

Sémiologie psychiatrique.

L'examen psychiatrique

EXAMEN PSYCHIATRIQUE

1. Les caractéristiques

- **Les objectifs**
 - Établir une alliance thérapeutique,
 - Avancer des hypothèses diagnostiques,
 - Évaluer la gravité de l'état clinique,
 - Proposer une prise en charge thérapeutique.
- **Le contexte**
 - Il apporte des informations utiles sur l'état clinique d'un patient et sa gravité. Il s'agit d'avoir à l'esprit :
 - Le lieu de l'examen : hospitalisation, consultation aux urgences, en ambulatoire, au domicile,
 - L'origine de la demande : la personne, l'entourage, un médecin, les secours, la police,
 - La présence ou non d'une demande chez le patient.
- **L'attitude du médecin**
 - Il doit être bienveillant, rassurant, respectueux et libéré de tout jugement moral, tout en maintenant la distance nécessaire pour garder une certaine objectivité (toujours complexe à obtenir par la nature même de l'entretien).
 - Il instaure ainsi un climat de confiance, permettant l'expression des émotions, la contenance des angoisses et la verbalisation de pensées intimes.
- **La technique d'entretien**
 - On emploie souvent différentes méthodes aux différents temps de l'entretien :
 - Méthode associative : laisser le patient parler de lui suivant le cours de sa pensée,
 - Méthode directive : lui poser des questions précises, ouvertes ou fermées,
 - Méthode semi-directive : poser des questions ouvertes, laissant le patient associer d'autres éléments à la réponse.

2. Les informations recherchées durant l'entretien

- **Les données administratives** (intérêt des informations sociales).
- **La demande** : Quelle est la plainte du patient ?
- **Les antécédents**

Rechercher :

- Les antécédents de troubles psychiatriques :
 - Diagnostic prononcé à l'époque,
 - Soins délivrés,
 - Traitements médicamenteux : efficacités, tolérances,

- Les antécédents somatiques,
- Les antécédents judiciaires,
- Les antécédents familiaux.
 - Sans oublier le nom du médecin traitant et les éventuels traitements en cours.
- **La biographie** (complétée sur de nombreux entretiens...) :
 - Recueillir des éléments sur la vie du patient, en respectant ce qu'il veut bien livrer : déroulement de la petite enfance, enfance et adolescence, histoire familiale, événements de vie heureux et malheureux, scolarité et parcours professionnel, histoires sentimentales.
- **Le mode de vie**
 - Afin d'évaluer l'adaptation du patient et son système de normes et valeurs, on demande :
 - Ses origines,
 - Sa culture,
 - Sa religion,
 - Son statut familial,
 - Sa profession,
 - Son lieu de vie.
 - On interroge également :
 - Les comportements sociaux
 - Et les habitudes de vie.
- **L'histoire de la maladie**
 - Description des symptômes.
 - Caractéristiques des symptômes: date d'apparition, durée, mode d'évolution, facteurs déclenchants, aggravants ou apaisants, intensité.
 - Retentissement des symptômes :
 - Sur le plan psychique : complications telles qu'un état dépressif ou des addictions,
 - Sur le plan somatique: décompensations de maladies chroniques, perturbations neurovégétatives...,
 - Sur le plan social: difficultés professionnelles, financières, relationnelles, familiales.
 - Pour chaque symptôme retrouvé, recherche des symptômes qui peuvent être associés pour constituer un diagnostic.

3. L'analyse sémiologique durant l'entretien

- Le médecin cherche à recueillir les signes cliniques au cours de l'entretien.
- Ainsi qu'il est décrit dans la partie sémiologie, on observe :
 - La présentation du patient,
 - Son attitude,
 - Son activité psychomotrice,
 - Son discours,
 - Ses affects,
 - Son activité psychique,
 - Ses fonctions cognitives.

4. La clôture de l'entretien

- Le patient doit être informé des soins qui sont envisagés et ce qu'on en attend (pouvant être parfois fait dans un deuxième temps). On recherche son consentement.
- Dans le cas d'une décision d'hospitalisation sous contrainte, il doit aussi être informé. Il s'agit de trouver la formulation adéquate...

