

L'évaluation pédopsychiatrique et ses grands axes : le questionnaire, l'examen mental et les diagnostics multi-axiaux*

[1. Questionnaire](#) | [2. Examen physique](#) | [3. Examen mental](#) | [4. Formulation d'une synthèse](#) | [5. Diagnostic multiaxial](#) | [6. Pronostic](#) | [7. Plan de soins \(ou d'intervention\) individualisé](#)

Denis, Gagnon et Gagnon (1999) expliquent que l'évaluation psychiatrique comporte habituellement sept grandes sections, à savoir : 1) le questionnaire (i.e. les thèmes à aborder durant l'entretien), 2) l'examen physique, 3) l'examen mental (i.e. les signes à observer durant l'entretien), 4) la formulation d'une synthèse, 5) l'établissement d'un diagnostic multiaxial, 6) l'estimation du pronostic et 7) la proposition du plan d'intervention. Le rapport ainsi rédigé permet de mettre de l'ordre dans le récit du jeune pour le rendre plus facilement intelligible au lecteur autorisé qui en prendra connaissance.

1. Questionnaire

- Identification
- Raison de la consultation
- Antécédents
 - Antécédents psychiatriques
 - Personnels
 - Familiaux
 - Antécédents médico-chirurgicaux
 - Antécédents judiciaires
- Habitudes
- Médicaments
- Maladie actuelle
- Histoire personnelle longitudinale
 - Naissance, première enfance et contexte familial
 - Scolarisation
 - Période de l'adolescence
 - Vie sentimentale et conjugale
 - Âge adulte

2. Examen physique

Plusieurs maladies psychiatriques (dépression majeure, panique) peuvent apparaître sous forme de symptômes somatiques, tout comme plusieurs maladies physiques (hypothyroïdie, lésion du cerveau) peuvent se manifester par des symptômes psychiatriques. Voilà pourquoi un bilan de santé physique accompagne souvent une évaluation pédopsychiatrique.

3. Examen mental

- Comportement
 - Allure générale
 - Disposition et attitude
 - Niveau d'activité
 - Langage et aphasie
 - Degré de coopération
 - Fiabilité
- Affect et humeur
 - Humeur prédominante
 - Intérêts
- Pensée
 - Cours de la pensée
 - Forme de la pensée

- Contenu de la pensée
- Fonctions cognitives
 - Sensorium (état de conscience)
 - Attention
 - Mémoire
 - Orientation
 - Abstraction
 - Intelligence
 - Jugement

Quelques précisions terminologiques à propos de l'examen mental

Une distinction fondamentale entre « symptôme » et « signe » doit d'abord être retenue, aussi bien en psychiatrie que dans les autres disciplines médicales. Les symptômes sont les **problèmes perçus et signalés par le jeune**, c'est-à-dire ses plaintes subjectives; quant aux signes, ils désignent les **observations faites par le médecin**.

Selon les parties de l'examen mental, le degré d'objectivité de l'observateur est différent. Ainsi, si un ralentissement psychomoteur marqué ou un délire spectaculaire ne font pas de doute, il faut en revanche reconnaître la part d'interprétation plus grande que suppose l'observation d'une « attitude dépendante » ou d'une « pensée égocentrique ».

De manière générale, il existe peu de signes pathognomoniques, i.e. permettant à eux seuls d'établir le diagnostic selon un raisonnement linéaire tel que « si tel signe spécifique est présent, alors on a affaire à tel trouble ». On cherche donc plutôt **un ensemble de signes** qui, combinés à l'information subjective donnée par le jeune, confirment la présence d'un trouble psychiatrique spécifique.

Les lignes qui suivent précisent quelques termes de l'examen mental pédopsychiatrique qui pourraient être moins connus des non-médecins.

Niveau d'activité (vitesse d'exécution et la quantité de mouvement) : Le niveau d'activité dit normal est spontané, approprié à la situation, organisé et il tient compte de la présence d'autrui. Une activité *exagérée* se traduit par une mobilité excessive, des sursauts, de l'hyperactivité et de l'agitation psychomotrice (ex., la phase maniaque ou l'intoxication à la cocaïne). Une activité *diminuée* caractérise par exemple la dépression, sous forme d'un ralentissement psychomoteur, et la schizophrénie où le retrait émotionnel s'exprime même dans la motricité.

