

Classification des troubles mentaux de l'enfant à la personne âgée

Objectifs pédagogiques

- ▶ Connaître les bases des classifications des troubles mentaux de l'enfant à la personne âgée.

RÉFÉRENTIELS

- Référentiel national
- Classification CIM10
- Classification DSMV

DE LA SÉMIOLOGIE AU TROUBLE

A. Définitions

Le recueil sémiologique nécessite une attention au contenu de l'entretien mais aussi à sa « forme » susceptible d'influencer le vécu et/ou l'expression des troubles (déroulement, contexte socioculturel, degré d'anxiété du patient au cours de l'entretien).

- **Un signe** est une observation clinique *objective* (exemple : sueurs, tremblement...).
- **Un symptôme** est une *expérience subjective* décrite par le patient (exemple : ruminations anxieuses, impression de mort imminente...).
- **Un syndrome** est un *ensemble de signes et symptômes* formant un ensemble reconnaissable (exemple syndrome anxieux, syndrome dépressif).

Sémiologie	
<p>La présentation et le contact</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'apparence <ul style="list-style-type: none"> ➢ allure : extravagante, bizarre, ➢ hygiène corporelle : incurie (avec indifférence et manque de soin), • La mimique <ul style="list-style-type: none"> ➢ hypermimique (exagérée), ➢ hypomimique (diminuée), ➢ amimique (disparition de toute mimique), ➢ dysmimique (en désaccord avec le contenu psychoaffectif : sourires immotivés, ou non adaptés, les paramimies ou échomimies), • Les activités psychomotrices <ul style="list-style-type: none"> ➢ excessives (accélération psychomotrice voire agitation), ➢ diminuées (ralentissement psychomoteur et bradykinésie), ➢ inadaptées (avec des bizarreries, des parakinésies, du maniérisme, des attitudes empruntées ou des stéréotypies).
<p>Le discours (association langage et pensée)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dynamique <ul style="list-style-type: none"> ➢ Dynamique du langage : <ul style="list-style-type: none"> ➢ augmentée (logorrhée, discours abondant, volubile, rapide ou tachyphémie, voire verbigération), ➢ diminuée (avec pauvreté du discours ou alogie, discours non spontané, lent ou bradyphémie, réponses laconiques, latence des réponses, voire mutisme). ➢ Dynamique de la pensée : <ul style="list-style-type: none"> ➢ augmentée (tachypsychie, fuite des idées, relâchement des associations ou coq-à-l'âne, associations par assonance), ➢ diminuée (bradypsychie, monoïdéisme, voir anidéisme, c'est-à-dire absence de production de pensée). • Forme <ul style="list-style-type: none"> ➢ altération au niveau phonétique (prosodie diminuée avec possible voix monocorde, voire aprosodie, augmentée ou dysprosodie), ➢ altération au niveau lexico sémantique (écholalie, palilalie, néologismes, c'est-à-dire invention de mots, et paralogismes voire schizophasie, c'est-à-dire invention d'un nouveau langage), ➢ altération au niveau syntaxique (avec agrammatisme), ➢ altération dans sa continuité avec des incohérences, de la diffluence (avec pensée tangentielle, circonlocutoire, digressive, allusive, vague, sans idée directrice) et parfois avec des discontinuités (avec fading, c'est-à-dire arrêt progressif du discours du patient, traduisant un évanouissement du cours de la pensée pouvant aller jusqu'à un barrage). • Contenu <p>Le contenu du discours peut retrouver :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ des idées délirantes, ➢ des soucis et inquiétudes, ➢ des obsessions, ➢ des reviviscences, flash-backs, ➢ des idées phobiques, ➢ des idées liées à une anxiété anticipatoire, ➢ des idées liées à l'humeur (négatives, de dévalorisation, d'incurabilité etc. ou au contraire, positives, de grandeur, d'optimisme démesuré, etc.), ➢ des idées de mort et des idées de suicides.

B. Le trouble mental

1. Intérêt de l'approche catégorielle

Absence de physiopathologie sous-jacente univoque dans le champ des troubles mentaux.

Importance **d'étudier l'épidémiologie** avec les facteurs de risque (génétique et psychosociaux), de **prévoir une évolution ou pronostic**, avec la mortalité (suicide ou cause médicale non psychiatrique) et la morbidité (sévérité symptomatique et nombre d'hospitalisations, intégration sociale et qualité de vie) et de **formuler des hypothèses étiopathogéniques**.

Le modèle catégoriel favorise :

- la prise de décision puisqu'il permet de justifier une thérapeutique qui permet d'influer le pronostic naturel ;
- l'information du patient et de son entourage.

Un trouble mental a donc été défini de manière statistique par un ensemble de critères permettant lorsqu'ils sont présents d'identifier des entités qui en l'absence de prise en charge psychiatrique spécifique présentent un mauvais pronostic.

