



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2017

Thèse N° 013/17

ELABORATION D'UN SYSTÈME D'AIDE À L'ENSEIGNEMENT DE LA SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 17/01/2017

PAR

Mlle. HASNA BENHMAMMOUCHE

Née le 27 Janvier 1991 à Errachidia

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Support audio-visuel - Enseignement - Sémiologie psychiatrique

JURY

M. FARIH MOULAY HASSAN..... Professeur d'Urologie	PRESIDENT
M. AALOUANE RACHID..... Professeur agrégé de Psychiatrie	RAPPORTEUR
M. BELAHSEN MOHAMMED FAOUZI..... Professeur de Neurologie	JUGES
M. RAMMOUZ ISMAIL..... Professeur de Psychiatrie	
M. SQALLI HOUSSAINI TARIK..... Professeur de Néphrologie	

PLAN

Liste des tableaux.....	4
Liste des figures	5
Introduction	7
Objectifs	11
I. Matériels et méthodes.....	12
1. Période de l'étude	12
2. Lieu de l'étude	12
3. Population cible	13
4. Consentement	13
5. Organisation de l'étude	14
5-1 -Regroupement des données.....	14
5-2 Date de réalisation des vidéos.....	15
5-3-Lieu de réalisation des vidéos.	16
5-4-Modalités des entretiens	16
6. Traitement des données	16
7. Conception de l'application	17
7- 1Conception technique.....	17
7- 2 Conception pédagogique	17
II. Guide d'utilisation de support	18
1. Page d'accueil	18
2. Différentes interfaces du support	20
3. Contenu de support	24
3.1 Entretien psychiatrique	24
3.2 Présentation du malade	27
3.3 Trouble de l'humeur.....	29
3.4 Trouble de l'affect	31

3.5 Trouble de la pensée	32
3.6 Troubles du langage.....	34
3.7 Troubles instinctuels	36
3.8 Syndrome hallucinatoire	40
3.9 Syndrome dépressif.....	42
3.10 Syndrome délirant	44
3.11 Syndrome maniaque.....	47
3.12 Syndrome confusionnel	48
3.13 Conduites suicidaires	50
III. Evaluation de l'application.....	53
1. Questionnaire d'évaluation	53
2. Applications similaires.....	54
IV. Apports, limites et perspectives	54
Conclusion	56
Résumé.....	58
Annexes.....	61
Bibliographie	65

Liste des tableaux

Tableau1 : Tableau récapitulatif du nombre des troubles illustrées dans notre support

Tableau2 : Analyse des alternances de la pensée

Tableau3 : Description des hallucinoses

Tableau4 : Attitudes évocatrices d'hallucinations sous-jacentes

Tableau5 : Tableau comparatif entre les syndromes délirants aigu et chronique

Liste des figures

Figure 1 : Icône de l'application

Figure 2 : Interface graphique de l'application

Figure 3 : Cliquer sur troubles instinctuels

Figure 4 : Cliquer sur le bouton « video1»

Figure 5 : cliquer sur lexique

Figure 6 : Cliquer sur auto-évaluation

Figure 7 : Cocher la réponse

Figure 8 : Réponse juste

Figure 9 : Réponse fausse

Figure 10 : Modalités de l'entretien psychiatrique

Figure 11 : L'examen sémiologique en psychiatrie -1-

Figure 12 : L'examen sémiologique en psychiatrie -2-

Figure 13 : La présentation du malade -1-

Figure 14 : La présentation du malade -2-

Figure 15 : Schéma récapitulatif des troubles de l'humeur

Figure 16 : Schéma récapitulatif des troubles de l'expression de l'affect

Figure 17 : Schéma récapitulatif des troubles de la pensée

Figure 18 : Schéma récapitulatif des troubles du langage

Figure 19 : Les troubles des conduites alimentaires

Figure 20 : Les troubles du sommeil

Figure 21 : Les troubles des conduites sexuelles

Figure 22 : Description sémiologique des hallucinations psychotiques

Figure 23 : Schéma récapitulatif du syndrome dépressif

Figure 24 : L'analyse sémiologique du délire -1-

Figure 25 : L'analyse sémiologique du délire -2-

Figure 26 : Schéma récapitulatif du syndrome maniaque

Figure 27 : Démarche étiologique du syndrome confusionnel

Figure 28 : Orientation étiologique selon le contexte de survenu d'une tentative de suicide

INTRODUCTION

La psychiatrie est une spécialité médicale qui se consacre au diagnostic, à la prévention et aux traitements des maladies mentales incluant les divers troubles cognitifs, comportementaux et affectifs. Elle utilise une approche bio-psycho-sociale, qui combine une compréhension de la neurobiologie, de la psychologie de l'individu et de l'impact des évènements de vie.

