



Association
Enseignement
Sémiologie
Psychiatrique

GUIDE DE L'EXTERNE EN SERVICE DE PSYCHIATRIE

Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique

www.asso-aesp.fr

A nos jeunes collègues externes en service de psychiatrie, nous souhaitons la bienvenue dans ce guide.

Ce livret a été conçu pour vous donner quelques repères qui vous seront utiles au cours de votre stage. Celui-ci devrait vous permettre de remplir plusieurs objectifs :

- Connaître les grandes lignes de l'organisation de la psychiatrie en France
- Savoir se comporter auprès des patients et au sein d'une équipe pluridisciplinaire ;
- Connaître la sémiologie et la nosographie des divers troubles psychiatriques inscrits au programme de l'ECNi, savoir rechercher et identifier les signes et les symptômes ainsi que les éléments d'anamnèse pertinents dans une démarche diagnostique ;
- Savoir rédiger une observation clinique en prenant en considération les dimensions psychologiques, biologiques et sociales des divers troubles ;
- Connaître les grandes lignes des principaux traitements pharmacologiques utilisés en psychiatrie : traitements antipsychotiques, thymorégulateurs, antidépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques.

PLAN

1) La psychiatrie en France	3
2) Règles de conduite	5
3) L'observation médicale en psychiatrie	5
4) Lexique sémiologique	10
5) Hiérarchiser les problématiques	10
6) Les traitements en psychiatrie	12
7) Ressources bibliographiques	17

1) Quelle attitude dans un service psychiatrie ?

L'attitude d'un étudiant en médecine en service de psychiatrie doit être la même que dans les stages d'autres spécialités.

Le patient étant régulièrement conduit à évoquer des éléments d'intimité ou sources de détresse, parfois en présence de sa famille, votre attitude se doit de respecter les grands principes suivants :

- Ecoute attentive ;
- Implication ;
- Discrétion et préservation de la confidentialité des entretiens ;
- Regard positif inconditionnel : sollicitude sans jugement ;
- Sentiment de sécurité ;
- Empathie = aptitude du clinicien à « percevoir avec précision le système interne de référence d'autrui, avec les composantes émotionnelles et les significations qui s'y rapportent, comme s'il était cette autre personne, mais sans jamais perdre de vue ce comme si » (C. Rogers) ;
- Authenticité ;
- Compétence ;
- Respect.

2) L'organisation de la psychiatrie en France

A- La sectorisation en psychiatrie

La sectorisation désigne, depuis la loi du 31 décembre 1970, l'organisation administrative gérant la maladie mentale et la répartition des structures de soins de santé mentale. Le secteur est une aire géographique à l'intérieur de laquelle est organisée la distribution des soins psychiatriques aux malades qui en ont besoin. L'adresse d'un patient le relie au secteur qui a le devoir de le prendre en charge selon les modalités de soins du service public (cf. **item 60 du référentiel de psychiatrie**).

B- Différents types de prise en charge

a) Psychiatrie adulte

On distingue quatre types de prise en charge : les hospitalisations complètes, les alternatives à l'hospitalisation, les soins ambulatoires et les soins en urgence.

a. Les prises en charge à temps complet

- Structures hospitalières

Les hospitalisations complètes sont possibles dans les établissements suivants : les centres hospitaliers spécialisés ou établissements publics de santé mentale (EPSM), les hôpitaux généraux qui disposent d'un service de psychiatrie, les unités pour malades difficiles (UMD), les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), les unités spécialement aménagées (UHSA, unités d'hospitalisations complètes pour les détenus souffrant de troubles psychiatriques), les établissements de santé privés à but non lucratif, et les établissements de santé privés à but lucratif.

- Structures non-hospitalières

Des prises en charge à temps complet sont également possibles dans les structures suivantes:

- **appartements thérapeutiques** : structures de soins, rattachés à un hôpital, favorisant la réadaptation et l'insertion dans le milieu social. Les patients disposent d'une chambre individuelle et partagent des pièces communes. Des équipes de soignants accompagnent les patients dans l'apprentissage de l'autonomie.
- **accueil familial thérapeutique dans des familles volontaires**, rémunérées par l'hôpital : permet d'assurer une transition entre l'hospitalisation et le retour au domicile.

b. Les prises en charge à temps partiel

Elles sont possibles dans les structures suivantes :