Langage : On s'intéresse ici non pas au contenu du discours (qui sera abordé dans le « Contenu de la pensée »), mais aux **aspects verbaux et non verbaux du langage en tant que moyen d'expression**. On note par exemple l'intonation qui varie avec le contenu émotionnel du discours. Il s'agit aussi de prêter attention au vocabulaire utilisé: riche, nuancé, pauvre, impropre ou mêlant les langues (ex., français et anglais). La *logorrhée* correspond à une surabondance du discours, livré à une vitesse accélérée. On parle de *pression du discours* lorsque le jeune a tendance à poursuivre un monologue en refusant toute interruption pour qu'on lui pose des questions. Le discours peut encore être obscur et embrouillé (ex., verbigération ou salade de mots).

Humeur prédominante : L'humeur prédominante est l'émotion, le sentiment qui se manifeste le plus constamment au cours de l'entretien. Après avoir déterminé la nature de l'humeur ou de l'affect, on doit en apprécier la pertinence et la concordance avec le propos. L'affect est *inapproprié* ou *discordant* s'il est en opposition avec le contenu de la pensée ou du discours, par exemple chez un jeune qui se met à rire en se disant menacé d'agression par ses camarades.

Intérêts : Les intérêts déterminent le degré d'investissement émotionnel dans les activités et les objets de la vie courante, dans l'environnement. Cet investissement peut être *élevé* jusqu'à la surexcitation ou *diminué* jusqu'à la réduction du champ des intérêts et au désinvestissement total. Le jeune qui ne ressent plus les plaisirs de la vie et n'a plus d'intérêt sexuel est dit *anhédonique*; on le dit *apathique* ou *amorphe*, quand il ne réagit plus à rien. Une autre perturbation de l'intérêt peut se caractériser par la *focalisation* sur un thème précis (l'idée obsédante ou l'idée paranoïde, par exemple).

Cours de la pensée : Le cours de la pensée comprend deux volets : le rythme de la pensée et la logique de l'association des idées.

Le *rythme de la pensée* peut s'accélérer, par exemple, devant une anxiété qui n'est pas trop invalidante, dans les situations stressantes ou stimulantes qui demandent une activité intellectuelle élevée. On parle de tachypsychie lorsque le débit de la

pensée est accéléré au point d'en oublier l'idée de départ et d'en perdre le fil conducteur (ex., la manie). Un rythme *ralenti* peut aussi se manifester dans plusieurs circonstances normales (ex., la fatigue) ou pathologiques (ex., dépression majeure et dans certains états psychotiques).

La *logique de l'association des idées* réfère aux notions de cohérence ou d'incohérence. Il en existe plusieurs types et variantes. On parle d'une pensée cohérente lorsqu'elle respecte la logique usuelle ou du moins une logique intrinsèque aisément identifiable et compréhensible. Les associations d'idées sont dites *relâchées (loose)* lorsqu'elles comportent des incohérences mineures qui n'empêchent pas de discerner une certaine suite minimale dans le discours. Elles se situent à un degré moyen par rapport aux *incohérences franches ou aux déraillements* qui caractérisent les idées qui s'agencent selon une logique incompréhensible pour un interlocuteur.

Forme de la pensée : Chaque personne possède à la fois une pensée concrète et une pensée abstraite avec, normalement, une prédominance de cette dernière à partir de l'adolescence. L'importance donnée à l'une ou l'autre de ces formes de la pensée peut être excessive chez certains jeunes. La pensée concrète s'attarde aux apparences, à la forme et aux choses réelles, associant des événements seulement parce qu'ils se juxtaposent dans un contexte donné. La pensée abstraite peut aller au-delà des apparences, s'intéresser au fond, appréhender les idées et faire des associations plus complexes, de type causal.

Contenu de la pensée : On s'intéresse ici aux thèmes qui reviennent dans le discours et qui vont du simple questionnement aux préoccupations excessives. On dit par exemple que le contenu de la pensée est *occupé* ou même *envahi*, que ce soit par des thèmes affectivement chargés (anxieux, de culpabilité, suicidaires ou paranoïdes), ou par des situations de la vie quotidienne (des soucis à propos de l'école, des loisirs ou la planification des fins de semaines).

Délire : Le délire (*delusion*) est une erreur de la logique de la pensée, du raisonnement. Il se définit comme une conviction absolue, mais pourtant erronée, qui est irréductible par la logique et qui n'est pas ébranlée par l'évidence des faits. Cette conviction est vécue comme une réalité inaliénable ayant une grande signification personnelle ou universelle, souvent extraordinaire, et éloignée des croyances du groupe culturel d'appartenance.

Par ailleurs, sous l'angle des contenus de la pensée, le délire peut rester *encapsulé*, i.e. quand le patient n'y pense qu'à l'occasion et en parle peu spontanément; il est alors relégué dans le passé, ayant perdu sa portée affective sur le présent. Dans la situation contraire, le délire est dit *envahissant*.