Le champ de La psychiatrie est large. Il est composé de sous disciplines diverses : la pédopsychiatrie, la psychiatrie de l'adulte, la psychogériatrie, l'addictologie, la psychiatrie de liaison.

Les troubles mentaux regroupent un éventail extrêmement large allant des maladies neurobiologiques aux troubles psychologiques. Ils peuvent apparaître dès l'enfance alors que certains ne débiteront qu'à l'adolescence ou à l'âge adulte. Parmi les troubles mentaux les plus fréquents, figurent les troubles de l'humeur, les troubles psychotiques, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et les conduites addictives.

Les troubles psychiatriques sont traités par un psychiatre qui travaille en réseau avec les médecins généralistes, les services médico-sociaux, éducatifs et judiciaires, pour la prévention des troubles psychiatriques et la lutte contre l'exclusion des personnes qui en souffrent. L'ensemble de ces troubles sont répertoriés dans deux classifications internationales reconnues :

- La Classification Internationale des Maladies (CIM-10) ;
- Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5).

Au Maroc, les troubles mentaux ainsi que la formation des professionnels en santé mentale ne commencent que récemment à figurer parmi les priorités du système de santé. Les préoccupations du Ministère de la santé étaient surtout orientées vers d'autres priorités sanitaires (protection mère-enfant, planification familiale, maladies épidémiques, lutte antituberculeuse, vaccinations...), et la psychiatrie demeurait le

parent pauvre de la médecine. Ce n'est que depuis peu que la psychiatrie et la formation des professionnels de la santé mentale émergent parmi les principaux objectifs de santé au Maroc. Ainsi, le Ministère de la santé, a fait de la santé mentale une priorité dans les programmes de soins en santé publique. Il espère ainsi atteindre le nombre de 3.400 lits au Maroc au lieu de 2.453 lits existants. En outre, un effort important a été déployé pour la formation de professionnels en santé mentale.

Certes, L'enseignement de la psychiatrie a connu une évolution notable. Mais il reste toujours considéré comme étant une discipline particulière, une discipline nouvelle et non familière pour les étudiants du fait de leurs croyances et leurs préjugés envers la psychiatrie ; d'où la nécessité d'utilisation des moyens pédagogiques accessibles, basés sur la mise en situation d'apprentissage, et adaptés à notre contexte.

La prévalence de plus en plus importante des affections psychiatriques en médecine générale et le nombre réduit des médecins psychiatres au Maroc, imposent une formation de qualité des étudiants en médecine en matière de sémiologie comme étant la base de la pathologie psychiatrique pour faire face à ce problème de santé publique.

Le corps enseignant de psychiatrie des Facultés de Médecine marocaines, assure non seulement la formation des étudiants et spécialistes en psychiatrie, mais participe également à de nombreuses autres activités. Par ailleurs, ce corps hélas encore très réduit, doit faire face à de lourdes tâches de prévention et de soins en matière de santé mentale. Si l'enseignement de la psychiatrie au Maroc a fait un grand pas en avant, il lui faudrait certainement dans l'avenir proche, des moyens humains et matériels plus appropriés et conséquents pour continuer à se développer et s'épanouir.

Dans ce sens, notre travail consiste à l'élaboration d'un support audio-visuel d'apprentissage, destiné aux professionnels de santé, spécifiquement aux étudiants de la Faculté de médecine et de pharmacie de Fès. Ce support est un outil pédagogique qui permettra de mieux assimiler et mettre en avant l'enseignement en matière de sémiologie psychiatrique.

