

SEMILOGIE PSYCHIATRIQUE• **Examen psychiatrique**

L'examen psychiatrique privilégie le discours du patient et la relation entre le médecin et un patient visant à recueillir des données objectives d'observation, à apprécier le degré d'urgence, et à initier une prise en charge.

Le praticien doit transcrire les données d'un entretien en une analyse sémiologique précise aboutissant à une décision thérapeutique

Il faut toujours se présenter au patient en sa qualité de médecin

Un premier temps de l'examen est un temps d'écoute non directif du discours spontané du patient. Pendant ce temps le médecin observe le patient, apprécie son aspect général, sa mimique, ses gestes et son comportement

Le deuxième temps est plus directif, le médecin pose des questions qui lui semble importante pour compléter sa démarche diagnostique

Puis l'examen somatique et surtout neurologique

1- Conditions de l'entretien

- **Le cadre:** consultation à l'hôpital au cabinet du médecin
- **Demande de soins :** la demande d'examen peut émaner du patient lui-même (pathologie dépressive ou anxieuse) ou de son entourage troubles psychotiques)

2- Conclusions de l'entretien

- a. A la fin de l'entretien, le médecin doit avoir réuni le maximum d'informations sur:
- b. La sémiologie psychiatrique actuelle telle que exprime le patient(symptômes subjectifs) et telle que la constate le médecin(symptômes objectifs)
- c. L'attitude du patient par rapport à ses troubles (critique, absence de critique rationalisme morbide)
- d. Les données anamnestiques (histoire évolutive des troubles et les éléments bibliographiques)
- e. Éléments bibliographiques personnels: (affectifs, sociaux, culturels)
- f. Histoire familiale, antécédents familiaux
- g. Les données somatiques
- h. Les thérapeutiques antérieures
- i. Peut être complété par des tests psychologiques d'effcience et/ou de personnalité
- j. Des échelles d'évaluation quantitatives de symptômes (entretiens semi-structurés).

EXAMEN PSYCHIATRIQUE**I. PRESENTATION**

- 1. Tenue:** Les soins corporels, les vêtements, la coiffure, l'allure générale,... peuvent être de bons indicateurs de la personnalité du sujet, de ses troubles, de ses préoccupations, de son adaptation au milieu, de ses négligences et parfois même de son identification psycho-sexuelle. Mais la perturbation n'est significative que lorsqu'elle traduit une inadaptation de la personne aux impératifs sociaux.

a- Une inadaptation vestimentaire:

Vis-à-vis de l'âge: tenue excentrique de l'hystérie

Vis-à-vis du sexe: homosexualité, travestisme d'origine névrotique ou perverse

Vis-à-vis du contexte social: tenu négligée, sale, indécente dans le syndrome confusionnel et démentiel

Tenue clownesque, choquante, débraillée, dénudée de l'accès manique

b- Un maniérisme vestimentaire exagéré: schizophrénie**2. Mimique ou expression du visage**

La mimique traduit le langage non verbal exprimé par la face

Elle est habituellement en corrélation avec l'affectivité du sujet. On considère que sur le visage et dans le regard se lisent les émotions et les sentiments

On peut également relever dans l'expression du visage des manifestations qui peuvent être pathologiques telles que l'exaltation, la bizarrerie, l'indifférence, l'angoisse, la colère, l'agressivité, etc.

Schématiquement on décrit quatre groupes de troubles de la mimique.

Hypermimie: ou mimiques hyper expressives.

Elles peuvent traduire

- Une exaltation de l'humeur (excitation maniaque)
- Des expressions émotionnelles exagérées (pleurs, colères, peur, angoisse...)

LES HYPOMIMIES ET LES AMIMIES

Elles vont de la rareté du mouvement du visage (Hypomimie) à son immobilité complète (Amimie).