- les **centres médico-psychologiques (CMP)** : unités extrahospitalières de coordination et d'accueil situées en centre-ville et composées d'équipes pluridisciplinaires de psychiatres, d'infirmiers, de psychologues, et d'assistants sociaux.
- les **hôpitaux de jour (HDJ)** : avec soins par journée(s) ou demi-journée(s).
- les **centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP)** : délivrent des actions de soutien et de thérapie de groupe.
- les consultations sont également possibles en **psychiatre libérale**.

c. Les prises en charge en urgence

Elles sont possibles dans différentes structures :

- les services d'urgence dans les hôpitaux généraux.
- en Île-de-France, le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA).
- les centres d'accueil et de crise (CAC et CAP) qui assurent une permanence téléphonique et des consultations psychiatriques.

d. Cas particulier des personnes détenues

Il existe des **services médico-psychiatriques régionaux** (SMPR) : lieux d'accueil pour des soins librement consentis, en ambulatoire, à temps partiel mais aussi en hospitalisation de jour pour les personnes détenues.

Les **Unités Hospitalières Spécialement Aménagées** (UHSA) permettent quant à elles d'accueillir les personnes détenues en hospitalisation à temps complet (libre ou sans consentement).

b) Pédopsychiatrie

On distingue la prise en charge ambulatoire au CMP, l'hospitalisation à temps complet pour les cas lourds ou les situations de crise.

Le **centre médico-psycho-pédagogique** (CMPP) : composés de médecins, d'orthophonistes, de psychomotriciens, de psychologues et d'assistants sociaux.

Des **instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques** (ITEP) qui accueillent des enfants présentant des difficultés psychologiques et des **instituts médico-éducatifs** (IME) qui prennent en charge des enfants avec une déficience intellectuelle.

Les **maisons des adolescents**, qui proposent des soins pour les adolescents de onze à dix-huit ans.

C- Modalités de soins

L'hospitalisation d'un patient peut se faire selon deux modes différents : sous le mode de l'hospitalisation libre ou le sous le mode de l'hospitalisation sans consentement (soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) ou soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat, SPDRE) (cf. **item 11**).

3) L'observation médicale en psychiatrie

L'observation médicale en psychiatrie repose sur un examen clinique complet du patient. La trame de cet examen clinique est expliquée ci-dessous. La même trame prête à utiliser pour faciliter la réalisation de cet examen clinique est également disponible sur notre site.

Motif de consultation ou d'hospitalisation

Antécédents :

- Nom du médecin traitant, du psychiatre traitant et des divers spécialistes.
- Personnels :
 - Psychiatriques : pathologies, hospitalisations (date, lieu et mode), tentatives de suicide (nombre, circonstances, moyens utilisés), gestes auto ou hétéro-agressifs.
 - Addictologiques : préciser la consommation actuelle en alcool (type, nombre de verres et unités standards par jour), en tabac (paquets-années), en cannabis et autres substances (cocaïne, héroïne, etc.)
 - Autres pathologies médicales (nommer la spécialité : neurologique (accident vasculaire, épilepsie, Parkinson, etc.), réanimatoire (notion de traumatisme crânien, coma, etc.), et autres.
 - Chirurgicaux.
 - Gynéco-obstétricaux.
 - Allergiques.
- Familiaux :
 - Psychiatriques et addictologiques (penser à repérer les suicides et tentatives de suicide au sein de la famille du patient).
 - Autres.

Traitements habituels (en précisant la posologie et l'observance) :

- Pharmacologiques.
- Traitements non pharmacologiques

Biographie/mode de vie

- Situation professionnelle / Ressources financières
- Logement
- Situation familiale / entourage social
- Mesure de protection des majeurs (sauvegarde/curatelle/tutelle)

Histoire de la maladie

Cette section peut être plus ou moins détaillée selon les contextes. Dans un cadre où il est important d'être exhaustif on pourra explorer :

- L'histoire développementale : complication de la grossesse et obstétricales, retard des acquisitions, troubles apprentissages.
- L'histoire des symptômes : premiers symptômes, contexte d'apparition de ces symptômes, réaction par rapport à ces symptômes
- Eléments concernant la prise en charge (âge de début, hospitalisation antérieures, traitements utilisés, récurrence)

Dans tous les cas, et quel que soit le contexte, on s'attachera à détailler l'histoire de la maladie actuelle.