Notre support est composé de deux rubriques :

- Une rubrique démonstrative représentée par des vidéos illustrant les troubles et les syndromes étudiés, accompagnée de textes explicatifs, afin de permettre aux étudiants d'acquérir un mode de raisonnement clinique.
- Une partie d'auto évaluation contenant des cas cliniques sous forme de QCM, qui permettra aux étudiants d'évaluer les connaissances acquises.

Dans l'espoir que cette thèse puisse contribuer à l'amélioration du système pédagogique de l'enseignement de la psychiatrie au Maroc.

Objectifs :

Les objectifs de ce travail se situent sur divers axes :

Ø Objectif principal :

- Elaborer un outil pédagogique pratique et facile d'utilisation à l'intention des étudiants en Médecine.
- Décrire les symptômes observés chez les patients et les regrouper en syndromes.
- Illustrer la majorité des symptômes par des séquences vidéo des patients et des jeux de rôle afin de faciliter la compréhension et l'apprentissage de la sémiologie psychiatrique.
- Enrichir les outils pédagogiques de l'enseignement de la sémiologie psychiatrique au sein du service de psychiatrie du CHU Hassan II de Fès, et dans les cours magistraux de la psychiatrie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès.

Ø Objectifs secondaires :

- Améliorer le diagnostic des pathologies psychiatriques en médecine générale.
- Impliquer les médecins généralistes et les praticiens des autres spécialités dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.

I. Matériels et méthodes

L'objectif principal de notre travail est d'élaborer une application simple, fluide et utilisable sur ordinateur présentant d'une manière attractive et descriptive les différents syndromes psychiatriques, ciblant spécifiquement les étudiants de la Faculté de médecine et de pharmacie de Fès ainsi que les médecins généralistes et les praticiens des autres spécialités.

Ceci afin de mener l'utilisateur aux fins suivantes :

- Dispenser l'information de façon ciblée en fonction des besoins de chaque utilisateur (description du syndrome avec des vidéos démonstratives).
- Créer un contexte très proche à celui des syndromes psychiatriques grâce aux vidéos descriptives afin de permettre à l'étudiant d'assimiler d'une façon pertinente le trouble étudié.
- Confronter l'étudiant à ses propres connaissances grâce à la rubrique d'auto-évaluation (QCM), destinée à évaluer les prérequis de l'utilisateur en matière des syndromes recherchés.

1. Période de l'étude

Ce travail a été réalisé sur une période d'une année, allant du mois de janvier 2015 au mois de janvier 2016.

2. Lieu de l'étude

Le travail s'est déroulé au sein du service de psychiatrie du CHU Hassan II, avec la participation de l'équipe des enseignants et des médecins résidents.

3. Population cible

- Patients hospitalisés
 - Recrutement des patients stables et coopérants.
- Etudiants de 5^{ème} année Médecine
 - Explication de l'intérêt et des objectifs du travail aux étudiants.
 - Les enregistrements ont été programmés à la fin de leur stage, pour laisser aux étudiants le temps suffisant pour assimiler les bases de la sémiologie.
 - Préparation des jeux de rôle avec les volontaires sur la base des cas cliniques ou sur les dossiers des patients. Les étudiants sont entraînés aux jeux de rôle, en présence des médecins, avant de procéder à l'enregistrement vidéo.

4. Consentement

Patients : avant de procéder à l'enregistrement vidéo, le médecin traitant recherche systématiquement un consentement écrit, libre et éclairé du patient tout en utilisant un langage simple, clair et approprié au degré de compréhension de chaque patient.

Vu le contexte particulier de la psychiatrie et les patients qui sont considérés comme étant éligible, on convoquait systématiquement leurs familles pour avoir leurs accords tout en expliquant l'intérêt du travail. (Enregistrement vidéo et annexe)

Etudiants : le consentement verbal est recherché systématiquement avant l'enregistrement vidéo.

5. Organisation de l'étude

5-1-Regroupement des données

En premier lieu, Nous avons commencé par effectuer la liste des symptômes et syndromes que nous souhaitions configurer dans notre travail. Notre choix a été porté sur les symptômes faisant parties des pathologies les plus fréquentes dans notre contexte, et qui sont primordiales pour assurer une formation pertinente aux futurs médecins généralistes. Cette sélection est argumentée par la prévalence élevée de ces pathologies en médecine générale, constituant ainsi la base d'enseignement par objectifs.

