

# Sémiologie psychiatrique

## L'examen psychiatrique

Alice Deschenau.

MO-A

### 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 : efficacité, 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.

## SÉMIOLOGIE 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 soins 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 ?

<ul style="list-style-type: none"> <li>– 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. ?</li> <li>– Quel est le ton du patient: irrespectueux, désinhibé, triste, enjoué, défensif... ?</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Autres signes</b></li> </ul> <p>L'observation du patient peut faire remarquer d'autres éléments: aspect fatigué? Poids? Cicatrices: scarifications, phlébotomies, séquelles de rixes?</p> <p><b>3. Humeur et affects</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>L'humeur</b></li> </ul> <p>Dépressive, expansive (cf. MGS-285), euthymique*.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>L'expression des affects</b></li> </ul> <p>Quelles émotions expriment le patient et comment? Sont-elles congruentes* aux propos et aux comportements?</p> <p><b>4. Troubles de la perception</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Externe</b> (perceptions des stimuli extérieurs) : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Illusions: mauvaise perception d'un objet réel,</li> <li>– Hallucinations* psychosensorielles: auditives, visuelles, olfactives, gustatives, tactiles,</li> <li>– Hallucinoses *: perceptions hallucinatoires que le patient reconnaît comme irréelles,</li> <li>– Déréalisation*: vécu d'étrangeté de l'ensemble de ce qui est perçu,</li> <li>– Synesthésies: une perception par un sens est vécue comme une perception d'un autre sens</li> </ul> </li> <li>• <b>Interne</b> (perceptions corporelles et psychiques) : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dépersonnalisation*: sentiment de ne plus se reconnaître partiellement ou complètement, psychiquement ou physiquement,</li> <li>– Hallucinations: intrapsychiques (voix « dans la tête », automatisme mental*) et psychosensorielles de type cénesthésiques*.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>5. L'activité psychique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Le cours de la pensée</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Vitesse: tachypsychie, bradypsychie,</li> <li>– Organisation: fuite des idées, incohérences, discontinuité (barrage et fading* mentaux).</li> </ul> </li> <li>• <b>Le contenu de la pensée</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Thèmes multiples ou uniques,</li> <li>– Ressassements,</li> <li>– Phobies,</li> <li>– Obsessions: égodystoniques*, pensées intrusives de type idéatives, phobiques ou impulsives,</li> <li>– Idées délirantes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interprétations*: raisonnement faux à partir d'un phénomène réel,</li> <li>• Intuitions*: conviction qu'une idée est réelle,</li> <li>• Fabulations: croyances en des productions imaginatives,</li> <li>• Hallucinations et autres troubles de la perception.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• <b>Les fonctions cognitives</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Quel est l'état de la conscience, de la vigilance, de l'attention, de l'orientation temporo-spatiale?</li> <li>– Existe-t-il des troubles de la mémoire: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficits: amnésie rétrograde-antérograde, par atteinte de l'encodage ou de la restitution, ictus amnésiques, amnésies électives,</li> <li>• Ecmnésie: un souvenir passé est vécu comme présent,</li> <li>• Hypermnésies?</li> </ul> </li> <li>– Quel est le niveau d'intelligence du patient?</li> <li>– Quelles sont les capacités de jugement, d'abstraction, d'élaboration et d'introspection?</li> </ul> </li> </ul> <p><b>6. Les troubles des conduites</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Les troubles des conduites instinctuelles</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Troubles sphinctériens,</li> <li>– troubles du sommeil,</li> <li>– troubles du comportement alimentaire,</li> <li>– troubles du comportement sexuel.</li> </ul> </li> </ul>
--	---

- **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...).

# Prise en charge thérapeutique des patients en psychiatrie

Iris Vulliez-Degraix

MO-B

## INTRODUCTION

- Des plans de sectorisation ont visé depuis 1945 à favoriser les soins psychiatriques extrahospitaliers devenus possibles grâce à des progrès thérapeutiques indéniables.
- La psychiatrie publique hospitalière est pratiquée dans des services spécialisés qui se trouvent dans des **Centres Hospitaliers Spécialisés** (CHS, hôpitaux psychiatriques), ou dans des hôpitaux généraux.
- Chaque « **secteur** » prend en charge une zone géographique de 70 000 habitants en moyenne (sectorisation).
- La psychiatrie hospitalière privée est représentée par les cliniques psychiatriques, où il n'est pas possible de pratiquer des hospitalisations sous contrainte.
- 2 à 3 % des hospitalisations hors de ce champ concernent des troubles mentaux ; d'où l'importance des services de **psychiatrie de liaison** des hôpitaux généraux, pouvant donner des avis spécialisés, voire proposer une orientation vers un service spécifique.

