

Grille d'évaluation ECOS - Dépression 2

📍 Urgences psychiatriques du CHUV

👤 Mme/M. Anne/Steve Peters, 20 ans, est amené(e) par sa mère qui est très inquiète par rapport à son comportement.

Anamnèse (25%)

Score : 0/36

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Exploration des symptômes dépressifs				0
Humeur triste [depuis 1 mois, mélancolique]	<input type="checkbox"/>			
Anhédonie [perte d'intérêt pour tout]	<input type="checkbox"/>			
Fatigue/perte d'énergie [très fatigué la journée]	<input type="checkbox"/>			
Troubles du sommeil [insomnie d'endormissement]	<input type="checkbox"/>			
Troubles de l'appétit [perte d'appétit depuis 1 mois]	<input type="checkbox"/>			
Isolement social [ne voit plus amis ni famille]	<input type="checkbox"/>			
2. Facteurs déclenchants				0
Rupture amoureuse [il y a 1 mois, relation de 3 ans]	<input type="checkbox"/>			
Déménagement récent [il y a 2 mois à Lausanne]	<input type="checkbox"/>			
Difficultés scolaires [études ne plaisent pas]	<input type="checkbox"/>			
Isolement social [peu d'amis à Lausanne]	<input type="checkbox"/>			
3. Évaluation du risque suicidaire - Idéation				0
Présence d'idées suicidaires [oui, depuis 3 jours]	<input type="checkbox"/>			
Fréquence des pensées suicidaires	<input type="checkbox"/>			
Intensité du désir de mort	<input type="checkbox"/>			
Ambivalence face à la mort	<input type="checkbox"/>			
4. Évaluation du risque suicidaire - Planification				0
Scénario établi [oui, pont de Bessières]	<input type="checkbox"/>			
Moyen choisi [saut + injection NovoRapid 600 unités]	<input type="checkbox"/>			
Date prévue [lundi prochain, 2h du matin]	<input type="checkbox"/>			
Accessibilité des moyens [NovoRapid volé au père]	<input type="checkbox"/>			
Préparatifs effectués [escabeau prévu]	<input type="checkbox"/>			
5. Antécédents psychiatriques				0
Tentative de suicide antérieure [oui, à 15 ans avec benzodiazépines]	<input type="checkbox"/>			
Diagnostic antérieur [trouble de personnalité borderline]	<input type="checkbox"/>			
Suivis psychiatriques antérieurs	<input type="checkbox"/>			
Hospitalisations psychiatriques	<input type="checkbox"/>			
6. Antécédents familiaux				0
Suicide dans la famille [grand-père par pendaison]	<input type="checkbox"/>			
Troubles psychiatriques familiaux	<input type="checkbox"/>			
Antécédents médicaux [père diabétique type II]	<input type="checkbox"/>			
7. Habitudes et consommations				0
Alcool [augmentation, 3 bières/soir depuis 1 mois]	<input type="checkbox"/>			
Drogues	<input type="checkbox"/>			
Tabac	<input type="checkbox"/>			
Changements récents dans les habitudes	<input type="checkbox"/>			

8. Symptômes associés

0

Douleur thoracique [point, 2-3/10, lié au stress]

☐

Anxiété

☐

Autres symptômes somatiques

☐

9. Évaluation du fonctionnement

0

Fonctionnement social [isolement, ne voit plus personne]

☐

Fonctionnement scolaire [n'a plus aux cours]

☐

Activités quotidiennes [abandon des hobbies]

☐

Examen clinique (25%)

Score : 0/0

Critères

Oui

±

Non

Points

Management (25%)

Score : 0/22

Critères

Oui

±

Non

Points

1. Hypothèse diagnostique principale

Épisode dépressif majeur avec risque suicidaire élevé

☐☐☐

0

2. Diagnostics différentiels évoqués

0

Trouble de la personnalité borderline

☐

Trouble bipolaire

☐

Trouble de l'adaptation

☐

Trouble lié aux substances

☐

3. Évaluation du risque suicidaire selon RUD

0

Risque [ATCD, âge, isolement, rupture]

