

*Marion*

*Marion*

# L'INVESTIGATION PSYCHIATRIQUE

*Ce guide, à l'attention des médecins stagiaires de 6<sup>ème</sup> année, est un résumé visant à accompagner l'étudiant dans l'apprentissage de l'investigation psychiatrique*

## TABLE DES MATIERES

1. OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN PSYCHIATRIQUE.....	2
2. LA CONDUITE DE L'ENTRETIEN.....	2
3. MOTIF DE CONSULTATION .....	3
4. ELEMENTS ANAMNESTIQUES .....	3
5. STATUS PSYCHIATRIQUE .....	4
6. POTENTIEL SUICIDAIRE .....	5
7. ATTITUDE ET CONTACT .....	6
8. HYPOTHESE DIAGNOSTIQUE .....	6
9. HYPOTHESE DE CRISE .....	7
10. PROPOSITION THERAPEUTIQUE .....	7
11. REFERENCES.....	7
12. ANNEXE - A : PRINCIPAUX MECANISMES DE DEFENSE .....	8
13. ANNEXE - B : TABLEAUX DE PSYCHOPATHOLOGIE ADAPTES DE L'AMDP .....	9

## 1. OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN PSYCHIATRIQUE

### Etablir une alliance thérapeutique :

- Etablir une relation de confiance avec le patient et créer une atmosphère permettant au patient de confier ses difficultés.

### Formulation de cas :

- Recueillir les informations nécessaires pour poser un diagnostic psychiatrique ou un diagnostic différentiel.
- Comprendre la crise actuelle et les éléments du contexte qui amènent le patient à développer une souffrance psychique, en inscrivant cette crise dans la trajectoire de vie du patient.
- Proposer un plan de traitement et évaluer l'indication à effectuer des investigations complémentaires.

## 2. LA CONDUITE DE L'ENTRETIEN

### Au début de l'entretien :

- Se présenter, préciser le cadre temporel (la durée de l'entretien doit être adaptée à l'état clinique du patient, en principe maximum 1 heure) et les objectifs de l'entretien au patient.
- Toujours commencer par des questions ouvertes (par ex : « En quoi puis-je vous aider ? », « Qu'est-ce qui vous amène ? », « Qu'est-ce qui vous a amené à consulter un psychiatre ? »).
- Faire préciser le sens des termes psychologiques employés par le patient (par ex : « Quand vous dites que vous vous sentez déprimé, expliquez-moi ce que vous entendez par là »).

### En cours d'entretien :

- Essayer de reformuler les difficultés décrites par le patient, ainsi que ce qui a été compris de ses attentes.
- Faire des synthèses partielles.
- Eviter les jugements de valeur, même positifs et à but de soutien.
- Des interruptions courtoises sont parfois nécessaires si le patient a un discours abondant, confus et peu clair (« excusez-moi de vous interrompre, mais je n'ai pas bien compris...»). Il est important de ne pas avoir peur de couper la parole au patient, l'objectif de l'entretien étant avant tout de comprendre et de clarifier les dires du patient.

### En fin d'entretien :

- Faire une synthèse pour le patient en résumant ce que nous avons compris de sa situation. Prendre position sur le plan diagnostique et thérapeutique, si la situation est claire et le permet. Si ce n'est pas le cas, fixer un second rendez-vous pour poursuivre l'investigation psychiatrique.
- Demander au patient, avant de terminer l'entretien, si tous les sujets importants pour lui ont été abordés et s'il veut ajouter quelque chose (CAVE syndrome du pas de porte).

Unité d'Enseignement Clinique Prégradué, DP-CHUV

Prof. A.Berney, Dr O.Chocron, Dre M.-C.Lallement, Dre M.Mosig, Dre P.Pécoud

### 3. MOTIF DE CONSULTATION

- Si le patient consulte de lui-même, le motif de consultation sera recherché durant l'entretien (attente explicite et éventuellement attente implicite).
- Si le patient est adressé par un collègue médecin d'une autre spécialité (en consilium), clarifier au préalable la raison de la demande de la consultation (par ex: aide au diagnostic, demande de suivi, évaluation de l'indication à une médication psychotrope).
- Si le patient arrive en urgence et est amené par l'ambulance, la police ou un autre soignant impliqué dans la prise en charge, prendre en compte les informations importantes de ce contexte spécifique de consultation.
- Si le patient est amené en consultation par un proche, recueillir avec l'accord préalable du patient les éléments d'hétéro-anamnèse.