La présentation de ces symptômes est schématisée dans le support pédagogique.

Le choix des malades à filmer n'a pas été aléatoire mais portant sur différents critères :

- Syndrome choisi,
- Richesse sémiologique,
- Consentement du patient,
- Hospitalisation au sein du service psychiatrique.

Malheureusement, ces critères n'ont pas été toujours satisfaits et cela à cause du refus de quelques patients d'être filmés.

Afin de faire face à cette problématique, on a fait appel aux jeux de rôle réalisés par les étudiants de 5ème année médecine au sein du service psychiatrique pour faire une approche approximative de ces troubles.

Le tableau ci-dessous présente les différents syndromes figurés dans notre support ainsi que le nombre de vidéo pour chacun.

Tableau1 : Tableau récapitulatif du nombre des troubles illustrés dans notre support

	Malades démonstratifs	Malades d'auto-évaluation	Jeux de rôle
Troubles de l'humeur	3	0	0
Troubles de l'affect	1	0	0
Troubles de la pensée	2	2	1
Troubles de langage	2	0	0
Troubles instinctuels	1	0	0
Syndrome hallucinatoire	3	1	0
Syndrome dépressif	5	1	1
Syndrome délirant	5	3	0
Syndrome maniaque	5	2	0
Conduites suicidaires	2	0	0

5-2 Modalités de réalisation des vidéos :

Deux jours par semaine ont été fixés pour la réalisation des séquences vidéo : mardi et mercredi. Ce calendrier était susceptible d'être changé selon la disponibilité du matériel ainsi que les médecins.

- Les patients filmés sont sélectionnés en préalable selon les critères mentionnés ci-dessus, et préparés par leur médecin traitant.
- Les jeux de rôle sont préparés sur la base des cas cliniques ou sur dossiers des patients. Les étudiants sont entraînés aux jeux de rôle, en présence des médecins, avant de procéder à l'enregistrement vidéo.

5-3-Lieu de réalisation des vidéos :

Les patients ont été filmés au sein du service psychiatrique du CHU Hassan II, Précisément aux salles d'examen des deux services Homme et Femme .Alors que Les jeux de rôle ont été filmés à la salle de cours.

5-4-Modalités des entretiens

Les entretiens ont été faits par le médecin traitant, afin de mettre les patients à l'aise, créer un climat d'écoute et de confiance.

Le médecin orientait l'entretien en se focalisant sur les symptômes cibles de la pathologie traitée.

La durée de l'entretien ne dépassait pas 15 min.

6. Traitement des données :

Nous avons commencé par filmer les patients du département psychiatrique qui ont été examinés par leur médecin traitant, qui cherchaient systématiquement le consentement de chaque patient.

Toutes les séquences vidéo déjà rassemblées et sélectionnées ont été transférées sur le logiciel AFTER EFFECT pour faire le cryptage des visages, compositing vidéo et pour créer aussi des effets spéciaux.

7. Développement de l'application :

7- 1 Conception technique

Avec l'aimable et l'incalculable aide de Dr Benbrahim Mohammed, spécialiste en pédopsychiatrie, nous avons pu créer une application simple, fluide qui a pour avantage d'être utilisée sur ordinateur sans besoin de réseau internet.

Pour la conception de l'interface graphique de notre application, nous avons utilisé Adobe flash.

Pour la programmation de notre application, nous avons utilisé Action script 3.0 afin de concevoir le support et le contenant du texte et des vidéos.

Les textes sont formatés en HTML (Hypertext markup language) avec les pages de styles CSS (Cascading style sheets).

7- 2 Conception pédagogique :

Notre support d'apprentissage en sémiologie psychiatrique contient deux rubriques :

- Une rubrique démonstrative représentée par des vidéos illustrant les syndromes étudiés, accompagnée de textes courts, brefs, afin de permettre aux étudiants d'acquérir un mode de raisonnement clinique et de démarche diagnostic. Dans cette rubrique on a traité treize syndromes :
 - Entretien psychiatrique
 - Présentation du malade
 - Troubles de l'humeur
 - Troubles de l'affect
 - Troubles de la pensée
 - Troubles de langage

- Troubles instinctuels
- Syndrome hallucinatoire
- Syndrome dépressif
- Syndrome délirant
- Syndrome maniaque
- Syndrome confusionnel
- Conduites suicidaires
- Une rubrique d'auto évaluation contenant huit cas cliniques sous forme de QCM qui permettra aux étudiants d'évaluer les connaissances acquises. Chaque cas clinique est représenté par une vidéo accompagnée par trois QCM.