5. L'examen somatique

- Souvent pratiqué par un confrère somaticien.
- Toujours garder à l'esprit que les symptômes psychiatriques peuvent être d'origine organique ou entraîner des complications somatiques.

6. Les informations apportées par les tiers

- Souvent le patient n'est pas seul. Interroger les tiers, surtout sur les faits, peut être précieux pour le diagnostic (plus d'éléments objectifs).
- Rappelons que ces informations ne seront pas disponibles pour le patient qui demande son dossier médical. Les tiers sont informés dans le respect du secret médical.
- Le travail avec l'entourage est aussi important pour de nombreux troubles mentaux chroniques, et peut être nécessaire dans le cadre de l'hospitalisation sur demande d'un tiers.

SÉMILOGIE PSYCHIATRIQUE

1. Introduction

- L'analyse sémiologique se sert :
 - De l'anamnèse,
 - Des réactions du patient face aux événements de vie,
 - Des données observées pendant l'entretien,
 - De l'observation somatique,
 - Des informations tierces.
- L'approche proposée ici se veut pratique, à la manière dont on peut découvrir le patient au cours de l'entretien. D'autres façons consisteraient à le faire de manière syndromique par exemple, ce que vous trouverez dans les items.

2. Présentation

- *Ou tout ce que le médecin peut observer chez son patient.*
- **La tenue vestimentaire**
 - Sa tenue est-elle adaptée, excentrique, caractéristique d'un groupe social? Le patient prend-il soin de lui?
- **L'attitude**
 - La posture, la mimique, le ton de la voix... Le patient est-il calme, agité, tendu, agressif, indifférent, exalté, abattu, stuporeux, immobile, théâtral, discordant, etc.?
- **L'activité psychomotrice**
 - Elle peut être normale, exagérée (agitation, hyperkinésie*, akathisie*), diminuée (hypokinésie*, catalepsie*). Il peut y avoir des mouvements anormaux, des stéréotypies*, des attitudes d'écoute, etc.
- **Le langage**
 - Quelle est la quantité du discours: logorrhée*, laconisme, mutisme?
 - La prosodie* est-elle adaptée, monotone?

- Le contenu est-il cohérent, compréhensible (sinon aphasie*, verbigérations*), riche ou pauvre, fluide, symptomatique: barrage*, rationalisme morbide, coq à l'âne, écholalie*, jeux de mots, néologisme*, etc. ?
- Quel est le ton du patient : irrespectueux, désinhibé, triste, enjoué, défensif... ?
- **Autres signes**
 - L'observation du patient peut faire remarquer d'autres éléments : aspect fatigué ? Poids ? Cicatrices : scarifications, phlébotomies, séquelles de rixes, injections ?

3. Humeur et affects

- **L'humeur**
 - Dépressive, expansive (cf. UE3-62), euthymique*.
- **L'expression des affects**
 - Quelles émotions expriment le patient et comment ? Sont-elles congruentes* aux propos et aux comportements ?

4. Troubles de la perception

- **Externe** (perceptions des stimuli extérieurs) :
 - Illusions : mauvaise perception d'un objet réel,
 - Hallucinations* psychosensorielles : auditives, visuelles, olfactives, gustatives, tactiles,
 - Hallucinoses* : perceptions hallucinatoires que le patient reconnaît comme irréelles,
 - Déréalisation* : vécu d'étrangeté de l'ensemble de ce qui est perçu,
 - Synesthésies : une perception par un sens est vécue comme une perception d'un autre sens
- **Interne** (perceptions corporelles et psychiques) :
 - Dépersonnalisation* : sentiment de ne plus se reconnaître partiellement ou complètement, psychiquement ou physiquement,
 - Hallucinations : intrapsychiques (voix « dans la tête », automatisme mental*) et psycho-sensorielles de type cénesthésiques*.