Le visage peut être figé dans une expression de:

- Tristesse, douleur morale, inhibition chez le déprimé
- Hébéture, égarement, perplexité chez le confus et le dément. Négativisme du schizophrène

LES DYSMIMIES:

Ce sont des discordances entre les propos du sujet et l'expression de son visage. Elles sont particulièrement observées dans la schizophrénie où on note des rires inadaptés et étranges, des bizarreries, des stéréotypies, un maniérisme

LES MOUVEMENTS ANORMAUX:

Tics, fibrillations, tremblements, myoclonies, grimaces, stéréotypies, etc.

Ces mouvements anormaux doivent faire évoquer d'abord une affection neurologique; mais ils sont aussi observés dans des maladies psychiatriques: schizophrénie, démence, débilité, Trouble Obsessif Compulsif (TOC)

3. LE CONTACT

La qualité et le type du contact du malade traduisent souvent les troubles sous-jacents qu'il présente: mutisme, réticence, opposition, agressivité, méfiance, coopération, confiance, dépendance, sympathie, familiarité, supériorité, ironie, dédain, etc.

• Analyse du comportement

C'est un aspect particulier de l'attitude.

Les troubles du comportement psychomoteur peuvent être observés dans la présentation ou rapportés par l'entourage ou le malade lui même.

On peut observer plusieurs types de troubles du comportement psychomoteur en fonction de la pathologie présentée:

1. **LE RALENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR:** Il se traduit par un état d'inhibition avec une rareté des mouvements et de l'activité motrice et une pauvreté de la mimique. Dans les cas sévères on peut observer une immobilité figée, un mutisme et au maximum un état de stupeur.
Devant le ralentissement psychomoteur on évoque essentiellement:
une dépression majeure (ou mélancolie) et une schizophrénie déficitaire
2. **L'AGITATION PSYCHOMOTRICE:** Elle est caractérisée par une hyperactivité désordonnée, une hyperkinésie (augmentation des mouvements), des gesticulations, une impossibilité de se tenir en place.

Elle peut être durable, c'est alors un état d'agitation qu'on peut observer dans: la manie, la schizophrénie, la psychose délirante aiguë, la démence,...

Elle peut être transitoire, et c'est la crise d'agitation qui peut être observée dans les Troubles névrotiques, la psychopathie

3. **L'AGRESSIVITÉ:** Elle accompagne souvent l'agitation mais elle n'en est pas le synonyme. L'agressivité peut être :

1- **Verbale** avec des vociférations, des insultes, des menaces,...

2- **Physique** avec des jets et des bris d'objets, des coups et blessures et parfois même des homicides.

3- **Orientée** c'est à dire que des personnes précises ou des objets sont particulièrement visés par cette

agressivité verbale et/ou physique.

4- **Ou non orientée.**

- L'agressivité est particulièrement observée dans
- les états psychotiques délirants: schizophrénie, paranoïa, psychose délirante aiguë,...
 - la manie, la psychopathie
 - les Troubles névrotiques où elle n'est pas totalement absente quoique souvent moins violente que dans les cas précédents.

5- Les impulsions

Ce sont des passages à l'acte (souvent agressifs) brusques, imprévisibles et qui n'ont pas été réfléchis et encore moins prémédités.

On les relève chez les psychopathes et les psychotiques délirants

6- catalepsie: est un trouble psychomoteur aigu du tonus et de l'initiative motrice. Caractérisée par une résistance plastique des muscles des membres à la mobilisation passive avec maintien des attitudes ou par l'hypertonie rigide à toute tentative de mobilisation (troubles neurologiques, schizophrénie catatonique, confusion stuporeuse,...)

• Analyse des conduites instinctuelles

1. Troubles du sommeil : très fréquents dans toutes les pathologies psychiatriques.

· **Insomnies**, le plus souvent, dont certaines ont un type évocateur, par exemple l'insomnie du petit matin des états dépressifs sévères.