☐

Urgence [scénario établi avec date]

☐

Dangerosité [moyens létaux accessibles]

☐

Conclusion: risque élevé

☐

4. Prise en charge immédiate

0

Hospitalisation en psychiatrie

☐

Mesures de protection

☐

Retrait des moyens létaux

☐

Surveillance rapprochée

☐

5. Plan thérapeutique

0

Traitement antidépresseur

☐

Psychothérapie

☐

Soutien psychosocial

☐

Implication de la famille

☐

6. Communication avec le patient

0

Explication du diagnostic

☐

Validation de la souffrance

☐

Explication de la nécessité d'hospitalisation

☐

Alliance thérapeutique

☐

Communication (25%)

Score : 0/20

Critères	A	B	C	D	E
<p>1. Réponse aux sentiments et besoins du patient</p> <p>Empathie, écoute active, validation des émotions Explique le déroulement de la consultation et vérifie les préoccupations du patient, commence l'anamnèse par une question ouverte ; reconnaît, verbalise et légitime les émotions, fournit du soutien</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>2. Structure de l'entretien</p> <p>Organisation logique, transitions fluides, gestion du temps Se présente par son nom et sa fonction, les étapes de l'entretien sont identifiables et s'enchaînent de manière logique, gestion du temps, adaptation à la situation</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>3. Expression verbale</p> <p>Clarté, vocabulaire adapté, vérification de la compréhension Langage adapté au niveau du patient, pas de jargon, explications compréhensibles, reformulations quand nécessaire, répétitions des points clés, fait une synthèse de la consultation, bonne articulation, ton et volume adéquats</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>4. Expression non verbale</p> <p>Contact visuel, posture, gestuelle appropriée Distance interpersonnelle adéquate, posture adéquate, gestes adéquats, contact visuel et expression faciale adéquats, pauses quand nécessaire</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>5. Évaluation générale de la communication</p> <p>Qualité globale de l'interaction médecin-patient</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Score Global

0%

% par Section

Anamnèse
0%

Examen clinique
0%

Management
0%

Communication
0%

Note Globale

A-E

Échelle de notation

A

≥90%

B

80-89%

C

70-79%

D

60-69%

E

<60%

Scénario pour le/la patient(e) standardisé(e)

Nom : Anne/Steve Peters | **Âge :** 20 ans

Contexte : Étudiant(e) en lettres amené(e) aux urgences psychiatriques par sa mère

Motif de consultation

Plainte principale : «C'est ma mère qui m'a amenée parce qu'elle dit que je ne suis plus moi-même»

Si on demande s'il y a autre chose : «J'en ai marre de cette vie, elle a aucun sens»

Informations personnelles

Profession : Étudiant(e) en lettres

Hobbies : Sortir avec les amis, jouer aux jeux vidéos, Beachvolley

Poids : Normal (BMI 18-25)

Orientation sexuelle : Hétérosexuel(le)

État civil : Célibataire

État d'esprit : Attitude mélancolique

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Crise existentielle
- Humeur très triste depuis 1 mois, presque mélancolique
- Perte du sens de la vie
- Perte de tout intérêt ou envie

Symptômes associés :

- Tristesse profonde
- Perte d'envie dans tout
- Fatigue importante la journée
- Difficultés d'endormissement
- Perte d'appétit depuis 1 mois
- Isolement social (ne voit plus amis ni famille)
- Abandon des hobbies
- N'va plus aux cours

Douleur :

- Douleur thoracique 'comme un point'
- Intensité : 2-3/10
- Durée : quelques heures puis disparaît
- Plusieurs épisodes par jour
- Apparition subite, surtout quand pense à ses problèmes
- S'atténue avec la distraction

Facteurs déclenchants :