II. Guide d'utilisation

1. Page d'accueil

L'application est téléchargeable facilement sur un ordinateur, après clic sur l'icône dédiée à l'application (figure1) ; s'affichera tout de suite un écran d'accueil qui contiendra une présentation de support accompagnée d'une vidéo illustrant un exemple de consentement des patients. Ce même écran contient deux colonnes : (figure2)

- Une colonne verticale à gauche qui contient l'introduction, la liste des syndromes ainsi que la conclusion.
- Une colonne horizontale en haut et à droite qui contient les auteurs, remerciements ainsi que le lexique Français-Arabe et l'auto-évaluation.



Figure 1 : Icône de l'application



Figure2 : Interface graphique de l'application

2. Différentes interfaces du support

En cliquant sur l'un des syndromes, nous allons accéder à l'écran du contenu du syndrome choisi, cet écran contient à droite deux boutons ; l'un correspond au « texte » (Figure 3) et l'autre bouton à la « vidéo1 » (Figure 4).

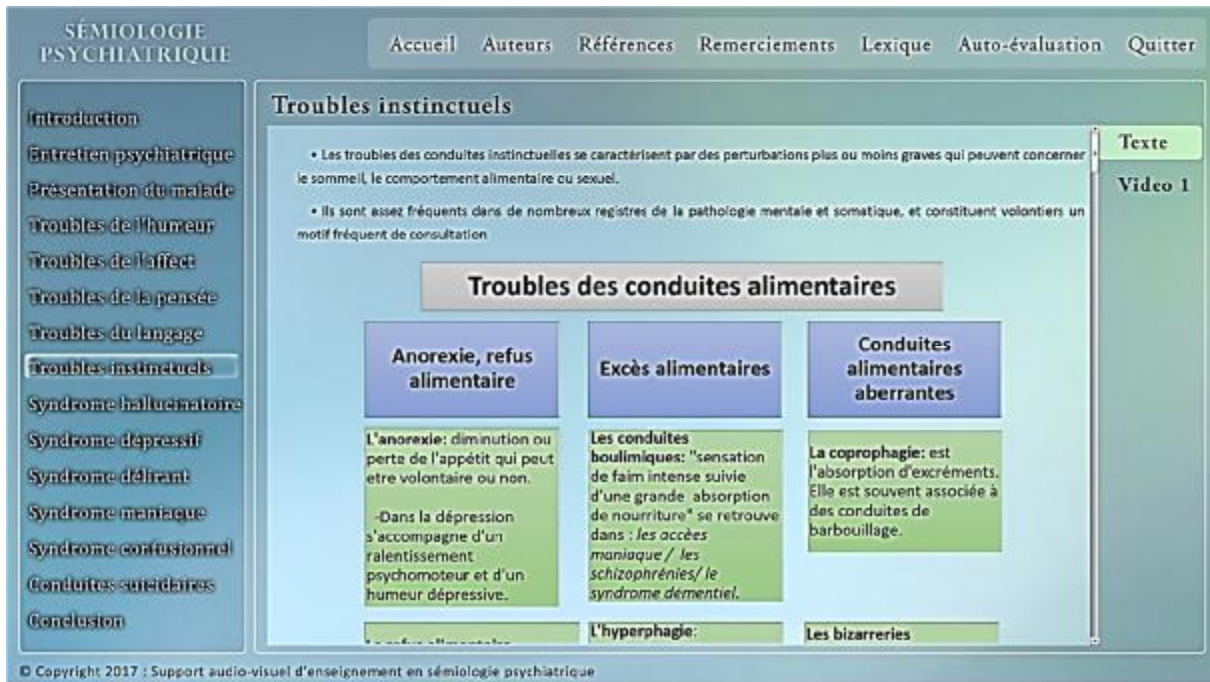


Figure3 : Cliquer sur troubles instinctuels «texte»



Figure 4 : Cliquer sur le bouton « video1 »