- Histoire de la maladie actuelle:
 - Elément concernant la prise en charge de la maladie actuelle
 - Facteurs de stress récents identifiés par le patient : rupture, surmenage, perte d'emploi, traumatisme (accident, agression), etc.
 - Symptômes spontanément identifiés (motif de consultation) : ordre de survenue, mode d'installation (brutal ou insidieux), signification que le patient leur apporte.
 - Notion de conduites auto-agressives ou hétéro-agressives.

Examen physique en psychiatrie :

L'examen physique présente de nombreux intérêts en psychiatrie. D'une part, certains signes physiques spécifiques sont associés aux troubles psychiatriques ou aux effets secondaires de certains traitements et sont à repérer. D'autre part les patients souffrant de troubles psychiatriques présentent un état de santé général moins bon que la population générale, ils présentent donc souvent des comorbidités indépendantes à prendre en charge. Enfin, cet examen physique permettra d'identifier des points d'appel clinique de diagnostics étiologiques et/ou différentiels du trouble présenté.

L'examen physique doit être complet, appareil par appareil avec surveillance des constantes et du poids. Dans certaines situations, notamment dans les contextes d'urgence, cet examen peut être ciblé selon le problème rencontré par le patient. La surveillance des constantes est également essentielle en pratique psychiatrique. En dehors de la surveillance du poids, ou de dérégulations tensionnelles associées au syndrome métabolique, certaines spécificités existent. Par exemple, une hyperthermie ou une hypothermie peut être un signe de syndrome malin des neuroleptiques, des modifications tensionnelles importantes peuvent correspondre aux effets secondaires d'un traitement ou constituer un signe de gravité dans le cadre du syndrome catatonique.

Entretien psychiatrique :

- Présentation et contact :
 - Apparence, hygiène corporelle, activité psychomotrice (agitation ? ralentissement ?)
 - Contact (attitude du patient dans l'interaction sociale : familiarité/réticence/bizarries)
 - Mimique : hyper ou hypomimie voire amimie
- Le discours et la pensée
 - La dynamique du discours : logorrhée, pauvreté du discours, mutisme, etc.
 - Le rythme de la pensée : tachypsychie, coq à l'âne, bradypsychie, monoïdéisme.
 - La forme du discours :
 - au niveau phonétique: prosodie diminuée, voix monocorde
 - au niveau lexico-sémantique: néologismes, paralogismes
 - au niveau syntaxique : agrammatisme
 - Le contenu du discours et de la pensée peut retrouver : des idées délirantes, des soucis et inquiétudes, des obsessions, des idées phobiques, des idées liées à une anxiété anticipatoire, des idées liées à l'humeur (négatives, de dévalorisation, de mort, de suicide ou au contraire, positives, de grandeur, etc.)...
 - Idées délirantes : elles s'analysent selon le schéma suivant
 - Thème
 - Organisation
 - Mécanisme
 - Adhésion / Critique
 - Éléments thymiques associés
 - Évolution aiguë ou chronique, facteur déclenchant
 - Autres : Orientation temporo spatiale, Attention (maintien/ distractibilité), Mémoire (court terme/ long terme ; rétrograde/ antérograde).
- Perception :
 - Hallucination (perception sans objet) : sensorielles (tous les sens peuvent être touchés) ou intrapsychique (perte de l'intimité psychique)
 - Autres : illusion, perception, déréalisation
- Affectivité :
 - Humeur : tonalité affective globale et durable qui colore la perception du monde.
L'humeur peut être :
 - augmentée (humeur expansive, exaltée, souvent associée à une hypersyntonie, c'est-à-dire une hypersensibilité au contexte et à l'ambiance),

- diminuée (humeur dépressive, douloureuse), voir absente (athymie),
 - changeante (labilité de l'humeur),
- Les émotions : réponses affectives immédiates à un stimulus. Les émotions peuvent être :
 - Plus ou moins intenses (hyperesthésie ou anesthésie affectives)
 - Plus ou moins stables (labilité émotionnelle)
 - adaptées ou non au contenu du discours (discordance idéo affective avec possible réaction émotionnelle inappropriée).
- Anxiété : inquiétudes persistantes mal contrôlées, obsessions, phobies, persévérations, signes végétatifs
- Comportement
 - Agitation, agressivité, impulsivité
 - Répétitions de mouvements : Compulsions, Stéréotypies, échopraxies, etc.
 - Evitements
- Fonctions physiologiques :
 - Alimentation : anorexie, hyperphagie, habitudes alimentaires
 - Sommeil : quantité, qualité, structure : réveils intra-sommeil, horaire des troubles.
 - Sexualité : libido, comportement sexuel
- Evaluation du risque suicidaire et du risque d'hétéro-agressivité.
- Examens complémentaires déjà réalisés, et à réaliser.
- Conclusion :
 - Résumé syndromique.
 - Hypothèses diagnostiques hiérarchisées (diagnostics différentiels psychiatriques et non psychiatriques) ou diagnostic (préciser facteur déclenchant/complication/terrain)
- Conduite à tenir :
 - Prise en charge immédiate :
 - Examens complémentaires : bilan étiologique et/ou pré-thérapeutique.
 - Décision thérapeutique : Pharmacothérapie/Mesures environnementales et comportementales/objectif.
 - Surveillance : Alliance thérapeutique, mesure de sécurité (risque suicidaire)
 - Mise sous protection (sauvegarde de justice)
 - Soins ambulatoires ou hospitalisation (avec ou sans consentement).