## SOINS HOSPITALIERS EN PSYCHIATRIE

### 1. Une hospitalisation peut s'imposer d'emblée :

- En cas de risque suicidaire élevé (cf. M3-44).
- En cas de symptomatologie psychiatrique : Certaines pathologies nécessitent une prise en charge hospitalière au stade aigu ou en cas de décompensation aiguë d'une pathologie chronique.  
D'une manière générale :
  - Les états délirants aigus :
    - Décompensation d'une schizophrénie paranoïde,
    - Décompensation d'une maladie bipolaire par un accès maniaque ou une mélancolie délirante,

- Les retraits sociaux intenses (accès catatonique d'un schizophrène...),
- Les troubles majeurs du comportement (gestes auto ou hétéroagressifs...),
- L'échec d'un traitement ambulatoire bien conduit (cas de l'épisode dépressif majeur, de la boulimie...).
- La tolérance d'un entourage familial en cours d'épuisement, prenant en charge un malade dépendant, doit aussi être prise en compte.
- Les retentissements somatiques d'une maladie mentale (cas de l'anorexie mentale, incurie majeure du schizophrène ou du mélancolique) peuvent faire orienter le patient vers l'hôpital.

### 2. Passage par un service d'urgence psychiatrique

Dans un premier temps, cette hospitalisation peut avoir lieu dans un service d'urgence spécialisé ou non, avant un transfert éventuel en clinique psychiatrique ou en service de psychiatrie publique sectoriel.

### 3. Hospitalisations en CHS

- Une spécificité de ce dernier est la possibilité d'**hospitalisation sous contrainte** (cf. M1-9). Ces mesures s'imposent lorsque :
  - Le patient nécessite des soins immédiats auxquels il ne peut consentir (hospitalisation à la demande d'un tiers, HDT),
  - Lorsqu'il y a trouble à l'ordre public (hospitalisation d'office, HO).
- Statistiquement (rapport d'activité de 2003), les hospitalisations sous contrainte représentent environ 13 % des hospitalisations en psychiatrie, dont 5/6 d'HDT et 1/6 d'HO.
- Les différents types de pathologies psychiatriques nécessitant des hospitalisations sous contrainte sont représentés comme suit :
  - Environ 50 % de pathologies de la lignée psychotique,
  - 12,5 % de troubles de l'humeur,

- 12 % d'abus de substance,
  - 10 % de troubles de la personnalité et du comportement,
  - 3 % de retards mentaux.
  - En plus des soins médicamenteux et psychothérapeutiques dont on peut disposer en ambulatoire, l'hospitalisation permet un apaisement du patient par l'étayage continu dont il est l'objet.
    - Il s'agit d'une prise en charge « institutionnelle » par une équipe soignante pluridisciplinaire.
    - Cela suppose un « cadre » de soin précis, qui place le patient dans une position régressive de lâcher prise, propice au soin.
- Toutes les décisions médicales doivent être explicitées au patient (devoir d'information).
- **Le cadre de soin**
    - Constitue un ensemble de décisions médicales, fonction de l'état clinique du patient, et réévaluées à chaque entretien médical.
    - Le patient peut ainsi passer par une phase où ses effets personnels sont sous clef et où il revêt un pyjama d'hôpital (exemple du risque suicidaire élevé).
    - Un temps d'isolement par rapport à l'entourage (pas de visites, coups de téléphone) peut être bénéfique en cas de situation de crise familiale, de maltraitance.
    - L'opportunité de sorties transitoires ou de permissions dépend aussi de l'état clinique du patient. La liberté d'aller et venir est à respecter et des entraves à celle-ci doivent être étayées par la clinique.
    - La mise en place secondaire d'une hospitalisation sous contrainte peut parfois être nécessaire.
  - La mise en **chambre d'isolement**
    - Soin intensif,
    - Permet une protection du patient vis-à-vis de stimulations temporairement insupportables et anxiogènes pour lui.
    - Une protection maximale du patient est ainsi possible en cas de risque autoagressif majeur.
    - Il s'agit là encore d'une prescription médicale, réévaluée quotidiennement au cours d'un entretien médical.
- Une surveillance clinique (pouls, tension artérielle, température, fréquence respiratoire, état de conscience) est prescrite.
  - Cette mesure thérapeutique est toujours accompagnée d'un traitement anxiolytique et sédatif.
  - Cet isolement thérapeutique est parfois accompagné d'une **contention** transitoire, lorsque l'état d'agitation du patient reste dangereux, malgré un traitement sédatif adéquat. On en réduit au maximum la durée. S'y associe :
    - Une surveillance clinique,
    - Une prévention des complications de décubitus :
      - Surveillance des points d'appui,
      - Palpation des mollets,
      - Maintien de l'état d'hydratation,
      - Auscultation pulmonaire fréquente (pneumopathie d'inhalation).
    - Prescriptions de bas de contention et d'anticoagulants, lorsque la contention doit excéder 24 heures ou qu'il existe un facteur de risque thrombo-embolique l'indiquant d'emblée. Ce traitement est accompagné de la surveillance ad hoc (cf. M11-175).
  - L'isolement thérapeutique est une solution extrême, indiquée pour des patients présentant un risque élevé de passage à l'acte. Des incidents « graves » y surviennent dans 4 % des cas (embolie pulmonaire... voire décès), d'où la nécessité d'une surveillance intensive.
- #### 4. Structures de soins ambulatoires
- Ces soins peuvent être effectués, dans le secteur public, par le **Centre Médico-Psychologique (CMP)** correspondant au secteur géographique d'habitation du patient, ou en cabinet privé par un médecin (médecin généraliste ou psychiatre) ou un psychologue. Il s'agit d'effectuer des consultations de soins et de surveillance. Cette orientation dépend du type de soin nécessaire :
    - Une prescription de psychotropes nécessite un suivi médical,
    - Le suivi ambulatoire peut être effectué par une *équipe relais* post-hospitalière, ce qui est le cas de l'équipe de CMP du même secteur géographique que le service hospitalier,