- Rupture amoureuse il y a 1 mois (relation de 3 ans)
- A vu son ex avec quelqu'un d'autre récemment
- Déménagement récent à Lausanne (il y a 2 mois)
- Peu d'amis à Lausanne, se sent seul(e)
- Études ne plaisent pas
- Ne sait plus quoi faire de sa vie professionnelle

Idéation suicidaire :

- Pensées suicidaires depuis 3 jours
- Scénario établi : pont de Bessières
- Date prévue : lundi prochain à 2h du matin
- Moyen : saut + injection 600 unités NovoRapid
- Préparatifs : escabeau prévu pour franchir barrière
- NovoRapid volé au père diabétique

Questions :

- Il y a absolument rien qui va dans ma vie, ma vie c'est de la merde (si demande de détailler)
- Ça fait un mois que ça ne va plus, depuis que mon ex m'a quitté(e)...

Habitudes

- **Alimentation** : Bonne autrefois (mange de tout), perte d'appétit depuis 1 mois
- **Activité physique** : Autrefois actif(ve), ce n'est plus le cas depuis 1 mois
- **Sommeil** : Difficultés d'endormissement le soir
- **Tabac** : Non mentionné
- **Alcool** : Consommation en augmentation depuis 1 mois, actuellement 3 bières tous les soirs
- **Drogues illicites** : Non mentionné
- **Médicaments** : Aucun médicament actuel

Informations personnelles

- **Profession** : Étudiant(e) en lettres
- **Hobbies / Intérêts** : Sortir avec les amis, jouer aux jeux vidéos, Beachvolley
- **Poids** : Normal (BMI 18-25)
- **Orientation sexuelle** : Hétérosexuel(le)
- **État civil** : Célibataire
- **État d'esprit durant la consultation** : Attitude mélancolique

Histoire médicale

- Tentative de suicide à 15 ans par prise de benzodiazépines
- Aucune séquelle particulière suite à cet épisode
- Diagnostiqué(e) 'borderline' lors de cet événement
- Pas d'autres hospitalisations
- Pas d'allergies connues

Antécédents familiaux

- Grand-père suicidé par pendaison
- Père diabétique type II insulino-dépendant

Anamnèse par systèmes

Système général :

- Perte d'appétit depuis 1 mois
- Fatigue importante
- Troubles du sommeil

Système psychiatrique :

- Antécédent de tentative de suicide à 15 ans (benzodiazépines)
- Diagnostiqué(e) 'borderline' lors de cet événement
- Relations tumultueuses (passionnelles ou conflictuelles)
- Décrit(e) comme impulsif(ve)

Système cardiovasculaire :

- Douleur thoracique liée au stress

Simulation

Durant l'entretien :

- Avoir l'air déprimé(e)
- Regarder le sol de façon mélancolique
- Garder les bras le long du corps, pendus
- Discours monotone
- Ne rien cacher et répondre sincèrement aux questions sans tourner autour du pot

Information à donner

Autrefois plutôt quelqu'un de social, joyeux(se) et avec plein d'énergie. Vos proches ne vous reconnaissent plus. Important : ne pas mentionner les facteurs déclenchants les uns après les autres, c'est au médecin d'aller les chercher.

Informations pour l'expert

Dossier médical de l'entretien

M./Mme Peters, 20 ans, étudiant(e) en lettres, amené(e) aux urgences psychiatriques par sa mère. Déménagé à Lausanne il y a 2 mois. Humeur triste depuis 1 mois (mélancolique), anhédonie, isolement social, fatigue, insomnie, perte d'appétit. Facteurs déclenchants : rupture amoureuse récente, isolement social, insatisfaction études. Idéation suicidaire active avec scénario établi (pont de Bessières + injection insuline). ATCD : TS à 15 ans, trouble personnalité borderline. ATCD familiaux : grand-père suicidé.