L'évolution des connaissances épidémiologiques, pronostiques et thérapeutiques rend parfois nécessaire l'évolution des classifications nosographiques en médecine. L'évolution du DSM (Diagnostic and Statistical Manual) nord-américain vers sa version 5 ou la future évolution de la CIM (Classification Internationale des Maladies de l'OMS) vers sa version 11, s'inscrivent dans cette démarche pragmatique et scientifique.

2. Critères pour définir un trouble mental

- Des **critères sémiologiques** spécifiques, avec des symptômes et des signes qui seront le plus souvent organisés en syndromes ;
- des **critères d'évolution temporelle**, par exemple une rupture par rapport à un état antérieur ou des critères de durée d'évolution des symptômes,

Sémiologie	
La perception	<ul style="list-style-type: none"> • Les hallucinations (perceptions sans objet) qui peuvent être : <ul style="list-style-type: none"> ➢ intrapsychiques (avec perte de l'intimité psychique), ➢ sensorielles (auditives, visuelles, olfactives, gustatives, tactiles, cénesthésiques), • Les illusions (perceptions déformées) qui peuvent être : <ul style="list-style-type: none"> ➢ auditives, ➢ visuelles, ➢ olfactives, ➢ gustatives, ➢ tactiles, ➢ cénesthésiques, • Les augmentations de la perception sensorielle (hypersensibilité ou hyperesthésie sensorielle) ou la diminution de la perception sensorielle (hyposensibilité ou hypoesthésie sensorielle) au niveau : <ul style="list-style-type: none"> ➢ auditif, ➢ visuel, ➢ olfactif, ➢ gustatif, ➢ tactile, ➢ cénesthésique, 1. La déréalisation qui est une perception du monde modifiée avec sentiment d'étrangeté ou d'irréalité, et la dépersonnalisation qui est une perception de soi-même comme différent et étrange.
L'affectivité	<ul style="list-style-type: none"> 2. Les émotions sont les réponses affectives immédiates à un stimulus, pouvant être <ul style="list-style-type: none"> ➢ plus intenses (hyperesthésie affective, hyperréactivité émotionnelle), ➢ diminuées (hypoesthésie voir anesthésie affective), ➢ anxieuses, ➢ discordantes avec le contenu psychoaffectif (discordance idéo affective avec possible réaction émotionnelle inappropriée). ➢ L'anhédonie désigne plus spécifiquement la perte de la capacité à éprouver du plaisir, 3. L'humeur est la tonalité affective globale et durable qui colore la perception du monde et peut être : <ul style="list-style-type: none"> ➢ augmentée (hyperthymie : humeur expansive, exaltée, souvent associé à une hypersyntonie c'est-à-dire une hypersensibilité au contexte et à l'ambiance), ➢ diminuée (hypothymie : humeur dépressive, douloureuse), voire absente (athymie), ➢ changeante (labilité de l'humeur), ➢ l'athymormie désigne tout à la fois la suppression de l'humeur (athymie) et la perte de l'élan vital (aboulie : difficulté à initier des actes).

- des **critères fonctionnels** avec :
 - une répercussion psychologique (souffrance psychique et/ou altération de la qualité de vie);

- et/ou une répercussion sociale (avec la notion de handicap).
- Enfin, le diagnostic d'un trouble mental ne se pose définitivement qu'après avoir éliminé un diagnostic différentiel :
 - une autre pathologie psychiatrique ou un trouble lié à une substance toxique ;
 - et une pathologie non-psychiatrique.
- Le diagnostic en psychiatrie est clinique. Actuellement pas d'examen complémentaire à la sensibilité ou la spécificité suffisante pour confirmer un diagnostic de trouble mental.

DOMAINES DE L'EXAMEN PSYCHIATRIQUE

Sémiologie	
Les fonctions instinctuelles	<p>4. Le sommeil peut être modifié avec</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ insomnie, ➢ hypersomnie, ➢ parasomnies. <p>5. L'alimentation avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ anorexie, ➢ hyperphagie. <p>6. La sexualité avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ hyposexualité, ➢ hypersexualité, ➢ baisse de la libido, ➢ libido exagérée. <p>7. Au niveau neurovégétatif on peut retrouver des signes sympathiques d'anxiété et d'hyperréactivité neurovégétative.</p>
Le comportement	<p>8. Il peut exister des évitements et des compulsions (comportements permettant de diminuer l'anxiété)</p> <p>9. Le fonctionnement interpersonnel peut être inhibé ou désinhibé avec un contrôle des impulsions altéré (avec possible atteinte aux mœurs, agressivité et conduite à risque)</p>
Jugement et insight	<p>10. Altération du jugement qui peut être distordu avec une logique inappropriée et des indécisions.</p> <p>11. Altération de l'insight (la conscience de la maladie, la capacité d'attribuer les expériences mentales inhabituelles à la pathologie, et l'adhésion au traitement)</p>
Contexte	<p>12. l'âge,</p> <p>13. le sexe,</p> <p>14. les antécédents psychiatriques et médicaux, personnels et familiaux,</p> <p>15. les facteurs de stress et les événements de vie,</p> <p>16. et l'environnement familial, social et professionnel.</p>

C. Définitions

Sémiologie : science du recueil des signes et symptômes d'une maladie. Implique de connaître un vocabulaire spécifique.