Troubles de la perception et hallucinations : Chez l'individu normal, on peut penser que la perception reste relativement fidèle à la réalité objective. Chez les jeunes atteints de troubles mentaux majeurs, elle peut s'en éloigner de plus en plus. Cependant, un trouble de la perception n'indique pas toujours la présence d'une psychose, surtout s'il constitue un symptôme unique, sans autre signe associé. Les hallucinations se présentent comme un trouble de la perception touchant l'un des cinq sens, on parlera donc d'hallucinations auditives, visuelles, olfactives, gustatives, tactiles.

Sensorium (état de conscience) : La conscience dont il est question ici ne concerne pas la *conscience morale*, faculté de juger des situations en fonction de valeurs intégrées à la personnalité, mais la *vigilance*, cet état d'éveil dans lequel on reconnaît le monde environnant, la vie intérieure et leurs liens mutuels.

Orientation : L'orientation est une dimension de la mémoire dans ce qu'elle a de plus simple et de plus fondamental: a) l'ancrage immédiat temporel, b) spatial et c) l'identité personnelle de l'individu et la reconnaissance de ses proches. La désorientation peut donc toucher trois sphères : le temps, l'espace et les personnes.

4. Formulation d'une synthèse

La formulation d'une synthèse sert à indiquer les points saillants auxquels on peut se référer pour comprendre comment le développement de la maladie vient s'inscrire dans la vie du jeune patient de façon à expliquer son état mental actuel et à orienter une prise en charge éventuelle. Le clinicien doit être en mesure de synthétiser et d'organiser l'information disparate, recueillie de diverses sources, dans un cadre conceptuel qui lui permette de voir a) comment les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux s'additionnent, interagissent et prédominent les uns sur les autres, d'élaborer une compréhension clinique comportant des facteurs *prédisposants* (plus distants dans le temps), *précipitants* (plus rapprochés dans le temps) ou *perpétuants* (agissant actuellement).

5. Diagnostic multiaxial

Axe I : *Diagnostic psychiatrique principal* (comprend 17 grandes classes de diagnostic). Cet axe peut contenir un ou plusieurs diagnostics psychiatriques ou bien une alternative opposant deux ou trois possibilités (diagnostic différentiel). Un survol des diagnostics d'axe I et II se trouve aux deux pages suivantes.

Axe II : *Troubles de la personnalité et/ou retard mental* (comprend 12 diagnostics, plus un 13e dit « sans précision »). L'axe II sert à indiquer les traits ou les troubles de la personnalité qui peuvent contribuer à faire connaître la structure mentale du malade. Il ne s'agit pas de symptômes aigus; c'est plutôt un style de vie égo-syntone qui caractérise le fonctionnement de l'individu. On note aussi le retard mental à l'axe II. L'absence de diagnostic sur cet axe est.

Axe III : *Affections médicales générales*. On rapporte ici les problèmes et maladies physiques (symptômes, maladies, grossesse). Si un trouble mental est clairement la conséquence physiologique directe d'une affection médicale, il faut l'indiquer à l'axe I et l'affection médicale est répétée à l'axe III.