Rôles et interventions de l'expert·e

Aucune intervention nécessaire

Points clés

- Épisode dépressif majeur avec idéation suicidaire active
- Risque suicidaire élevé selon RUD (Risque, Urgence, Dangerosité)
- Antécédent de tentative de suicide
- Scénario suicidaire établi avec moyens létaux accessibles
- Trouble de personnalité borderline sous-jacent
- Facteurs de stress psychosociaux multiples

Pièges

- Ne pas minimiser le risque suicidaire
- Explorer systématiquement le scénario suicidaire (RUD)
- Évaluer la dangerosité des moyens choisis
- Ne pas oublier d'explorer les antécédents psychiatriques
- Proposer une hospitalisation vu le risque élevé

Évaluation psychiatrique complète

L'évaluation clinique psychiatrique doit être systématique et structurée.

- Apparence : âge apparent, tenue, hygiène, vigilance
- Orientation : temps, espace, personne, situation
- Attention : partagée, fluctuante, somnolence
- Attitude : calme, collaborant, oppositionnel, repli sur soi
- Activité psychomotrice : agitation, ralentissement, tics
- Thymie : neutre, haute, triste, colérique
- Affects : congruents, discordants, pauvres, labiles
- Discours : riche, pauvre, rapide, lent, logorrhéique
- Cours de la pensée : cohérent, organisé, ralenti, digressif
- Contenu de la pensée : logique ou délirant
- Éléments psychotiques : hallucinations, troubles du moi
- Jugement et autocritique
- Fonctions cognitives et mémoire

Critères du trouble dépressif majeur

Au moins 5 symptômes pendant au moins 2 semaines, incluant obligatoirement humeur dépressive ou anhédonie.

- Humeur dépressive la plupart du jour
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir (anhédonie)
- Perte ou gain de poids significatif
- Insomnie ou hypersomnie
- Agitation ou ralentissement psychomoteur
- Fatigue ou perte d'énergie
- Sentiment de dévalorisation ou culpabilité excessive
- Diminution de la capacité de concentration
- Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires

Évaluation du risque suicidaire (RUD)

Méthode systématique d'évaluation du risque suicidaire.

- RISQUE : antécédents de TS, sexe masculin, âge, précarité sociale, comorbidité psychiatrique, impulsivité, consommation substances
- URGENCE : scénario établi ? Lieu ? Date ? Moyen ?
- DANGÉROSITÉ : létalité et disponibilité du moyen choisi
- Évaluation globale : faible, moyen, élevé
- Décision : ambulatoire, hospitalisation, urgence

Trouble de personnalité borderline

Trouble caractérisé par l'instabilité des relations, de l'image de soi et des affects.

- Relations interpersonnelles instables et intenses
- Efforts effrénés pour éviter l'abandon
- Perturbation de l'identité
- Impulsivité dans au moins 2 domaines dommageables
- Comportements suicidaires ou automutilations répétés
- Instabilité affective avec réactivité marquée
- Sentiments chroniques de vide
- Colères intenses et inappropriées
- Idéation paranoïde ou symptômes dissociatifs transitoires

Prise en charge immédiate

Face à un risque suicidaire élevé, la prise en charge doit être rapide et sécurisée.

- Hospitalisation en psychiatrie si risque élevé
- Retrait des moyens létaux
- Surveillance rapprochée
- Alliance thérapeutique

- Information et soutien à la famille
- Plan de sécurité si ambulatoire
- Traitement antidépresseur avec surveillance
- Psychothérapie adaptée

Rappels thérapeutiques

- Antidépresseurs : surveillance accrue du risque suicidaire en début de traitement
- Psychothérapie : TCC, thérapie dialectique comportementale pour borderline
- Hospitalisation : critère principal = sécurité du patient
- Contrat de non-suicide : efficacité limitée, ne remplace pas l'évaluation clinique
- Implication famille : avec accord du patient, soutien essentiel

Examens complémentaires

- Bilan biologique standard si première évaluation
- TSH pour éliminer hypothyroïdie
- Toxicologie urinaire si suspicion consommation
- ECG si prescription antidépresseurs
- Imagerie cérébrale non systématique sauf signes neurologiques