

Nom du patient :**DEPISTAGE D'UNE COMORBIDITE DEPRESSIVE**

<b>1- Echelle de dépression de Raskin</b>		
<b>Coter :</b>	<b>0 = Inexistant</b> <b>1 = faible</b> <b>2 = Moyen</b> <b>3 = Beaucoup</b> <b>4 = Enorme</b>	
Discours du sujet	Se sent triste, sentiment d'être sans espoir, perte d'intérêt, idée de mort, pleure facilement	<input type="checkbox"/>
Comportement	Semble abattu, Pleure, parle à voix basse, triste, ralenti, perte d'énergie	<input type="checkbox"/>
Symptôme	Insomnie ou hypersomnie, bouche sèche, histoire suicidaire récente, perte d'appétit, difficultés à se concentrer, perte de mémoire	<input type="checkbox"/>
<b>SCORE GLOBAL</b>	<input type="checkbox"/>	

**2- Critères d'épisode dépressif majeur**

Si le score de dépression est  $> 6$ , rechercher l'existence de critères d'épisode dépressif majeur (voir page correspondante)

**3- Caractérisation de la co-morbidité dépressive**

<input type="checkbox"/> Score de RASKIN $< 6$	Pas de symptomatologie dépressive
<input type="checkbox"/> Score de RASKIN $\geq 6$ et présence des critères DSM IV	Episode dépressif majeur
<input type="checkbox"/> Score de RASKIN $\geq 6$ et absence des critères DSM IV	Dépression sub syndromique

**ATTENTION : Les patients présentant un Episode dépressif Majeur ne peuvent être retenus dans cette enquête**

Paraphe du médecin :

Nom du patient :

<b>Critères d'épisode dépressif majeur</b>
--

	OUI	NON
1 - Au cours des deux dernières semaines, vous êtes vous senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée et ce, presque tous les jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Aviez-vous tout le temps le sentiments de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Au cours des deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e), sans intérêt pour la plupart des choses :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Votre appétit a-t-il notablement changé ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (coter OUI si $\pm$ 5% du poids)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Aviez-vous des problèmes de sommeil, (d'endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop) presque toutes les nuits ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Parliez-vous ou déplaciez-vous plus lentement que d'habitude ou au contraire vous sentiez vous agité(e) et aviez-vous du mal à rester en place ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Vous sentiez-vous fatigué(e) sans énergie (presque tout le temps) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme pensez qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e) ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si votre patient a répondu OUI à la question 1 **ou** à la question 2 et à quatre propositions de la question 3

Ou si votre patient a répondu OUI à la question 1 **et** à la question 2 et à trois propositions de la question 3

Il présente un épisode de dépressif majeur

**Attention** : Si votre patient présente un épisode dépressif majeur, il ne peut être inclus.

Paraphe du médecin :

Nom du patient :**DEPISTAGE D'UNE COMORBIDITE ANXIEUSE**

Interroger votre patient sur les six mois écoulés : en dehors de l'anxiété généralisée (humeur anxieuse, attente craintive...), d'autres troubles anxieux se sont-ils manifestés en permanence ou seulement de façon intermittente, par crise ? Si plusieurs types de manifestations coexistent, ne retenez que la plus invalidante, celle qui a le plus de retentissement sur la vie quotidienne de votre patient.

**1- Crises aiguës, paroxystiques**

Arrive-t-il au patient de se sentir soudainement effrayé ou anxieux et de ressentir un intense malaise ?

 OUI NON

Si OUI, recherchez l'existence de critères "d'attaque de panique" (page ci-contre) et reportez le résultat ci dessous :

 Moins de 4 critères

Anxiété brève récurrente

 Au Moins 4 critères

Attaque de panique

**2 - Comportement phobique** OUI NON

Les phobies se définissent comme la crainte de se retrouver dans des endroits ou dans des situations d'où il pourrait être difficile ou gênant de s'échapper. Ces situations, qu'elles soient vécues ou évitées, provoquent une anxiété intense. Le patient reconnaît la nature excessive ou irrationnelle de ses craintes.

Les phobies les plus souvent décrites sont :

1. L'agoraphobie : peur de se retrouver seul hors de chez soi, d'être dans la foule, dans une file d'attente, dans un train, dans un magasin bondé....
2. La phobie sociale : peur des situations dans lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui ( parler en public, manger avec d'autres personnes, ...) et dans lesquelles il craint d'agir de façon humiliante ou embarrassante;

La phobie du sang : peur excessive des injections ou du dentiste ...