1. Troubles de l'enfance ou de l'adolescence Retard mental Troubles de la communication Troubles des apprentissages Trouble des habiletés motrices Troubles envahissants du développement Déficit de l'attention et comportements perturbateurs Autres troubles (Mutisme sélectif, trouble de l'attachement; Anxiété de séparation, mouvements stéréotypés) Tics (tic transitoire, tic moteur ou vocal chronique, Gilles de la Tourette) Troubles du contrôle sphinctérien (énurésie, encoprésie) Troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires (mérocisme, Pica)	11. Troubles sexuels Troubles de l'identité sexuelle (enfant, adolescent, adulte) Dysfonctions sexuelles (troubles du désir, de l'excitation, de l'orgasme; autres : dyspareunie, vaginisme) Paraphilies (fétichisme, transvestisme fétichiste, exhibitionnisme, voyeurisme, pédophilie, sadisme et masochisme, frotteurisme)
2. Delirium, démence, amnésie et autres troubles cognitifs Démence Troubles amnésiques dus à maladie ou substance Autres troubles cognitifs Delirium dû à maladie ou substance	12. Troubles des conduites alimentaires Anorexie mentale seule ou avec boulimie Boulimie avec ou sans vomissements
3. Troubles mentaux dus à une maladie	13. Troubles du sommeil Troubles primaires du sommeil Dyssomnies (insomnie, hypersomnie primaire, narcolepsie, trouble du sommeil lié à la respiration, au rythme circadien) Parasomnies (sommambulisme, terreurs nocturnes, cauchemars) Troubles du sommeil liés à un autre trouble mental Troubles du sommeil dus à maladie ou substance
4. Troubles liés à une substance Alcool, opiacés, cannabis, sédatifs, hypnotiques, cocaïne, caféine, hallucinogènes, nicotine, solvants volatils, amphétamine, anxiolytiques, etc.	14. Troubles du contrôle des impulsions Jeu pathologique, pyromanie, kleptomanie, Trichotillomanie, trouble explosif intermittent
5. Schizophrénie et autres troubles psychotiques Schizophrénie (paranoïde, désorganisée, catatonique, indifférenciée, résiduelle) Trouble délirant (érotomaniaque, mégalomaniaque, de jalousie, de persécution, somatique, mixte) Trouble schizophréniforme Trouble psychotique bref (post partum) Trouble psychotique partagé Trouble schizo-affectif Trouble psychotique dû à maladie ou substance	15. Troubles de l'adaptation avec perturbation des émotions et des conduites
6. Troubles de l'humeur Épisode maniaque Troubles bipolaires I et II Épisodes dépressifs	16. Troubles de la personnalité Un trouble de personnalité, selon le DSM-IV, « est un mode durable de conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement ». <i>Personnalité schizoïde</i> : caractérisée par un détachement des relations sociales et une restriction des expressions émotionnelles. <i>Personnalité schizotypique</i> : caractérisée par une gêne aiguë dans les relations intimes, par des distorsions cognitives et perceptuelles et des conduites excentriques.

<p>Trouble cyclothymique Troubles dépressifs dépression majeure (épisode isolé ou récurrent) Trouble dysthymique Trouble dépressif non spécifié Troubles de l'humeur dus à maladie ou substance</p> <p>7. Troubles anxieux Trouble panique avec ou sans agoraphobie Agoraphobie sans antécédent de trouble panique Phobie sociale, phobie spécifique Trouble d'anxiété généralisée Trouble obsessionnel-compulsif Trouble anxieux dû à maladie État de stress aigu État de stress post-traumatique</p> <p>8. Troubles somatoformes Somatisation Trouble somatoforme indifférencié Hypochondrie Trouble de conversion Trouble douloureux</p> <p>9. Troubles factices Avec symptômes psychologiques, physiques ou mixtes</p> <p>10. Troubles dissociatifs Amnésie dissociative, fugue dissociative, Trouble dissociatif de l'identité (pers. multiple), Dépersonnalisation</p>	<p><i>Personnalité paranoïaque</i> : caractérisée par une méfiance soupçonneuse envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes.</p> <p><i>Personnalité évitante</i> : caractérisée par une inhibition sociale, par des sentiments de ne pas être à la hauteur et une hypersensibilité au jugement négatif d'autrui.</p> <p><i>Personnalité dépendante</i> : caractérisée par un comportement soumis et collant lié à un besoin excessif d'être pris en charge.</p> <p><i>Personnalité histrionique</i> : caractérisée par des réponses émotionnelles excessives et une quête d'attention.</p> <p><i>Personnalité obsessionnelle-compulsive</i> : caractérisée par une préoccupation par l'ordre, la perfection et le contrôle.</p> <p><i>Personnalité narcissique</i> : caractérisée par des fantaisies ou des comportements grandioses, un besoin d'être admiré et un manque d'empathie.</p> <p><i>Personnalité antisociale</i> : caractérisée par le mépris et la transgression des droits d'autrui.</p> <p><i>Personnalité borderline</i> : caractérisée par l'impulsivité et l'instabilité de relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects.</p> <p>17. Autres situations d'examen clinique Problèmes relationnels (parents-enfants, partenaire...) Problèmes liés à l'abus ou à la négligence (abus physique et sexuel d'un enfant ou d'un adulte) Situations supplémentaires (deuil, problème professionnel, religieux, problème lié à l'acculturation, en rapport avec une étape de vie, etc.)</p>
---	---

Axe IV : Problèmes psychosociaux et environnementaux. L'axe IV permet de faire état des problèmes sociaux et environnementaux à court terme (au cours des mois précédents) et à long terme (chroniques) susceptibles d'influer sur le diagnostic, le traitement et le pronostic des troubles mentaux. Les problèmes psychosociaux peuvent appartenir à l'une des catégories suivantes :

