


Grille d'évaluation ECOS - Crise de panique 1

 Service d'urgences

 M./Mme Michel/Michelle Laurent, 27 ans, se présente seul(e) suite à un malaise/une crise survenue sur son lieu de travail.

Anamnèse (25%)

Score : 0/48

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Explore les plaintes principales actuelles : Crises de paniques				0
Début [il y a 3-4 mois]	<input type="checkbox"/>			
Intensité [angoisses intenses]	<input type="checkbox"/>			
Durée [quelques minutes]	<input type="checkbox"/>			
Fréquence [presque tous les jours actuellement]	<input type="checkbox"/>			
Contexte [réunion de travail, discussion conflictuelle]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs déclencheurs [situations diverses, pas toujours identifiables]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs atténuants [essaie de respirer profondément sans grand effet]	<input type="checkbox"/>			
<i>Au moins 4 = oui, 2-3 = ±, aucun = non</i>				
2. Répercussion des symptômes dans le quotidien du/de la patient-e				0
Emploi [accumulation d'heures supplémentaires, moins d'efficacité, difficultés de concentration]	<input type="checkbox"/>			
Relations [tensions avec conjoint(e), disputes, moins d'activités communes]	<input type="checkbox"/>			
<i>Les deux = oui, un = ±, aucun = non</i>				
3. Anamnèse cardio-respiratoire (afin d'exclure cette origine)	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
4. Antécédents psychiatriques personnels (éventuels suivis, hospitalisations, traitements...)	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
5. Anamnèse socioprofessionnelle ET familiale				0
Profession [comptable, premier emploi depuis mai]	<input type="checkbox"/>			
Couple [en couple, vit avec ami(e) depuis 3 mois]	<input type="checkbox"/>			
<i>Les deux = oui, un = ±, aucun = non</i>				
6. Antécédents psychiatriques familiaux [mère avec troubles anxieux, prend Xanax]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
7. Évaluation de troubles cognitifs				0
Trouble de la mémoire	<input type="checkbox"/>			
Trouble de la concentration	<input type="checkbox"/>			
<i>Au moins 1 = oui, aucun = non</i>				
8. Éléments thymiques				0
Humeur dépressive	<input type="checkbox"/>			
Perte d'intérêt	<input type="checkbox"/>			
Perte de plaisir	<input type="checkbox"/>			
Réduction d'énergie	<input type="checkbox"/>			
<i>Au moins 3 = oui, un à deux = ±, aucun = non</i>				
9. Présence d'idées suicidaires [non actuellement, mais ATCD à l'adolescence]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0

10. Syndrome somatique

0

Trouble du sommeil [difficultés d'endormissement, ruminations, réveils fréquents, 5h/nuit] ☐

Modification de l'appétit [diminution] ☐

Perte/prise de poids [perte de 2-3 kg] ☐

Au moins 2 = oui, un = \pm , aucun = non

11. Éléments de trouble de panique

0

Angoisses intenses d'apparition brutale ☐

Imprévisible ☐

Montée progressive ☐

Dans situations variables d'apparition (travail, maison, sorties) ☐

Au moins 2 = oui, un = \pm , aucun = non

12. Symptômes neurovégétatifs

0

Palpitations [cœur qui bat vite] ☐

Douleurs thoraciques [gêne thoracique] ☐

Sensation d'étouffement [impression d'étouffement] ☐

Étourdissement [la tête qui tourne] ☐

Déréalisation/dépersonnalisation [sentiment d'être ailleurs, hors de soi-même] ☐

Peur de mourir ou perdre le contrôle de soi ou devenir fou ☐

Au moins 3 = oui, un-2 = \pm , aucun = non

13. Absence de symptômes entre les crises

☐☐

0

14. Éléments hypo/maniaques (fluctuation de l'humeur, humeur euphorique, baisse des besoins de sommeil, surplus d'énergie, désinhibition, ...)