### 4. ELEMENTS ANAMNESTIQUES

#### A. Anamnèse actuelle

- Explorer les plaintes principales du patient et les symptômes actuels.
- Investiguer le contexte d'apparition du problème et des symptômes : début, durée, intensité, évolution et présence d'évènements déclencheurs.
- Explorer les répercussions du problème et des symptômes dans la vie du patient, notamment dans les sphères sociales, familiales et professionnelles.

#### B. Antécédents psychiatriques

##### B1. Antécédents psychiatriques personnels

- Investiguer les antécédents d'hospitalisation en milieu psychiatrique, de suivi psychiatrique ou psychologique ambulatoire et l'historique des traitements psychotropes.

##### B2. Antécédents psychiatriques familiaux

- Investiguer la présence de pathologies psychiatriques héréditaires ou non dans la famille.

#### C. Anamnèse socioprofessionnelle et familiale

*Dans la mesure du possible, une anamnèse socioprofessionnelle et familiale est effectuée. Une investigation trop scrupuleuse sans hypothèse diagnostique n'est pas indiquée et il est important de la mener en lien avec la crise actuelle. Toutefois, les éléments suivants devraient être explorés dans toute investigation psychiatrique :*

- Profession, activité occupationnelle ou source de revenu (Revenu d'Insertion, Assurance Invalidité, chômage). Activités de la vie quotidienne, loisirs.
- Mode et lieu de vie (seul, en famille, en couple, en institution, sans domicile).

- Entourage social et familial (nature des liens familiaux, nature des liens sociaux, relation sentimentale ou conjugale).

#### **D. Antécédents médicaux et habitudes**

- Rechercher les affections somatiques, les traitements médicaux actuels y compris psychotropes et les allergies.
- Aborder la question de la consommation d'alcool, de tabac et d'autres toxiques.

### **5. STATUS PSYCHIATRIQUE**

(Voir aussi chapitre 13. ANNEXE-B : TABLEAUX DE PSYCHOPATHOLOGIE SELON L'AMDP)

#### **A. PRESENTATION, PSYCHOMOTRICITE ET CONTACT RELATIONNEL**

- Corpulence, tenue vestimentaire (soignée, négligée, neutre, excentrique), hygiène, posture, démarche, ralentissement, agitation, mimique.
- Contact et relation (cf. chapitre 7).

#### **B. TROUBLES COGNITIFS**

- Vigilance.
- Orientation sur les 4 modes (temps, espace, quant à la situation, quant à sa personne).
- Attention, concentration, mémoire.

#### **C. PENSEE ET DISCOURS**

- Cours de la pensée (accélération de la pensée, fuite des idées, réponses à côté, coqs à l'âne).
- Contenu de la pensée (cohérence, informations, thématique).
- Ton (monotone, exalté), débit de parole (logorrhée, laconisme).

#### **D. DELIRE, TROUBLES DU MOI ET DES PERCEPTIONS**

- Idées prédélirantes, idées délirantes (thématique, systématisation, implication affective).
- Déréalisation, dépersonnalisation, pensées imposées.
- Illusions, hallucinations (visuelles, acoustico-verbales, cénesthésiques, olfactives, gustatives).

#### **E. THYMIE / HUMEUR ET AFFECTS**

- Humeur abaissée, neutre ou élevée, anhédonie, sentiment d'insuffisance, de culpabilité, affects congruents à l'humeur, discordance affective, labilité affective.

#### **F. ANXIETE**

- Tension interne, obsessions, phobies, compulsions.

