

ANAMNÈSE ET STATUT PSYCHIATRIQUE

PRÉSENTATION, PSYCHOMOTRICITÉ ET CONTACT RELATIONNEL

- **Âge** (faisant son âge biologique ou non), **corpulence**, **tenue vestimentaire** (soignée, négligée, neutre, excentrique), **hygiène**, odeur, **posture**, **démarche**, **ralentissement** ou agitation psychomotrice, **mimique**
- **Contact et relation** : qualité de la relation (superficielle, bonne, mauvaise, froide, inquiétante, bizarre...), distance relationnelle (spontanée, ouverte, inhibée, renfermée, désinhibée, envahissante, collante) et attitude (personne collaborante, passive, soumise, séducteur, méfiante, agressive, puérile)
- **Conscience morbide**

TROUBLES COGNITIFS

- **Vigilance**
- **Orientation sur les 4 modes** (temps, espace, quant à la situation, quant à sa personne)
À évaluer au début du statut afin de pouvoir se positionner quant aux réponses suivantes de la personne
- **Attention, concentration, mémoire**

PENSÉE ET DISCOURS

- **Cours de la pensée** : accélération ou ralentissement de la pensée, fuite des idées, réponses à côté, coq à l'âne
- **Contenu de la pensée** : cohérence, informations, thématique
- **Ton** (monotone, exalté ou chuchotement), **débit de parole** (logorrhée, laconisme ou mutisme)

DÉLIRE, TROUBLES DU MOI ET DES PERCEPTIONS

- Idées **pré délirantes**, idées **délirantes** : thématique, systématisation, implication affective
- **Déréalisation, dépersonnalisation**, pensées **imposées**
- **Illusions, hallucinations** (visuelles, acoustico-verbales, cénesthésiques, olfactives, gustatives). **Attention** : toute hallucination olfactive avec ou sans tableau psychiatrique récent, doit faire rechercher une cause organique neurologique centrale (épilepsie temporale, tumeur)

THYMIE / HUMEUR ET AFFECTS

- **Humeur** (abaissée, neutre ou élevée), **anhédonie**, sentiment d'**insuffisance**, de **culpabilité**, affects **congruents** à l'humeur, **discordance** affective, **labilité** affective

ANXIÉTÉ

- **Tension** interne (parfois décrite comme un bouillonnement interne), **obsessions, phobies, compulsions**

TROUBLES SOMATIQUES ET DU DYNAMISME

- Troubles du **sommeil**, de l'**appétence**, **gastro-intestinaux** et **cardio-respiratoires**
- Troubles liés aux **substances** (différencier l'intoxication du sevrage)

SIGNES CLINIQUES

Constantes vitales (permet d'identifier les troubles neuro-végétatifs), signes de **déshydratation** et **troubles hydro-électrolytiques** (urgence vitale pouvant être liée aux décompensations aiguës des troubles psychiatriques), **cicatrices** (scarification, stigmates d'injection, ecchymoses, escarres...), **plaques érythémateuses** (parfois présentes lors d'anxiété), fluctuation rapide et involontaire du **poids corporel** ou signes de **dénutrition**, **cernes**, **lanugo**, **sialadénose**, **signe de Russel**, **érosion de l'émail dentaire**

IDÉES SUICIDAIRES

L'**absence d'évaluation** documentée du risque suicidaire peut engager la **responsabilité médico-légale**.

«Est-ce que cela vous arrive d'avoir envie de mourir ?

Avez-vous déjà pensé à vous suicider ? »

Si le patient évoque des **idées suicidaires** : rechercher la présence de **scénarios**, de leur degré d'**élaboration** et de **planification**
Rechercher les **antécédents de tentative de suicide** et les **moyens utilisés**

EVALUATION DU RISQUE AUTO-AGRESSIF OU POTENTIEL SUICIDAIRE (UDR)

- **Urgence** (type et imminence du scénario)
 - Evaluation de la présence d'un scénario suicidaire ou non, degré d'invasivité des idées suicidaires, degré de planification dans le temps du geste suicidaire
- **Danger**
 - Accessibilité au moyen et létalité du moyen (armes à feu, défenestration, voies ferrées, pendaison, noyade, médicaments)
- **Risque suicidaire** (épidémiologie et signaux d'alerte/facteurs précipitants)
 - Facteurs de risque épidémiologiques : antécédents de tentative(s) de suicide, sexe masculin, trouble psychiatrique, dépendance aux substances, isolement social et familial, événements de vie négatifs, maladie chronique, affection somatique invalidante
 - Signaux d'alerte/facteurs précipitants : pertes, échecs, humiliation/violence, désespoir, rage, comportements à risque, retrait, anxiété, instabilité de l'humeur, agitation

HYPOTHÈSE DIAGNOSTIQUE

- Le patient présente-t-il des symptômes qui parlent en faveur d'une étiologie médicale ou d'un trouble lié à la consommation de substances ?
(Troubles de la vigilance, de l'orientation, symptômes somatiques...)
- Le patient présente-t-il des signes d'un épisode psychotique aigu ?
(Hallucinations, idées délirantes, troubles sévères du cours de la pensée...)
- Le patient présente-t-il des signes d'un épisode manique ?
(Agitation psychomotrice, logorrhée, fuite des idées, euphorie ou irritabilité, idées délirantes...)
- Le patient présente-t-il un danger pour lui-même ou pour les autres ?

Toute **réponse affirmative** à l'une ou plusieurs de ces 4 questions rend compte d'une situation d'**urgence psychiatrique**

PROPOSITION THÉRAPEUTIQUE

- **Urgence psychiatrique** (ex : épisode psychotique ou maniaque, risque auto-et/ou hétéro-agressif) : indication médicale à hospitaliser en HP (volontaire ou PLAFA) ?
- **Situation ambulatoire** et **absence d'urgence** : planifier 2ème entretien rapproché, poursuivre l'investigation clinique avant décision thérapeutique.
- Symptômes **anxieux** et/ou de troubles du **sommeil aigus et invalidants** : médication psychotrope anxiolytique ou hypnotique ? + suivi psychiatrique rapproché

Ne jamais prescrire un médicament **psychotrope au long cours**, notamment un traitement **antidépresseur**, au **premier entretien** et en situation d'**urgence**