· **Hypersomnie et somnolence diurne anormale** relèvent plutôt de causes neurologiques ou générales (syndrome d'apnées du sommeil), mais sont parfois « névrotiques » ou « dépressives »

2. Troubles des conduites alimentaires :

Anorexie : désigne la perte de l'appétit. Elle peut être d'origine organique ou dépressive. Dans l'anorexie mentale, paradoxalement, c'est une restriction volontaire de l'alimentation qui est en cause, et non une anorexie.

Accès boulimique : c'est le besoin impérieux d'absorber une grande quantité de nourriture, suivi d'un sentiment de culpabilité et de comportements visant à limiter la prise de poids

3. Troubles des conduites sexuelles : peuvent se répartir en deux groupes:

les troubles des fonctions sexuelles: dysfonction érectile, anorgasmie, vaginisme ,etc.) qui sont fréquentes dans de nombreux troubles mentaux

Les déviations sexuelles : recouvrent les troubles de l'identité sexuelle (transsexualisme, homosexualité), pédophilie, gérontophilie, sadisme, masochisme, voyeurisme, exhibitionnisme)

• Troubles du fonctionnement de la pensée

1. Troubles du cours de la pensée

1- Tachypsychie : pensée accélérée, dans la manie ou sous l'effet d'une drogue psychostimulante

2- Bradypsychie : pensée ralentie, dans la dépression et les syndromes confusionnels.

3- Barrage : discontinuité de la pensée caractéristique de la dissociation schizophrénique.

2. Troubles du contenu de la pensée de type :

De type « névrotique » :

- Phobies : peur irraisonnée de certains objets ou situations entraînant leur évitement.
- Obsessions : idées qui s'imposent au sujet qui les ressent comme absurdes mais qu'il ne parvient pas à chasser.

De type « psychotique », les idées délirantes : symptômes majeurs des psychoses, les idées délirantes sont des idées en dehors de la réalité, auquel le sujet « adhère ».

Un délire se définit par :

- Son mécanisme : hallucination, interprétation, intuition, imagination.
- Son thème : persécution, mégalomanie, délire d'influence, délire passionnel, délire mystique, délire de filiation, etc.
- Son degré de systématisation (un délire est systématisé s'il a une cohérence interne)

- Son degré d'extension : « en secteur » ou « en réseau » s'il envahit toute la vie psychique

- **Les troubles du jugement**

S'observent au cours des démences, en lien avec l'affaiblissement des capacités cognitives.

Des distorsions du jugement, fondées sur l'interprétation erronée de perceptions exactes, ou un raisonnement logique à partir de prémisses fausses, sont caractéristiques des psychoses chroniques comme le délire paranoïaque.

- **Les troubles des activités perceptives**

- **Illusions** : perceptions incorrectes d'un objet réel, observées dans les états anxieux et confusionnels.
- **Hallucinations** : perceptions sans objet, qui caractérisent les psychoses (schizophrénies et délires chroniques), l'effet des drogues hallucinogènes, et les syndromes confuso-oniriques.

Les hallucinations ne sont pas « critiquées » par le sujet qui a la conviction de leur réalité objective.

➤ **Hallucinations « psycho-sensorielles »**, perçues comme extérieures :

- Auditives (bruits, voix).
- Visuelles, olfactives, gustatives, tactiles (sensibilité superficielle).
- Cénesthésiques (sensibilité interne).

➤ **Hallucinations « psychiques »** : il s'agit de voix intérieures ou de pensées transmises, par exemple via des « ondes ».

- On parle de syndrome d'influence ou de syndrome d'automatisme mental, difficiles à distinguer en pratique.
- Ce type d'hallucinations se rencontre essentiellement au cours des schizophrénies.
- Hallucinations au cours des épisodes aigus (confusion mentale; mélancolie délirante; bouffée délirante ou psychose aigu)
- Hallucinations au cours des troubles chroniques (psychose hallucinatoire chronique; schizophrénie; syndrome démentiel)