- A moyen terme (selon les situations):
 - Indication de poursuite pharmacothérapie et d'objectifs psychothérapeutiques
 - Education thérapeutique.
 - Réhabilitation psycho-sociale.
- A long terme (selon les situations):
 - Projet de vie.
 - Etablissement d'un plan de crise avec directives anticipées en cas de trouble du jugement.

4) Lexique séméiologique

Plusieurs outils sont à votre disposition et peuvent vous permettre d'avoir des références à portée de main en permanence (tablette, téléphone, etc.) :

- Dictionnaire de sémiologie psychiatrique disponible sur le site de l'AESP : <http://dicosemiopsy.asso-aesp.fr/>
- Livre électronique de séméiologie générale de l'université Paris VII : www.e-semio.org
- L'application e-semio est aussi disponible sur iOS et Android.

5) Hiérarchiser les problématiques

Les troubles psychiatriques peuvent pour la plupart connaître différentes phases :

- **Prodromes** : phase avec symptômes sub-cliniques précédant l'épisode caractérisé.
- **Episode aigu** : phase symptomatique.
- **Rechute** : réapparition ou aggravation de symptômes au sein d'un même épisode.
- **Rémission** : peut-être partielle ou complète, symptomatique et/ou fonctionnelle.
- **Récidive** : nouvel épisode aigu après une période de rémission.
- **Rétablissement** : désigne le cheminement personnel du patient pour se réapproprier sa vie et s'insérer dans la société.

6) Les traitements en psychiatrie

A- Pharmacothérapie (cf. tableau ci-après)

Une fiche récapitulative et résumée des différents traitements psychotropes est proposée à la page suivante. Cette fiche peut servir de pense-bête ou aider à développer une vue d'ensemble de cette classe pharmacologique mais ne remplace en aucun cas la question complète dans le cadre de préparation à l'IECN (**item 72**).

Classe pharmacologique	Indication	Mécanisme d'action principal	Différentes classes et exemple de noms de médicaments	Spécificités
Anxiolytiques	Traitement symptomatique de l'anxiété	- Stimulation du système GABA-ergique pour les benzodiazépines - Autres : anti-histaminique	- Benzodiazépines : Seresta® (Oxazepam), Temesta® (Lorazepam), Valium® (Diazepam), etc. - Autres : anti-histaminiques : Atarax® (Hydroxyzine),	- Efficacité dès la première prise - Risque de dépendance pour les benzodiazépines : prescription de durée limitée
Antidépresseurs	- Episode dépressif caractérisé - Troubles anxieux chroniques - Douleurs neuropathiques	Augmente la transmission sérotoninergique voire d'autres neurotransmetteurs au niveau central	- IRSNA ex : Cymbalta® (Duloxétine) - ISRS Séroplex® (Escitalopram) - Tricycliques Anafranil® (Clomipramine) - Inhibiteurs de la Mono-Amine-Oxydase : Marsilid® (lproniazide)	- Délai d'action entre 2 et 4 semaines - ISRS ou IRSNA en première intention (bonne tolérance et efficacité) - Le maniement des autres classes : domaine de la spécialité
Antipsychotiques	- Troubles psychotiques (schizophrénie, troubles délirants persistants) - Dans certaines conditions : troubles bipolaires	Mécanisme principalement anti-dopaminergique	- Antipsychotiques de 1ère génération : Haldol® (Halopéridol) - Antipsychotiques de 2ème génération : Risperdal® (Risperidone), Zyprexa® (Olanzapine), Solian® (Amisulpride), Léponex® (Clozapine)	- Clozapine : surveillance biologique (risque d'agranulocytose) - Surveillance des troubles métaboliques +++ - Certaines formes « retard » existent
Thymorégulateurs	Troubles bipolaires Trouble dépressif récurrent	Divers selon les classes	- Sels de lithium (Téralithe®) - Anticonvulsivants : ex : valproate (Dépakote®) - Antipsychotiques de deuxième génération (Abilify® (Aripiprazole) ; Xeroquel® (Quetiapine))	- Bilan pré-thérapeutique indispensable pour les sels de lithium et le valproate - Les suivis spécifiques clinico-biologiques de ces traitements doivent être connus
Hypnotiques	Insomnies transitoires ou réactionnelles	Apparentés aux benzodiazépines	- Imovane® (Zopiclone), Stilnox® (Zolpidem)	- Traitement à durée limitée - La demi-vie du zolpidem est plus longue - Prescription de 4 semaines à ne pas dépasser
Psychostimulant	- Troubles de l'attention avec hyperactivité - Narcolepsie	Augmentation de la concentration intrasynaptique de certains neurotransmetteurs (dopamine et noradrénaline)	- Méthylphénidate (ritaline®) et modafinil (modiodal®)	- Primo-prescription par médecin spécialiste