☐☐

0

15. Évaluation de consommation de toxiques (alcool, drogue)

☐☐

0

16. Symptômes psychotiques (délire, troubles perceptifs)

☐☐

0

17. Anamnèse et évaluation psychiatrique en général : ciblées, fil conducteur

☐☐☐

0

Bien = oui, suffisant = \pm , insuffisant = non

Examen clinique (25%)

Score : 0/0

Critères

Oui

 \pm

Non

Points

Management (25%)

Score : 0/8

Critères

Oui

 \pm

Non

Points

1. Diagnostic de suspicion

☐☐☐

0

Crise de panique = oui, autre trouble anxieux évoqué = \pm , aucun ou pas pertinent = non

2. Proposition de mise en place d'un suivi ambulatoire

☐☐

0

3. Proposition d'une médication d'urgence (Anxiolyse)

☐☐

0

4. Management en général

☐☐☐

0

Bien = oui, suffisant = \pm , insuffisant = non

Communication (25%)

Score : 0/20

Critères	A	B	C	D	E
1. Réponse aux sentiments et besoins du patient <i>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</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Structure de l'entretien <i>Organisation logique, transitions fluides, gestion du temps Se présente par son nom et sa fonction, les étapes de l'entretien sont identifiables et s'enchainent de manière logique, gestion du temps, adaptation à la situation</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Expression verbale <i>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</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Expression non verbale <i>Contact visuel, posture, gestuelle appropriée Distance interpersonnelle adéquate, posture adéquate, gestes adéquats, contact visuel et expression faciale adéquats, pauses quand nécessaire</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Évaluation générale de la communication <i>Qualité globale de l'interaction médecin-patient</i>	<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 : Michel/Michelle Laurent | **Âge :** 27 ans

Contexte : Comptable dans une grande entreprise de télécommunications, célibataire, vit en colocation

Motif de consultation

Plainte principale : «J'ai eu une crise sur mon lieu de travail, je pense que c'est une crise cardiaque»

Si on demande s'il y a autre chose : «J'ai vraiment cru que j'allais mourir, c'était horrible»

Informations personnelles

Profession : Comptable dans grande entreprise de télécommunications

Hobbies : Cinéma, lecture (avant les crises)

Poids : Normal

Orientation sexuelle : Non précisée

État civil : En couple, vit avec ami(e) depuis 3 mois

Enfants : Aucun

Situation socio-économique : Premier emploi depuis mai, situation stable

Origine : Non précisée

État d'esprit : Très anxieux/se, peur de mourir

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Crises de panique depuis 3-4 mois
- Angoisses intenses qui durent quelques minutes
- Presque tous les jours actuellement
- Surviennent dans différents contextes (réunions, discussions conflictuelles)
- Parfois sans facteur déclencheur identifiable
- Essaie de respirer profondément mais sans grand effet

Symptômes associés :

- Cœur qui bat très vite pendant les crises
- Gêne thoracique, impression d'oppression
- Sensation d'étouffement, comme si je ne pouvais plus respirer
- La tête qui tourne, vertiges importants
- Sentiment d'être ailleurs, hors de moi-même
- Peur intense de mourir ou de devenir fou/folle

Évolution :

- Première crise il y a 3-4 mois
- Au début, crises occasionnelles
- Maintenant presque quotidiennes
- Durée : quelques minutes mais semblent interminables
- Entre les crises : va bien, pas de symptômes
- Aujourd'hui : crise en réunion de travail importante

Répercussions :

- Accumulation d'heures supplémentaires au travail
- Moins d'efficacité, difficultés de concentration
- Tensions avec mon/ma conjoint(e)
- Disputes plus fréquentes à la maison
- Moins d'activités communes avec ami(e)
- Évite certaines situations par peur des crises

Questions :

- Est-ce que c'est grave ? J'ai vraiment peur que ce soit cardiaque
- Ma mère prend du Xanax pour ses angoisses, est-ce que j'en aurai besoin aussi ?