### G. TROUBLES SOMATIQUES ET DU DYNAMISME

- Troubles du sommeil, de l'appétence, gastro-intestinaux et cardio-respiratoires.

### H. IDEES SUICIDAIRES ET HETEROAGRESSIVITE

- cf. chapitre 6.

## 6. POTENTIEL SUICIDAIRE

La suicidalité doit être évaluée avec tout patient et le fait de ne pas poser la question au patient est considéré comme une faute médico-légale.

Exemples de questions explicites à poser au patient par étapes :

- « Est-ce que vous avez par moments des idées noires ou des envies de vous faire du mal ? »
- « Est-ce que cela vous arrive d'avoir envie de mourir ? »
- « Avez-vous déjà pensé à vous suicider ? »

Si le patient évoque des idées suicidaires : rechercher la présence de scénarios, de leur degré d'élaboration et de planification. Rechercher les antécédents de tentatives de suicide et les moyens utilisés.

**Evaluation du risque auto-agressif ou du potentiel suicidaire selon 3 critères :**

#### 1. Risque suicidaire (épidémiologique)

- Facteurs de risque : antécédents de tentative(s) de suicide, sexe masculin, trouble psychiatrique, dépendance aux substances, isolement social et familial, événements de vie négatifs, maladie chronique, affection somatique invalidante.

#### 2. Urgence (type et imminence du scénario)

- Evaluation de la présence d'un scénario suicidaire ou non, degré d'envahissement des idées suicidaires, degré de planification dans le temps du geste suicidaire.

#### 3. Danger

- Accessibilité au moyen et létalité du moyen (armes à feu, déféstration, voies ferrées, pendaison, noyade, médicaments).

## 7. ATTITUDE ET CONTACT

Lors de tout entretien, il est important d'être attentif à l'attitude du patient à l'égard du psychiatre et à sa manière d'entrer en relation avec ce dernier. Ainsi, il faut tenter de décrire :

- a. La qualité de relation instaurée par le patient (par ex : superficielle, bonne, mauvaise, froide, inquiétante, bizarre, etc.).
- b. La distance relationnelle instaurée par le patient (ex : patient spontané, ouvert, inhibé, renfermé, désinhibé, envahissant, collant).
- c. L'attitude (patient collaborant, passif, soumis, séducteur, méfiant, agressif, puéril).

Ces différents éléments vont aider le psychiatre à mieux comprendre le fonctionnement du patient et notamment son mode de relation interpersonnelle de manière plus générale.

## 8. HYPOTHESE DIAGNOSTIQUE

La procédure diagnostique en psychiatrie est complexe et il est fréquent de ne pas arriver à un diagnostic de certitude suite à un seul entretien. Au terme d'un premier entretien, une hypothèse diagnostique et un diagnostic différentiel sont formulés. Un diagnostic psychiatrique se pose après plusieurs entretiens (2-4 entretiens). Avec les classifications diagnostiques CIM-10 et DSM5, il est fréquent de mettre en évidence plusieurs diagnostics.

Remarque : à la fin du premier entretien, même s'il n'est souvent pas possible de poser un diagnostic clair, il est impératif de pouvoir répondre aux questions suivantes :

1. Le patient présente-t-il des symptômes qui parlent en faveur d'une étiologie médicale ou d'un trouble lié à la consommation de substances? (troubles de la vigilance, troubles de l'orientation, symptômes somatiques...).
2. Le patient présente-t-il des signes d'un épisode psychotique aigu? (hallucinations, idées délirantes, troubles sévères du cours de la pensée...).
3. Le patient présente-t-il des signes d'un épisode maniaque? (agitation psychomotrice, logorrhée, fuite des idées, euphorie ou irritabilité, idées délirantes...).
4. Le patient présente-t-il un danger pour lui-même ou pour les autres ?

Toute réponse affirmative à l'une ou plusieurs de ces 4 questions rend compte d'une situation d'urgence psychiatrique.

## 9. HYPOTHESE DE CRISE

La crise : il s'agit d'un moment de rupture de l'équilibre du patient pouvant amener à consulter un ou des professionnels de la santé.