- Problèmes avec le groupe de support principal (famille): par exemple, décès d'un membre de la famille, séparation, divorce, déménagement;
- Problèmes liés à l'environnement social : par exemple, perte d'un ami, acculturation, solitude, retraite;
- Problèmes d'éducation : par exemple, analphabétisme, difficultés d'apprentissage, conflits avec les enseignants ou les camarades de classe;
- Problèmes professionnels : par exemple, chômage, conditions de travail difficiles, conflits avec les collègues ou les patrons;
- Problèmes de logement : par exemple, absence de domicile fixe, voisinage dangereux, insalubrité, discorde avec les voisins ou le propriétaire;
- Problèmes économiques : par exemple, grande pauvreté, insuffisance des revenus, difficulté à gérer le budget;
- Problèmes d'accès aux services de santé : par exemple, difficultés de transport, services inadéquats ou non offerts;
- Problèmes en relation avec les institutions judiciaires ou pénales : par exemple, arrestations, incarcération, victime de crime, poursuites judiciaires;
- Autres problèmes psychosociaux et environnementaux : par exemple, catastrophe naturelle, guerre, conflits avec un professionnel de la santé.

Axe V : Évaluation globale du fonctionnement (EGF). L'axe V permet d'inscrire une évaluation du niveau de fonctionnement global de l'individu. On doit prendre en considération les conséquences des symptômes sur les relations sociales, le travail ou les études et les loisirs. Le score (de 1 à 100) est basé sur le moment de l'évaluation, mais on peut aussi le comparer au meilleur score atteint dans les mois précédents. Cette information est utile à la planification du traitement et

au pronostic. On note le niveau de fonctionnement selon l'échelle présentée au tableau suivant.

Échelle d'évaluation globale du fonctionnement EGF (ou G.A.F., *Global Assessment of Functioning Scale*). Continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie.

100-91 Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptômes.

90-81 Symptômes absents ou minimes (p. ex., anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (p. ex., conflits occasionnels avec des membres de la famille).

80-71 Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (p. ex., des difficultés de concentration après une dispute familiale); pas plus qu'une altération légère du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., retard temporaire du travail scolaire).

70-61 Quelques symptômes légers (p. ex., humeur dépressive et insomnie légère) ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., école buissonnière épisodique ou vol en famille), mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.

60-51 Symptômes d'intensité moyenne (p. ex., émoi affectif, attaques de panique épisodiques) ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail).

50-41 Symptômes importants (p. ex., idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., absence d'amis, incapacité à garder un emploi).

40-31 Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p. ex., discours par moments illogique, obscur ou inadapté) ou déficience majeure dans plusieurs domaines, p. ex., le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (p. ex., un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provocant à la maison et échoue à l'école.).

30-21 Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations, ou trouble grave de la communication ou du jugement (p. ex., parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire), ou incapacité de fonctionner dans presque tous les domaines (p. ex., reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).

20-11 Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro agression (p. ex., tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) ou incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimum (p. ex., se barbouille d'excréments) ou altération massive de la communication (p. ex., incohérence indiscutable ou mutisme).

10-1 Danger persistant d'auto ou d'hétéro agression grave (p. ex., accès répétés de violence) ou incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum ou geste suicidaire avec attente précise de la mort.

6. Pronostic

Le pronostic est une estimation de l'évolution probable de la maladie à court, moyen et long terme sous l'effet du traitement prescrit. Il tient compte des limites et des ressources personnelles du jeune patient, de son environnement et de son attitude face au traitement proposé. Dans le rapport, il est utile d'indiquer les facteurs de bon et de mauvais pronostic. Le pronostic porte sur l'ensemble de l'évolution probable, mais aussi sur des objectifs particuliers qu'on doit alors préciser. Par exemple, le pronostic peut concerner l'atténuation ou la disparition des symptômes psychotiques, des symptômes négatifs, du risque suicidaire ou des risques d'agression.

7. Plan de soins (ou d'intervention) individualisé

Le but de l'évaluation psychiatrique est de pouvoir spécifier une conduite thérapeutique adaptée au problème en question, conduite qui comporte plusieurs aspects plus ou moins importants selon la complexité de la condition du jeune. On préconise un plan de soins individualisé (PSI) discuté ouvertement par les intervenants avec la participation du jeune, afin de mieux intégrer et orchestrer les efforts thérapeutiques en s'assurant de la compréhension et de la motivation du malade. Il comporte : des aspects administratifs, biologiques, psychologiques et sociaux.

*Inspiré et adapté de Denis, J.F., Gagnon, J. et F Gagnon (1999). Examen psychiatrique (pp.34-69). In Lalonde, P., Aubut, J, et F. Grunberg. (Eds.) Psychiatrie clinique: une approche bio-psycho-sociale. Chicoutimi : Gaëtan Morin.