Habitudes

- **Alimentation :** Moins d'appétit, saute parfois des repas
- **Activité physique :** Arrêt du sport depuis quelques mois
- **Sommeil :** 5h/nuit, ruminations, réveils fréquents
- **Tabac :** Non-fumeur/se
- **Alcool :** Occasionnel, en soirée
- **Drogues illicites :** Non
- **Médicaments :** Aucun actuellement

Informations personnelles

- **Profession** : Comptable dans grande entreprise de télécommunications
- **Hobbies / Intérêts** : Cinéma, lecture (avant les crises)
- **Poids** : Normal
- **Orientation sexuelle** : Non précisée
- **État civil** : En couple, vit avec ami(e) depuis 3 mois
- **Enfants** : Aucun
- **Situation socio-économique** : Premier emploi depuis mai, situation stable
- **Origine** : Non précisée
- **État d'esprit durant la consultation** : Très anxieux/se, peur de mourir

Histoire médicale

- Pas d'antécédents médicaux significatifs
- Pas d'hospitalisation
- Pas de chirurgie
- Pas d'allergie connue
- Vaccins à jour
- Idées suicidaires à l'adolescence suite à harcèlement scolaire
- Pas de tentative de suicide

Antécédents familiaux

- Mère : troubles anxieux, prend du Xanax
- Père : bonne santé
- Pas de frère et sœur
- Pas d'antécédent cardiaque dans la famille

Anamnèse par systèmes

Système cardio-respiratoire :

- Pas de douleur thoracique en dehors des crises
- Pas d'essoufflement à l'effort
- Pas de palpitations hors crises
- Jamais eu de problème cardiaque

Système neurologique :

- Pas de maux de tête inhabituels
- Pas de perte de connaissance
- Pas de convulsions

Système psychiatrique :

- Pas de suivi psychiatrique actuel
- Antécédent d'idées suicidaires à l'adolescence
- Pas d'idées suicidaires actuellement
- Sommeil perturbé : difficultés d'endormissement, ruminations
- Réveils fréquents, environ 5h de sommeil par nuit
- Appétit diminué, perte de 2-3 kg

Simulation

Durant l'entretien :

- Nerveux/se, agité(e)
- Parle rapidement
- Cherche constamment la réassurance
- Peut mettre la main sur la poitrine en parlant des crises
- Éviter de simuler une crise pendant l'entretien

Durant l'examen :

- Tendue(e) mais collaborant(e)
- Pas de signes physiques anormaux
- Constantes vitales normales

Information à donner

Si le candidat demande : 'J'ai déjà pensé à me suicider quand j'étais adolescent(e) suite à du harcèlement scolaire, mais plus maintenant.'

Informations pour l'expert

Dossier médical de l'entretien

M./Mme Laurent, 27 ans, comptable, se présente aux urgences suite à une crise de panique survenue au travail. Crises récurrentes depuis 3-4 mois avec symptômes neurovégétatifs intenses (palpitations, dyspnée, vertiges, déréalisation). Impact fonctionnel majeur sur vie professionnelle et personnelle. ATCD d'idées suicidaires à l'adolescence. Mère sous anxiolytiques.

Rôles et interventions de l'expert·e

Laisser le candidat mener l'entretien psychiatrique

Noter la qualité de l'exploration des symptômes anxieux

Vérifier l'évaluation du risque suicidaire

Observer la capacité à rassurer le patient

Points clés

- Trouble panique typique avec crises récurrentes
- Absence de symptômes entre les crises (critère diagnostique)
- Impact fonctionnel significatif
- Terrain familial anxieux (mère)
- Antécédent d'idées suicidaires à explorer
- Diagnostic différentiel cardiaque à exclure
- Nécessité d'un suivi psychiatrique ambulatoire

Pièges

- Ne pas manquer l'évaluation du risque suicidaire
- Explorer systématiquement les autres troubles anxieux
- Exclure une cause organique (hyperthyroïdie, phéochromocytome)
- Ne pas oublier la consommation de toxiques
- Proposer une anxiolyse d'urgence si nécessaire
- Importance de rassurer sur l'absence de danger vital

Définition et critères diagnostiques

Le trouble panique se caractérise par des attaques de panique récurrentes et inattendues.

- Attaque de panique : montée brusque d'anxiété intense
- Pic en moins de 10 minutes
- Au moins 4 symptômes parmi 13 critères DSM-5
- Caractère imprévisible des crises
- Préoccupation persistante concernant de nouvelles attaques
- Changements comportementaux significatifs
- Absence de cause organique ou toxique

Symptômes de l'attaque de panique

Les 13 symptômes possibles selon le DSM-5.