Dans la crise, on retrouve un ou des facteurs de crise, c'est-à-dire un événement ou un changement important qui entraîne cette rupture d'équilibre psychique. Lors de toute rencontre avec un nouveau patient, il est nécessaire de rechercher le ou les facteurs de crise, afin de donner sens au vécu du patient.

A partir de cette compréhension de la crise, une première interprétation peut être donnée au patient. Cette dernière correspond à une première intervention psychothérapeutique.

## 10. PROPOSITION THERAPEUTIQUE

- Si la situation relève de l'urgence psychiatrique (par ex. épisode psychotique ou maniaque, risque auto-et/ou hétéro-agressif), il s'agit d'évaluer l'indication médicale à une hospitalisation en milieu psychiatrique sur un mode volontaire ou sous contrainte (PLAFA médical - placement à des fins d'assistance).

- De manière générale et lorsque cela est possible, notamment en situation ambulatoire et en absence d'urgence, il est indiqué de planifier un deuxième entretien rapproché pour poursuivre l'investigation clinique avant de prendre une décision thérapeutique.

- Si le patient présente des symptômes anxieux et/ou des troubles du sommeil aigus et invalidants, il faut évaluer la nécessité de prescrire une médication psychotrope anxiolytique ou hypnotique, tout en étant à même d'assurer le suivi psychiatrique rapproché.

Remarque : ne jamais prescrire une médication psychotrope au long cours, notamment un traitement antidépresseur, au premier entretien et en situation d'urgence.

## 11. REFERENCES

- Le système AMDP, Manuel de documentation de la psychopathologie, Hogrefe, Troisième édition remaniée, 1997.
- Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Dr. Pedro Ruiz MD, Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, Lippincott Williams and Wilkins, 11th edition, 2014.
- Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Kaplan and Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry, Lippincott Williams and Wilkins, 5th edition, 2010. (Traduction française : Kaplan, H.I. et Sadock B.J., Manuel de poche de psychiatrie clinique, Editions Pradel, 2<sup>ème</sup> édition, 2005.)
- F.Naudet et F.Ferrari, Psychiatrie, Editions Maloine, 2011.
- DSM-V, Cas cliniques, Elsevier, 2016.
- Despland J.-N., Luc Michel, Yves de Roten, Intervention psychodynamique brève : un modèle de consultation thérapeutique de l'adulte, Elsevier Masson, 2010.

## 12. ANNEXE - A : PRINCIPAUX MECANISMES DE DEFENSE

**AGRESSIVITE PASSIVE** : le sujet exprime, d'une manière indirecte et dissimulée et sous une apparente façade de bonnes dispositions, de l'agressivité envers les autres.

**ALTRUISME** : Dévouement pour les autres tout en réalisant partiellement ses propres besoins et en recevant des gratifications indirectes de la part des autres.

**CLIVAGE** : le sujet se décrit ou décrit les autres comme uniquement bons ou uniquement mauvais, sans réussir à faire coexister les aspects positifs et négatifs de soi et des autres.

**DENI** : le sujet refuse de reconnaître certains aspects de la réalité externe ou de sa réalité psychique qui sont cependant évidents pour les autres.

**DEPLACEMENT** : le sujet déplace un sentiment ou une représentation liés à un objet sur un autre objet, moins angoissant et menaçant.

**HUMOUR** : le sujet fait ressortir les aspects amusants ou ironiques du conflit ou des facteurs de stress.

**IDEALISATION** : le sujet attribue des qualités exagérées à lui-même ou aux autres, ce qui le protège d'un vécu d'impuissance.

**INTELLECTUALISATION** : le sujet exprime ses sentiments sous forme de pensées abstraites ou de généralisations pour se mettre à distance de ses émotions.

**OMNIPOTENCE (TOUTE-UISSANCE)** : le sujet s'auto-attribue des capacités ou des pouvoirs exagérés, ce qui le protège d'une diminution de l'estime de soi.