**3 - Trouble obsessionnel compulsif** OUI NON

Les obsessions sont des idées , des pensées ou des représentations récurrentes et persistantes qui, du moins au début, sont ressenties comme faisant intrusion dans la conscience du sujet et sont éprouvées comme absurdes. Le sujet reconnaît que les obsessions sont le produit de sa propre pensée et fait des efforts pour les réprimer ou les ignorer.

Les compulsions sont des comportements répétitifs, stéréotypés, rituels, en réponse à une obsession. Ils sont à l'origine de sentiments marqué de détresse ou d'une perte de temps qui interfère avec les activités normales du patient.

**Pour plus de précisions concernant ces pathologies se référer au DSM - IV**

Paraphe du médecin :

Nom du patient :**DIAGNOSTIC D'ANXIETE GENERALISEE****Critères DSM - IV d'une anxiété généralisée**

Votre patient répond-il aux critères suivants ?	OUI	NON
<p>A - Votre patient a tendance à se faire des soucis concernant deux ou plusieurs situations ou événements, par exemple des soucis à propos d'un malheur pouvant arriver à l'un des ses enfants (alors que celui-ci n'est pas en danger) ou soucis concernant sa situation financière (sans raisons valables).</p> <p>Ces soucis durent depuis six mois au moins et accaparent le patient plus d'un jour sur deux</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>B - Votre patient trouve des difficultés pour contrôler ses soucis</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>C - L'anxiété et les soucis sont associés à 3 (ou plus) des 6 symptômes listés (avec au moins un symptôme présent pendant plus d'une journée sur deux durant les 6 derniers mois).</p> <p>(1) Sensation d'être survolté ou à bout  (2) Fatigabilité  (3) Difficultés de concentration ou trous de mémoire en rapport avec l'anxiété  (4) Irritabilité  (5) Tension musculaire  (6) Troubles du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité, de mauvaise qualité)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>D - L'anxiété et les soucis ne sont pas focalisés sur des éléments d'un autre trouble.</p> <p>Exemples : Le sujet ne craint pas d'avoir une attaque de panique (comme dans le trouble panique), d'être embarrassé ou humilié en public (comme dans la phobie sociale), d'être contaminé (comme dans le trouble obsessionnel-compulsif), d'être loin de chez soi ou des parents proches (comme dans l'anxiété de séparation), de grossir (comme dans l'anorexie mentale), d'avoir de multiples plaintes physiques (comme dans le trouble somatisation) ou d'avoir une maladie grave (comme dans l'hypochondrie). L'anxiété et les soucis ne surviennent pas uniquement durant un stress post-traumatique.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>E - L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques sont responsables d'une détresse importante ou d'un handicap du fonctionnement social ou professionnel ou dans d'autres domaines d'activités</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>F -Le trouble n'est pas initié et maintenu par les effets directs d'une substance (abus de drogues, intoxication à la caféine) ou d'un facteur organique (hyperthyroïdie) et ne survient pas uniquement au cours d'un trouble de l'humeur (épisode dépressif) ou d'un trouble psychotique.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour que le patient réponde aux critères d'anxiété généralisée du DSM IV, aucune réponse "NON" ne doit être cochée.

**Attention : Si votre patient ne répond pas aux critères d'anxiété généralisée, il ne peut être inclus**

Paraphe du médecin :

Nom du patient :**Critères d'attaque de panique**

	OUI	NON
Sensation de "souffle coupé" ou d'étouffement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étourdissements, sensations d'instabilité ou d'évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitations ou accélération du rythme cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tremblements ou secousses musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transpiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensation d'étranglement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausée ou gêne abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépersonnalisation ou déréalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensations d'engourdissement ou de picotement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bouffées de chaleur ou frissons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur ou gêne thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peur de mourir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peur de devenir fou ou de commettre un acte non contrôlé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les crises comportant au moins 4 symptômes constituent les attaques de panique.  
Les crises comportant moins de 4 symptômes constituent une anxiété brève récurrente

Paraphe du médecin :

Nom du patient :

### IMPRESSION CLINIQUE GLOBALE (Gravité de la maladie)

En fonction de votre expérience clinique avec ce type de patient, quel est le niveau de gravité des troubles mentaux actuels du patient ? Choisissez la réponse qui vous paraît la plus adéquate :

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| 0 | Non évalué                          |
| 1 | Normal, pas du tout malade          |
| 2 | A la limite                         |
| 3 | Légèrement malade                   |
| 4 | Modérément malade                   |
| 5 | Manifestement malade                |
| 6 | Gravement malade                    |
| 7 | Parmi les patients les plus malades |

Paraphe du médecin :