Nosologie : science de la classification des maladies sur laquelle repose la nosographie.

D. Système nosographique psychiatrique

Deux systèmes nosographiques psychiatriques au niveau international :

- la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies, 10^e édition), rédigée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) qui classe toutes les maladies, dont les troubles psychiatriques ;
- le DSM 5 (5^e révision du Diagnostic and Statistical Manual), rédigé par l'APA (Association Américaine de Psychiatrie) qui classe uniquement les troubles psychiatriques.

La CIM-10 est la référence pour la cotation des actes dans les hôpitaux. Le DSM-5 (et son prédécesseur le DSM-IV-TR) est préférentiellement utilisé pour la recherche en psychiatrie. Il existe de grandes similitudes entre ces deux systèmes nosographiques.

Un des intérêts majeurs est de comprendre que **certaines constellations spécifiques de signes et symptômes permettent dans certaines circonstances (critères définis précédemment) de poser rigoureusement des diagnostics de troubles mentaux.**

Les catégories nosographiques	
Les catégories principales	<ul style="list-style-type: none"> • Les troubles du neurodéveloppement regroupant entre autres (cf. items 65 et 66) : <ul style="list-style-type: none"> > le trouble du spectre autistique, > le trouble déficit d'attention/hyperactivité, > les troubles spécifiques des apprentissages, > la déficience intellectuelle. • Les troubles psychotiques (cf. item 61), caractérisés par « une perte des limites du moi et une altération marquée de l'appréhension de la réalité ». • Les troubles de l'humeur (cf. items 62 et 64), caractérisés par « une perturbation de l'humeur » • Les troubles anxieux (cf. item 64), caractérisés par « une anxiété sans altération de l'appréhension de la réalité » • Les troubles somatoformes (cf. item 70) caractérisés par « la présence de symptômes physiques faisant évoquer une pathologie non psychiatrique (ou affection médicale générale) mais qui ne peuvent s'expliquer complètement par une pathologie non psychiatrique » • Les troubles dissociatifs caractérisés par « la perturbation des fonctions normalement intégrées comme la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement » • Les addictions (cf. items 73, 74, 75, 76 et 77) caractérisées par « l'impossibilité répétée de contrôler un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives ».
La spécification	<p>Quatre étapes de délimitation sont à suivre pour aboutir à un diagnostic de trouble mental spécifique et complet.</p> <ol style="list-style-type: none"> 17. Identifier dans quelle grande catégorie nosographique présentées précédemment, la séméiologie recueillie pourrait se situer. 18. Identifier le type de trouble psychiatrique dans le cadre de la grande catégorie. 19. Caractériser ou spécifier si besoin le trouble psychiatrique défini. Il s'agit en quelque sorte de définir des formes cliniques.
Les comorbidités	<ul style="list-style-type: none"> • psychiatrique • addictif • médicale non psychiatrique

NOTIONS D'ÉPIDÉMIOLOGIE

Trois types d'études épidémiologiques ont été permises par l'emploi de critères diagnostiques précis :

- étude épidémiologique **descriptive** : permet d'évaluer la fréquence des troubles psychiques. Ainsi, la prévalence vie entière pour l'ensemble des troubles mentaux est d'environ 30 %. Les troubles les plus fréquents sont les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et les troubles liés à l'usage de substances (dépendance à l'alcool environ 10 %). La prévalence de la schizophrénie et des troubles bipolaires est d'environ 1,5 %. La prévalence des troubles mentaux en consultation de médecine générale est d'environ 25 %. Il s'agit principalement des troubles anxieux, des troubles dépressifs caractérisés et des troubles somatoformes. Les patients suivis dans les services sectorisés de psychiatrie souffrent principalement de troubles psychotiques et de troubles de l'humeur sévères. L'espérance de vie des patients souffrant de troubles mentaux est inférieure à celle de la population générale (risque suicidaire, retard au diagnostic et au traitement, comorbidités addictives, comorbidités somatiques).
- étude épidémiologique **analytique** : permet d'identifier les facteurs de risque,
- étude épidémiologique **d'évaluation** : permet d'évaluer les stratégies de soin et de prévention les plus efficaces et les moins coûteuses.