**PASSAGE A L'ACTE** : le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress par des actions plutôt que par des sentiments ou des réflexions.

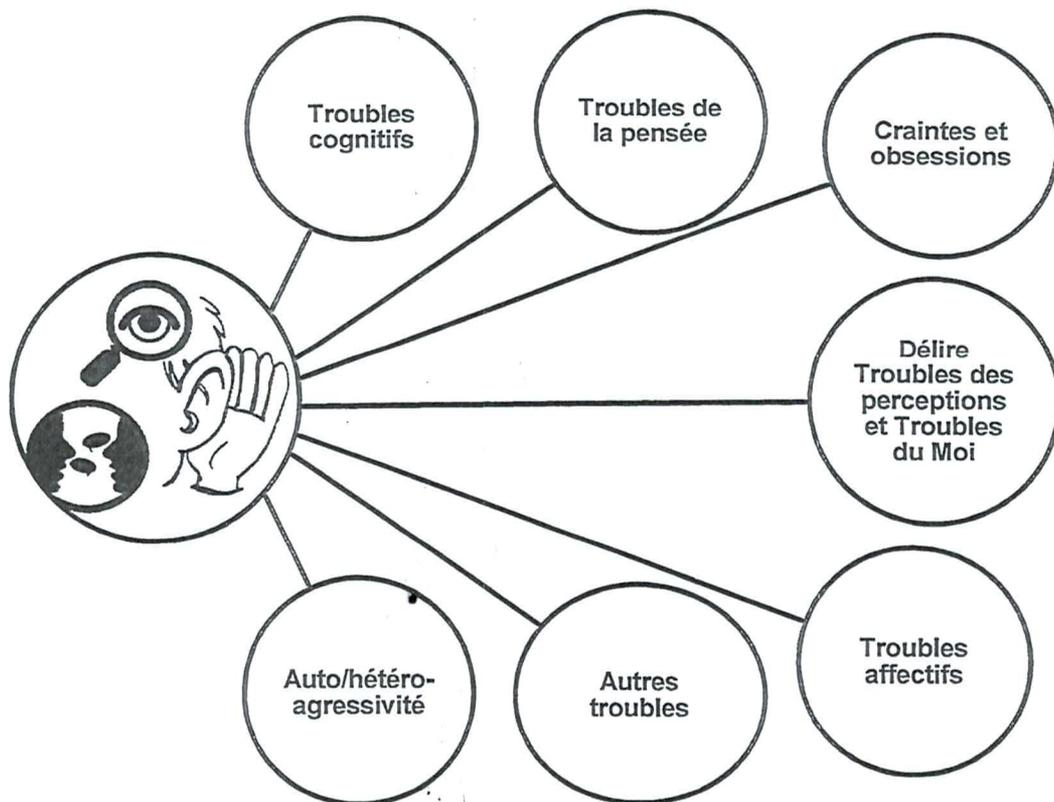
**PROJECTION** : le sujet attribue aux autres, sans en être conscient, ses propres sentiments ou pensées inacceptables.

**RATIONALISATION** : le sujet élabore des explications rassurantes et avantageuses pour justifier ses propres pensées, sentiments ou comportements ou ceux des autres.

**REFOULEMENT** : le sujet est incapable de se souvenir ou d'être conscient de désirs, sentiments, pensées ou expériences pénibles, ce qui le protège de ce qu'il éprouve ou a éprouvé.

