prévisible. Le dossier est transmis au CRRMP.