- La prise en charge institutionnelle, avec de multiples soignants, souvent indiquée chez les psychotiques chroniques, est souvent effectuée dans un centre médico-psychologique.
  - Pour les malades psychiatriques chroniques, il existe des **structures d'accueil à temps partiel** permettant de favoriser la *continuité des soins* chez des patients dont la maladie mentale entrave souvent l'observance thérapeutique.  
L'orientation des soins psychiatriques publics vise à une réalisation prioritaire de soins au cours d'une prise en charge intermittente. Ceci explique que 23 % des lits en psychiatrie concernent des prises en charge en « hospitalisation partielle ».
  - Il existe des **hôpitaux de jour (HDJ)**, dont le statut est mixte, à la fois hospitalier et à temps partiel, ce qui permet un maintien du patient à domicile. Il peut y bénéficier, en semaine, de soins visant au réapprentissage de la vie en groupe ou de différentes formes de psychothérapies de groupe.
  - Les **centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP)** visent à la resocialisation du patient, qui y est accueilli pour des ateliers thérapeutiques ciblés. La reprise de contact avec le milieu du travail peut y être travaillée, avec l'intervention d'une assistante sociale.
  - Les enfants présentant une pathologie pédopsychiatrique peuvent être accueillis dans les mêmes types de structures, avec un relais éventuel au sein d'une structure pour adulte vers l'âge de 16 à 18 ans.
  - Une structure est spécifiquement pédopsychiatrique : le **centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)** : La prise en charge y est purement ambulatoire et pluridisciplinaire (soignante, éducative, pédagogique et sociale). L'objectif du CMPP est de fournir un suivi suffisamment étayant pour permettre le maintien de l'enfant dans son milieu familial et scolaire habituel (cf. M4-51). On retrouve ici une même orientation que pour la psychiatrie adulte où le soin ambulatoire est favorisé.
- 5. Outils thérapeutiques**
- Plusieurs entretiens sont souvent nécessaires pour une *démarche diagnostique* psychiatrique (cf. M0-1).
- Parmi les soins psychiatriques, on compte les différentes formes de **psychothérapies** (cf. M0-4).  
Par ailleurs, ont un rôle important :
    - La psycho-éducation du patient et de sa famille, concernant une maladie psychiatrique chronique ce qui est fréquemment bénéfique pour l'observance thérapeutique. La question de l'*alliance* et de l'observance est centrale. En effet, la principale cause de rechute, toutes pathologies psychiatriques confondues, est le défaut de respect des prescriptions et du suivi.
    - Le soutien de la famille, qui s'occupe du patient au quotidien, ce qui est une façon de prendre en charge ce dernier.
  - La prescription d'un **psychotrope** est parfois nécessaire (cf. M11-177) :
    - Après un bilan préthérapeutique clinique et paraclinique,
    - Avec une surveillance médicale, clinique et paraclinique.
    - Mais une prescription de psychotrope ne s'impose souvent pas dès la première consultation hors contexte d'urgence.
  - Les traitements symptomatiques peuvent être précédés de la prescription de règles hygiéno-diététiques. Cela permet de rechercher une indication validée d'un traitement psychotrope et d'éviter des complications (exemple de la dépendance aux hypnotiques prescrits pour une insomnie transitoire).