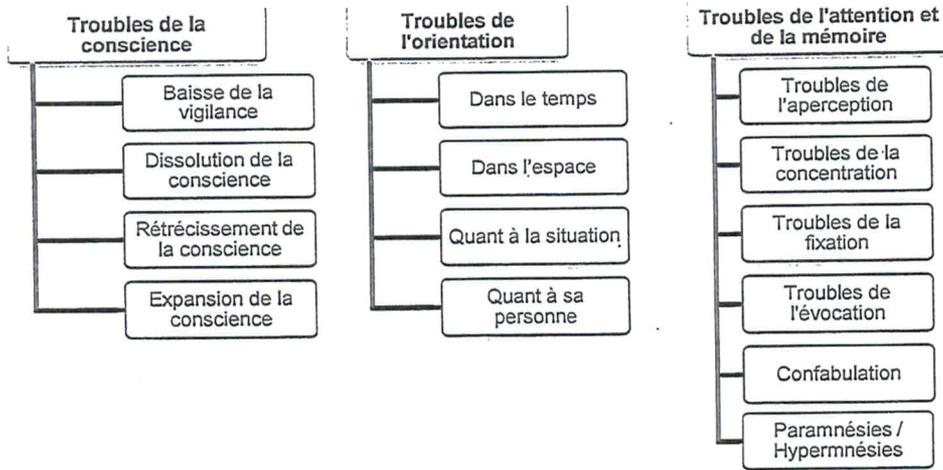
**SUBLIMATION** : le sujet canalise des sentiments ou des pulsions potentiellement inadaptés vers des comportements socialement acceptables.

### 13. ANNEXE - B : TABLEAUX DE PSYCHOPATHOLOGIE ADAPTES DE L'AMDP





## Troubles cognitifs



## Troubles de la pensée

<b>Pensée inhibée</b>	• Pensée visqueuse ou freinée, blocage de la pensée
<b>Pensée ralentie (bradypsychie)</b>	• Lenteur ou des temps de latence dans le déroulement de la pensée
<b>Pensée accélérée (tachypsychie)</b>	• Accélération du déroulement de la pensée
<b>Pensée circonstanciée</b>	• Discours minutieux, chargé de détails inutiles, difficulté à distinguer l'essentiel de l'accessoire
<b>Pensée rétrécie</b>	• Réduction de la pensée sur un nombre limité de sujets
<b>Persévération verbale</b>	• Répétition de mots ou de phrases
<b>Ruminations</b>	• Préoccupations incessantes, répétitives et désagréables gravitant autour d'un même thème
<b>Idées envahissantes</b>	• Afflux pressant de multiples pensées, ces idées peuvent être censées ou non.
<b>Fuite des idées</b>	• La pensée change de bût, le fil se perd en raison d'associations intercurrentes (degré de sévérité: pensée digressive → fuite des idées)
<b>Réponses à côté</b>	• Réponses incongrues même à des questions simples
<b>Pensée barrée</b>	• Suspension brusque du cours de la pensée
<b>Pensée incohérente</b>	• La pensée perd sa cohérence logique voire apparaît dans les formes sévères disloquée ou incompréhensible (salade de mots, schizophasie)
<b>Néologismes</b>	• Création de nouveaux mots, utilisation de mots non compréhensible sur le plan sémantique ou de la culture.
<b>Laconisme</b>	• Parcimonie verbale pouvant aller jusqu'au mutisme
<b>Logorrhée</b>	• Augmentation du flux verbal



## Crainces et obsessions

Méfiance non délirante	Hypocondrie non délirante	Phobies	Obsessions	Obsessions – Impulsions	Compulsions
Attitude soupçonneuse, tantôt anxieuse, tantôt hostile	Surinvestissement anxieux des sensations corporelles ou crainte non fondée d'avoir une maladie	Peur de certaines situations, objets ou animaux qui donnent lieu à des conduites d'évitement	Idées qui s'imposent de manière répétée et qui sont vécues comme absurdes (contre sa propre volonté)	Idées qui s'imposent et poussent à des actes bien définis	Conduites sous l'effet d'impulsions internes