- Palpitations ou tachycardie
- Transpiration
- Tremblements ou secousses musculaires
- Sensation de souffle court ou d'étouffement
- Sensation d'étranglement
- Douleur ou gêne thoracique
- Nausée ou gêne abdominale
- Sensation de vertige ou d'évanouissement
- Déréalisation ou dépersonnalisation
- Peur de perdre le contrôle ou de devenir fou
- Peur de mourir
- Paresthésies
- Frissons ou bouffées de chaleur

Épidémiologie et évolution

Le trouble panique est fréquent et touche préférentiellement les jeunes adultes.

- Prévalence : 2-3% de la population
- Début typique : 20-30 ans
- Prédominance féminine (2:1)
- Évolution chronique avec rémissions et rechutes
- Risque d'agoraphobie secondaire (30-50%)
- Comorbidités fréquentes : dépression, autres troubles anxieux
- Facteurs de risque : stress, antécédents familiaux, traumatismes

Diagnostic différentiel

Plusieurs pathologies organiques et psychiatriques peuvent mimer un trouble panique.

- Causes cardiaques : arythmie, angor, prolapsus mitral
- Causes endocriniennes : hyperthyroïdie, phéochromocytome, hypoglycémie
- Causes respiratoires : asthme, embolie pulmonaire
- Causes neurologiques : épilepsie temporale, vertiges
- Intoxications : caféine, cannabis, cocaïne, sevrage alcoolique
- Autres troubles anxieux : phobie sociale, TAG, TSPT
- Trouble bipolaire ou dépression avec anxiété

Prise en charge aiguë

La gestion de la crise aiguë vise à rassurer et soulager rapidement.

- Rassurance sur l'absence de danger vital
- Environnement calme et sécurisant
- Techniques de respiration contrôlée
- Anxiolyse si nécessaire : lorazépam 1-2mg SL ou alprazolam 0.5-1mg
- Éviter l'hyperventilation (pas de sac plastique)
- Examen somatique pour exclure cause organique

- Éducation sur la nature bénigne des symptômes

Traitement au long cours

La prise en charge combine approches pharmacologique et psychothérapeutique.

- Psychothérapie cognitivo-comportementale (TCC) en première intention
- ISRS : sertraline, paroxétine, escitalopram
- IRSN : venlafaxine si échec ISRS
- Durée minimale : 12 mois après rémission
- Éviter benzodiazépines au long cours (dépendance)
- Techniques de relaxation et mindfulness
- Psychoéducation sur le trouble
- Traitement des comorbidités

Évaluation du risque suicidaire

Le trouble panique augmente le risque suicidaire, surtout en cas de comorbidités.

- Risque multiplié par 2-3 vs population générale
- Facteurs de risque : dépression associée, isolement, échecs thérapeutiques
- Évaluation systématique des idées suicidaires
- Exploration des antécédents de tentatives
- Plan de sécurité si risque identifié
- Orientation psychiatrique si risque élevé
- Implication de l'entourage dans la surveillance

Rappels thérapeutiques

- Crise aiguë : lorazépam 1-2mg sublingual ou alprazolam 0.5-1mg
- ISRS première ligne : sertraline 50-200mg/j, escitalopram 10-20mg/j
- Alternative : paroxétine 20-60mg/j (attention au sevrage)
- IRSN si échec : venlafaxine 75-225mg/j
- Éviter benzodiazépines > 4 semaines
- TCC : 12-16 séances recommandées
- Durée traitement : minimum 12 mois après rémission

Examens complémentaires

- ECG systématique (éliminer trouble du rythme)
- TSH pour exclure hyperthyroïdie
- Glycémie capillaire si suspicion hypoglycémie
- Toxicologie urinaire si consommation suspectée
- Ionogramme, calcémie si indiqué
- Métanéphrines urinaires si suspicion phéochromocytome
- Holter ECG si palpitations persistantes hors crises
- EEG seulement si suspicion épilepsie temporale