#### PLAN TYPE D'UNE QUESTION DE THÉRAPEUTIQUE EN PSYCHIATRIE

##### 1. Prise en charge hospitalière ou ambulatoire

- Ne pas oublier l'évaluation du risque suicidaire qui oriente la prise de décision.
- En cas d'indication d'**hospitalisation**, ne pas oublier de préciser si elle est libre ou sous contrainte (HDT ou HO) pour l'adulte ; **autorisation de soins** signée par le représentant de l'autorité parentale chez l'enfant.
- La prise en charge **ambulatoire** est le plus souvent pluridisciplinaire (psychiatrique et somatique, soignante et sociale) et **en réseau** (rôle central du médecin traitant).

Un moyen mnémotechnique pour ne rien oublier est la triade « bio, psycho, sociale ».

## 2. Partie « BIOlogique » de la prise en charge

- Traitement psychotrope :
  - **Traitement étiologique :**
    - Traitement d'un facteur déclenchant à supprimer (comme l'arrêt d'un toxique),
    - Traitement spécifique d'une pathologie psychiatrique :
      - neuroleptique antiproductif si délire,
      - antidépresseur si syndrome dépressif caractérisé,
      - électroconvulsivothérapie si catatonie...
  - **Traitement symptomatique**, par exemple :
    - Prescrire un *anxiolytique* si anxiété,
    - Un sédatif si agitation.
  - Pour tout psychotrope :
    - Augmentation progressive de la posologie, pour aboutir à une **posologie minimale efficace**,
    - Éducation du patient concernant son traitement (parfois au long cours). On y évoque les effets attendus (et leurs délais de survenue), les effets secondaires potentiels.
    - Pas d'arrêt brutal du traitement,
    - Pas d'automédication.
  - Toute prescription nécessite un **bilan préthérapeutique** clinique, et parfois paraclinique, à la recherche d'une contre-indication.
- L'évocation de la recherche d'une organicité au tableau clinique, qui pourrait faire indiquer une prise en charge somatique spécifique (ex : syndrome dépressif et hypothyroïdie), est indispensable.
- Soins somatiques : Des signes autres que ceux de la pathologie psychiatrique peuvent être « disséminés » dans le cas clinique et peuvent nécessiter une prise en charge spécifique. Par exemple, il faut penser à réhydrater un patient en accès maniaque, à prévenir un delirium tremens...

## 3. Partie « PSYCHologique » de la prise en charge

- Traitement psychothérapeutique (cf. M0-D) :
  - Une psychothérapie de soutien est presque toujours nécessaire.
  - Il peut y avoir indication d'une forme de psychothérapie spécifique d'une pathologie (ex : thérapie cognitivo-comportementale en cas de phobie ou de trouble obsessionnel compulsif).
  - Le soin peut être individuel, voire groupal ou familial (rôle essentiel chez l'enfant).
- Psycho-éducation du patient et de sa famille :
 

Elle doit être faite « avec tact et mesure », en respectant le secret médical et conditionne l'alliance et l'observance thérapeutique.

Ne pas l'oublier, surtout si le cas clinique concerne une pathologie à prise en charge chronique.

## 4. Partie « SOCIALE » de la prise en charge

Le rôle de l'assistante sociale et les démarches sociales du médecin traitant sont essentiels pour un patient dont les habiletés sociales ou la perception de la réalité peuvent être altérées.

- Démarches financières :
  - Mesures de **protection des biens** transitoires (cf. M4-52).
  - **Aides financières** comme le revenu minimal d'insertion (RMI) ou l'allocation adulte handicapé (AAH) peuvent être demandées (cf. M3-46).
  - Aides concernant les soins (Couverture Maladie Universelle, voire Aide médicale d'état, déclaration d'une Affection Longue Durée pour une prise en charge à 100 %) (cf. M1-14).
- Démarches concernant l'habitation :
  - Recherche d'un foyer avant une sortie d'hospitalisation si le malade est sans domicile fixe et que son handicap interfère dans sa recherche d'un logement (cf. M3-46).
  - Indication d'appartement thérapeutique ou de résidence médicalisée selon l'âge et la capacité du patient à vivre seul.