## Délire, Troubles des perceptions et du Moi

Délire	Troubles des perceptions	Troubles du Moi
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pressentiment délirant</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelque chose d'étrange dans l'air, atmosphère bizarre ou anormale</li> </ul> </li> <li>• <b>Perception délirante</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attribution d'un sens erroné à une perception existante</li> </ul> </li> <li>• <b>Intuition délirante</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apparition subite d'une conviction délirante sans lien avec une perception</li> </ul> </li> <li>• <b>Systématisation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Degré d'organisation du délire</li> </ul> </li> <li>• <b>Dynamisme du délire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication affective du délire</li> </ul> </li> <li>• <b>Type de délire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Délire de référence</li> <li>• Délire de persécution</li> <li>• Délire de jalousie</li> <li>• Délire de culpabilité</li> <li>• Délire de ruine</li> <li>• Délire hypocondriaque</li> <li>• Délire de grandeur</li> <li>• Autres contenus délirants</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Illusions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perceptions faussées ou déformées correspondant à un stimulus réel</li> </ul> </li> <li>• <b>Hallucinations</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>pas de stimulus dans la réalité</i></li> <li>• Hallucinations acoustico-verbales</li> <li>• Autres hallucinations auditives</li> <li>• Hallucinations visuelles</li> <li>• Hallucinations cénesthésiques</li> <li>• Hallucinations olfactives et gustatives</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Déréalisation</b></li> <li>• Perte de familiarité par rapport à l'environnement</li> <li>• <b>Dépersonnalisation</b></li> <li>• Perte de familiarité par rapport à soi</li> <li>• <b>Devinement de la pensée</b></li> <li>• Pensées n'appartiennent plus au patient. Les autres les lisent /devinent.</li> <li>• <b>Vol de la pensée</b></li> <li>• Pensées enlevées ou prélevées</li> <li>• <b>Pensées imposées</b></li> <li>• Pensées influencées, gouvernées, suggérées par l'extérieur</li> <li>• <b>Autres expériences d'influence</b></li> </ul>



## Troubles affectifs

<b>Humeur déprimée</b>	• Humeur de tonalité négative, déprimé, abattu
<b>Trouble de l' éprouvé vital</b>	• Diminution de la vitalité, de l'élan, de la force physique et psychique. Impression d'une faiblesse, d'une fatigue
<b>Anesthésie affective</b>	• Réduction ou perte du vécu affectif (de la palette émotionnelle). "Sentiment de vide affectif émotionnel"
<b>Perte d' espoir</b>	• Pessimisme de l'humeur, incapacité à se projeter dans l'avenir.
<b>Sentiment d'insuffisance</b>	• Diminution ou perte de confiance en ses capacités, en sa valeur propre
<b>Sentiment de culpabilité</b>	• Sensation d'être responsable d'actes ou de pensées condamnables par les autres ou par soi
<b>Sentiment de ruine</b>	• Sentiment de ne pas disposer de moyens financiers suffisants pour subvenir à son existence.
<b>Euphorie</b>	• Etat de bien-être excessif, de plaisir, de gaieté.
<b>Augmentation de l'autosatisfaction</b>	• Sentiment de puissance, éprouvé d'augmentation de sa propre valeur
<b>Agitation intérieure</b>	• Fébrilité intérieure, tension, nervosité
<b>Anxiété psychique éprouvée</b>	• Peur, sans pouvoir dire de quoi
<b>Perplexité</b>	• Difficulté à se situer par rapport aux événements sur le plan affectif. Hébétude, étonnement, désarroi.
<b>Dysphorie</b>	• Mauvaise humeur, agacement, grincheux
<b>Irritabilité</b>	• Tension forte, excitabilité
<b>Ambivalence affective</b>	• Coexistence pénible, présence simultanée de plusieurs sentiments contradictoires
<b>Discordance affective</b>	• Affects paradoxaux inadéquats
<b>Labilité affective</b>	• Changements émotionnels rapides, instabilité psychique
<b>Incontinence affective</b>	• Emergence d'émotions incontrôlables voire disproportionnées à la suite d'un stimulus
<b>Monotonie affective</b>	• Réduction de la capacité à moduler les affects
<b>Asthénie</b>	• Sensation de fatigue, d'épuisement physique
<b>Anhédonie</b>	• Absence de plaisir