5. L'activité psychique

- **Le cours de la pensée**
 - Vitesse : tachypsychie, bradypsychie,
 - Organisation : fuite des idées, incohérences, discontinuité (barrage et fading* mentaux).
- **Le contenu de la pensée**
 - Thèmes multiples ou uniques,
 - Ressassements,
 - Phobies,
 - Obsessions : égodystoniques*, pensées intrusives de type idéatives, phobiques ou impulsives,
 - Idées délirantes :
 - Interprétations* : raisonnement faux à partir d'un phénomène réel,
 - Intuitions* : conviction qu'une idée est réelle,
 - Fabulations : croyances en des productions imaginatives,
 - Hallucinations et autres troubles de la perception.
- **Les fonctions cognitives**
 - Quel est l'état de la conscience, de la vigilance, de l'attention, de l'orientation temporo-spatiale ?

- Existe-t-il des troubles de la mémoire :
 - Déficits : amnésie rétrograde-antérograde, par atteinte de l'encodage ou de la restitution, ictus amnésiques, amnésies électives,
 - Ecmnésie : un souvenir passé est vécu comme présent,
 - Hypermnésies ?
- Quel est le niveau d'intelligence du patient ?
- Quelles sont les capacités de jugement, d'abstraction, d'élaboration et d'introspection ?

6. Les troubles des conduites

- **Les troubles des conduites instinctuelles**
 - Troubles sphinctériens,
 - troubles du sommeil,
 - troubles du comportement alimentaire,
 - troubles du comportement sexuel.
- **Les troubles des conduites sociales**
 - Comportements du registre médico-légal ou pénal, ou comportements enfreignant les codes sociaux.

7. Conclusion

- L'analyse sémiologique reprend l'ensemble des symptômes retrouvés pour établir un diagnostic syndromique ou pathologique.

L'essentiel

1. Examen psychiatrique :
 - Les objectifs :
 - Avancer des hypothèses diagnostiques,
 - Évaluer la gravité de l'état clinique,
 - Proposer une prise en charge thérapeutique,
 - Établir une alliance thérapeutique.
 - L'observation comprendra :
 - Antécédents psychiatriques et somatiques, personnels et familiaux,
 - Éléments biographiques,
 - Mode de vie,
 - Anamnèse avec le suivi et le traitement en cours,
 - Analyse sémiologique,
 - Conclusion : hypothèses diagnostiques, soins proposés, informations données au patient, décision de prise en charge.
 - Les informations données par les tiers sont précisées comme telles dans le dossier médical.
2. Sémiologie psychiatrique :
 - Face à un patient :
 - Il faut être attentif à ce qu'on voit et ce qu'on entend dans le fond et la forme, et de manière plus active, ne pas hésiter à rechercher les symptômes en interrogeant le patient précisément.
 - Face à un cas clinique :
 - Faites une analyse de texte ! Transcrivez le plus possible d'éléments de l'énoncé en termes psychiatriques organisés (en syndromes, en troubles d'un même domaine, ex : comportement...).

Sismothérapie, ou Électroconvulsivothérapie (ECT)

INTRODUCTION

- L'ECT est un traitement consistant à appliquer un courant électrique transcrânien pour provoquer une crise convulsive généralisée sous anesthésie générale et curarisation (limitant les effets des contractures musculaires).
- Elle vise à traiter certains états délirants ou troubles de l'humeur sévères ou réfractaires.
- Ce traitement est organisé en cures se déroulant au sein d'équipes hospitalières spécialisées.
- L'image de l'ECT est un peu archaïque. Elle était appliquée de manière extensive il y a 60 ans, avant l'arrivée des psychotropes. De nos jours, les indications sont bien connues, et utilisées de manière plus rationnelle.
- Ce traitement est un des plus efficaces en psychiatrie. Il réduit, par exemple, un syndrome dépressif grave dans 85 % des cas, contre environ 70 % des cas pour les antidépresseurs et l'efficacité clinique est souvent plus rapide. Les complications sont bien limitées par l'anesthésie générale avec curarisation pratiquée à chaque séance.