B- Les psychothérapies (cf. item 71)

La psychothérapie est un moyen thérapeutique non médicamenteux. C'est un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique. Elle a pour but de favoriser chez le patient des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Elle se soumet à des indications précises et elle est aussi conditionnée par les capacités fonctionnelles du patient.

a. Les psychothérapies aspécifiques : la thérapie de soutien

Elle repose essentiellement sur l'écoute empathique, la sollicitude sans jugement et la transmission d'éléments d'information sur le trouble.

b. Les psychothérapies spécifiques

i. Thérapies cognitives et comportementales (TCC)

Les TCC sont des thérapies basées sur des preuves et qui se prêtent donc à la méthodologie scientifique. Elles font suite au behaviorisme et sont issues des théories de l'apprentissage. Elles comportent les caractéristiques pratiques suivantes :

- Thérapie en face à face centrée sur les difficultés actuelles du patient.
- Utilisation de méthodes d'évaluation clinique en début de thérapie puis régulièrement afin d'apprécier la progression.
- Définition d'objectifs précis à chaque séance.
- Démarche thérapeutique codifiée

ii. Thérapies familiales systémiques

Il s'agit de la prise en charge psychologique globale d'un système familial, à partir de la demande de soins formulée par ou pour un des membres. Le symptôme est alors perçu comme témoignant de dysfonctionnements relationnels plus ou moins graves dont n'ont pas nécessairement conscience les membres de ce système familial. La thérapie a pour but de proposer une autre vision de la problématique amenée par les membres de la famille, quitte à ce qu'elle soit inhabituelle pour cette famille. Une solution pourra alors être co-construite par la famille, le patient et le thérapeute afin d'engendrer des changements.

iii. *Psychanalyse (cure type) et thérapies d'inspiration psychanalytique (PIP)*

Elles se réfèrent à la théorie analytique et aux concepts topique (1^{ère} topique : Inconscient, Préconscient et Conscient ; 2^{ème} topique : Ça, Moi et Surmoi), dynamique et économique du psychisme qu'a élaborés Sigmund Freud. La maladie est conçue comme la résultante de conflits psychiques inconscients. Le processus thérapeutique proposé vise à ce que ce qui était inconscient ou pré-conscient devienne conscient. La scientificité de la psychanalyse est actuellement controversée.

7) Ressources bibliographiques

Ouvrage de référence pour la préparation à l'internat :

Référentiel de psychiatrie pour l'ECNI (<http://www.asso-aesp.fr/enseignement/1er-et-2e-cycle/referentiel-ecni/>)

Pour en savoir plus :

- **Site de l'AESP :** <http://www.asso-aesp.fr/>
- **Chaîne YouTube de l'AESP :** https://www.youtube.com/channel/UCQy0Fgz-zds-QX-TK3ZDd_w

Liste des contributeurs

Dr. Ali Amad
Dr. David Bensamoun
Dr. Farid Benzerouk
Dr. Thomas Fovet
Dr. Pierre Alexis Geoffroy
Dr. Arnaud Leroy
Dr. Jean-Arthur Micoulaud-Franchi
Dr. Nora Milliez
Dr. Hugo Peyre
Dr. Clélia Quiles
Dr. Benjamin Rolland
Dr. Antoine Yrondi