## Autres troubles

<b>Conscience morbide</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence du sentiment d'être malade (diminution de la conscience morbide)</li> <li>• Non conscience de la maladie (anosognosie)</li> </ul>
<b>Troubles du sommeil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, diminution de la durée du sommeil, réveil matinal, somnolence diurne</li> </ul>
<b>Troubles de l'appétit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appétit diminué, augmenté</li> </ul>
<b>Troubles gastro-intestinaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sécheresse de la bouche, hypersalivation, nausées, vomissements, plaintes gastriques, constipation...</li> </ul>
<b>Troubles cardio-respiratoires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dyspnée, vertiges, palpitations, oppression cardiaque</li> </ul>
<b>Autres troubles végétatifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudations, céphalées, troubles de l'accommodation, lombalgies/dorsalgies</li> </ul>
<b>Dynamisme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhibition du dynamisme</li> <li>• Augmentation du dynamisme</li> </ul>
<b>Sexualité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation ou diminution de la libido, troubles de la fonction sexuelle</li> </ul>
<b>Symptômes de conversion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles sans lien avec une affection somatique (aphonie anxigène, paralysie psychogène...)</li> </ul>
<b>Troubles neurologiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parakinésies, rigidité, hypotonie, tremor, dyskinésies, akathisie, paresthésies, ataxie, nystagmus</li> </ul>



## Auto/hétéro-agressivité

<b>Idées suicidaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potentiel suicidaire à évaluer selon les critères de risque, urgence, dangerosité</li> </ul>
<b>Automutilations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blessures auto-infligées</li> </ul>
<b>Agressivité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tendances ou comportements agressifs (violences verbales, physiques...)</li> </ul>

Coucou !  
J'espère que  
ces docs te seront  
utiles -

Marion

## Le status clinique dans la lettre de sortie

Objectif : établir une description la plus complète possible de l'enfant dans les différents secteurs de son développement dans le but d'établir un diagnostic pédopsychiatrique et, si possible, structurel.

Status clinique :

- **Habitus**  
apparence physique en rapport avec l'âge, hygiène, habillement, particularités
- **Orientation dans les quatre modes**  
relation (entrée en relation avec l'adulte, distance, reconnaissance de la différences des générations), temps, espace, réalité
- **Fonctions du Moi**  
registre instrumental → langage : expression, compréhension, articulation, qualité du discours (opératoire, affectif, etc.) ; motricité : globale, fine ; les fonctions cognitives (impression clinique du niveau intellectuel)  
cours de la pensée, accès au symbolique (jeux, dessins)
- **Registre psychique**  
les symptômes névrotiques, psychotiques, dépressifs, maniaques  
les manifestations d'angoisse et la nature de l'angoisse (de morcellement, dépressive, abandonnique, etc.)  
les mécanismes de défense  
la pulsionnalité libidinale (qualité des investissements : relations, loisirs, etc.) et agressive (autodestructivité, colère, etc.), l'intrication des registres pulsionnels  
l'expression des affects  
l'identité (image du corps, vécu pubertaire, estime de soi, etc.)  
la capacité à se projeter dans l'avenir (choix du métier, etc.)  
les identifications (au père, à la mère, etc.)  
les rêves/ cauchemars  
la rêverie (trois vœux, âge idéal, etc.) et la libre association

Il y a encore deux registres du fonctionnement de l'enfant qui doivent apparaître dans la lettre de sortie : le registre du comportement et le registre somatique. Habituellement, les descriptions du comportement et du somatique apparaissent de manière suffisamment claire et détaillées dans les rubriques « motifs d'admission, anamnèse actuelle, anamnèse individuelle » de la lettre de sortie pour ne pas figurer également dans la rubrique « status clinique ».

- **Registre comportemental**  
conduites suicidaires, à risque, toxicophiliques, délinquantes, automutilations, comportements pervers (pyromanie), les fugues, les vols, les mensonges, les agressions, les comportements d'opposition, sexualité, etc.
- **Registre somatique**  
les retards de croissance, les symptômes alimentaires (anorexie, boulimie), l'obésité, les symptômes cardio-respiratoires (palpitations), les troubles sphinctériens (énurésie), les troubles du sommeil (terreur nocturne, insomnies), les troubles dermatologiques