INDICATIONS

1. Dépressions

- La sismothérapie est indiquée à titre curatif:
 - Dans certaines formes cliniques: mélancolie délirante, anxieuse, pseudo-démentielle ou stuporeuse.
 - En présence de signes de gravité ne permettant pas d'attendre le délai d'efficacité d'un traitement pharmacologique (3 semaines pour un antidépresseur) : Risque suicidaire majeur, altération de l'état général.
 - En cas de contre-indication d'un antidépresseur ou d'échec d'un traitement médicamenteux bien conduit.
 - En présence d'un terrain particulier: Grossesse (cf. fig. 1), personne âgée pour qui l'utilisation d'un psychotrope peut être délétère (l'élévation du seuil épileptogène avec l'âge nécessitera d'augmenter la quantité d'énergie nécessaire).
- L'ECT est indiquée à titre préventif: après 2 épisodes dépressifs, en cas d'échec de traitements thymorégulateur ou antidépresseur prescrits à titre préventifs, l'ECT peut se justifier.

2. Manies

Un accès maniaque peut nécessiter une ECT si :

- Résistance au traitement neuroleptique,
- Fureur maniaque et parfois, manie délirante ou confuse.

3. Syndromes catatoniques*

- Efficacité de plus de 90 % !
- Ce syndrome serait associé majoritairement aux troubles de l'humeur et à la schizophrénie.
- Seules certaines benzodiazépines peuvent le traiter sur le plan médicamenteux. L'ECT intervient en cas d'échec ou de risque somatique (délai d'action des benzodiazépines trop long).

4. Schizophrénies

- Syndromes délirants résistants aux psychotropes,
- Agitation majeure,
- Troubles thymiques mélancoliformes associés à la schizophrénie.

5. Psychose puerpérale

- En deuxième intention si échec des neuroleptiques,
- En première intention si risque auto ou hétéroagressif majeur.

6. Les autres indications

- Elles restent plus marginales.
- Certains cas de syndrome malin des neuroleptiques ou certaines dyskinésies tardives secondaires aux neuroleptiques peuvent être traités par sismothérapie. De même, certaines épilepsies rebelles et certaines formes de maladie de Parkinson où les traitements médicamenteux sont devenus inefficaces peuvent bénéficier d'un tel traitement.

CONTRE-INDICATIONS

1. La seule contre-indication absolue est neurologique

Une lésion expansive intracrânienne ou une hypertension intracrânienne.

2. Les autres contre-indications sont à discuter avec l'anesthésiste en fonction d'un rapport bénéfices-risques

- Risque hémorragique : une hémorragie cérébrale récente, des anévrysmes ou malformations vasculaires, la prescription d'un anticoagulant.
- Risque embolique : les antécédents d'infarctus du myocarde ou d'embolie pulmonaire.

- Antécédents thérapeutiques : un antécédent de sismothérapie inefficace ou d'effet secondaire d'une sismothérapie.
- Autres contre-indications : les antécédents de phéochromocytome ou de décollement de rétine, les allergies (en particulier aux curares).

EFFETS INDÉSIRABLES

1. Épidémiologie

- Des complications surviennent lors d'1 séance d'ECT sur 1 500. Un décès survient chez 1 patient sur 10 000, ce qui est équivalent aux risques liés à l'anesthésie générale pour une intervention chirurgicale « mineure ».
- Dans les débuts de l'utilisation de l'ECT, les complications pouvaient atteindre 40 % des cas.

2. Neurologiques

- Des amnésies antéro ou rétrogrades au décours sont possibles. Les amnésies antérogrades sont toujours résolutive, mais certaines amnésies rétrogrades peuvent persister.
- Une confusion peut survenir au décours d'une séance de sismothérapie.
- Les crises d'épilepsie prolongées sont rares.

3. Cardiologiques et Respiratoires

- Des arythmies cardiaques, une hypo ou une hypertension artérielle peuvent survenir.
- Un laryngospasme ou une apnée prolongée, en lien avec l'anesthésie générale, restent rares.

4. Traumatiques

Les traumatismes dentaires, les luxations, les fractures et paralysies sont exceptionnelles depuis l'application des recommandations.

5. Psychiatriques

- Les états anxieux (secondaires à la confusion) sont fréquents et justifient un accompagnement rassurant par une équipe paramédicale formée spécifiquement.
- Des virages maniaques sont possibles.

CONDITIONS TECHNIQUES

1. Préthérapeutiques

- L'indication est posée par un psychiatre.
- Un consentement éclairé signé est indispensable, comme pour tout acte médical invasif. Lorsque le consentement est impossible à recueillir, l'argumentaire doit être précisé dans le dossier médical.