En cliquant sur le lexique, s'affichera un écran qui contient une liste des mots en français traduit en arabe dialectale. [14]

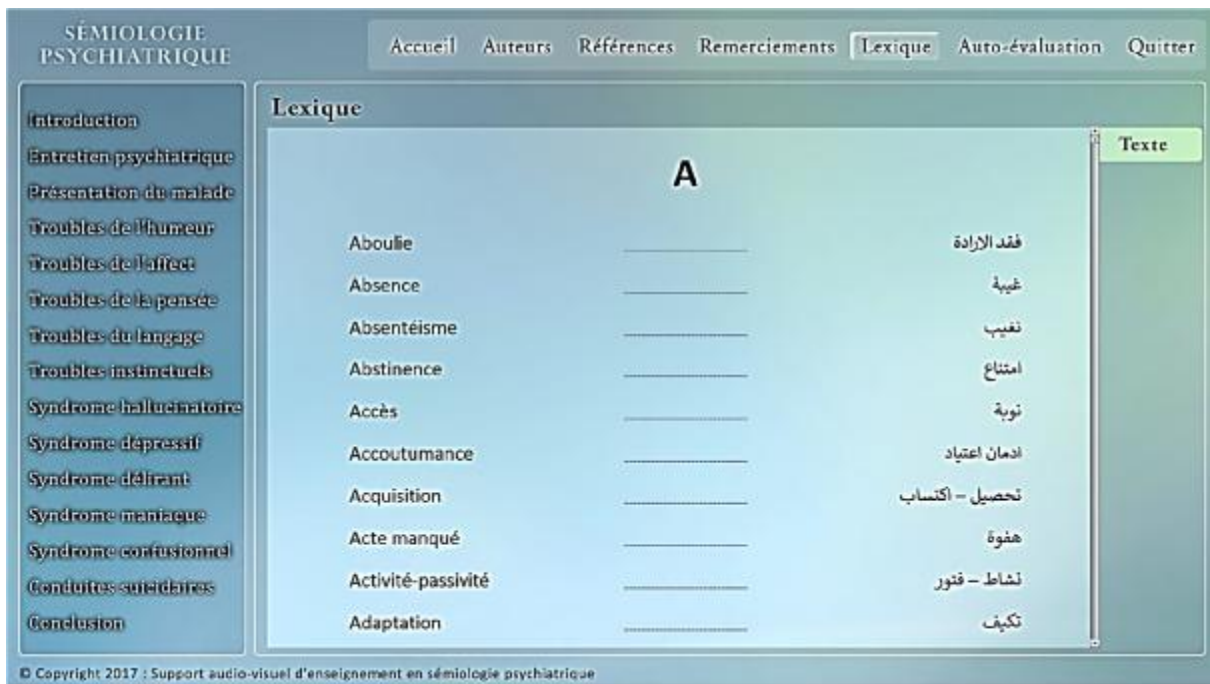


Figure5 : Cliquer sur lexique

En cliquant sur auto-évaluation, s'affichera un écran qui contient une liste faite de huit cas cliniques.

En choisissant l'un de ces cas cliniques, nous accédons à un écran qui contient :

- En haut et à gauche la vidéo.
- En bas et à gauche le QCM, à droite le bouton <valider> ainsi qu'une icône pour passer à la question suivante. (figure 6)



Figure 6 : Cliquer sur auto-évaluation

Dès que l'utilisateur coche et valide sa réponse en cliquant sur <valider> (figure 7), la question devient grise et la réponse s'affiche ; si la réponse est correcte, elle est colorée en vert et si elle est fautive, elle est colorée en rouge. La bonne réponse s'affiche ensuite à côté. (figure 8-9)



Figure 7 : Cocher la réponse



Figure 8 : Réponse juste



Figure 9 : Réponse fausse

3. Contenu du support

3.1 Entretien psychiatrique

- L'examen psychiatrique privilège le discours du patient et la relation entre le psychiatre et son patient .il existe des principes généraux qui guident le praticien dans sa démarche diagnostique puis thérapeutique.
- L'examen somatique, particulier neurologie ne doit jamais être négligé+++
- La démarche diagnostique consiste à regrouper les différents symptômes en un ou plusieurs syndromes psychiatriques [5]

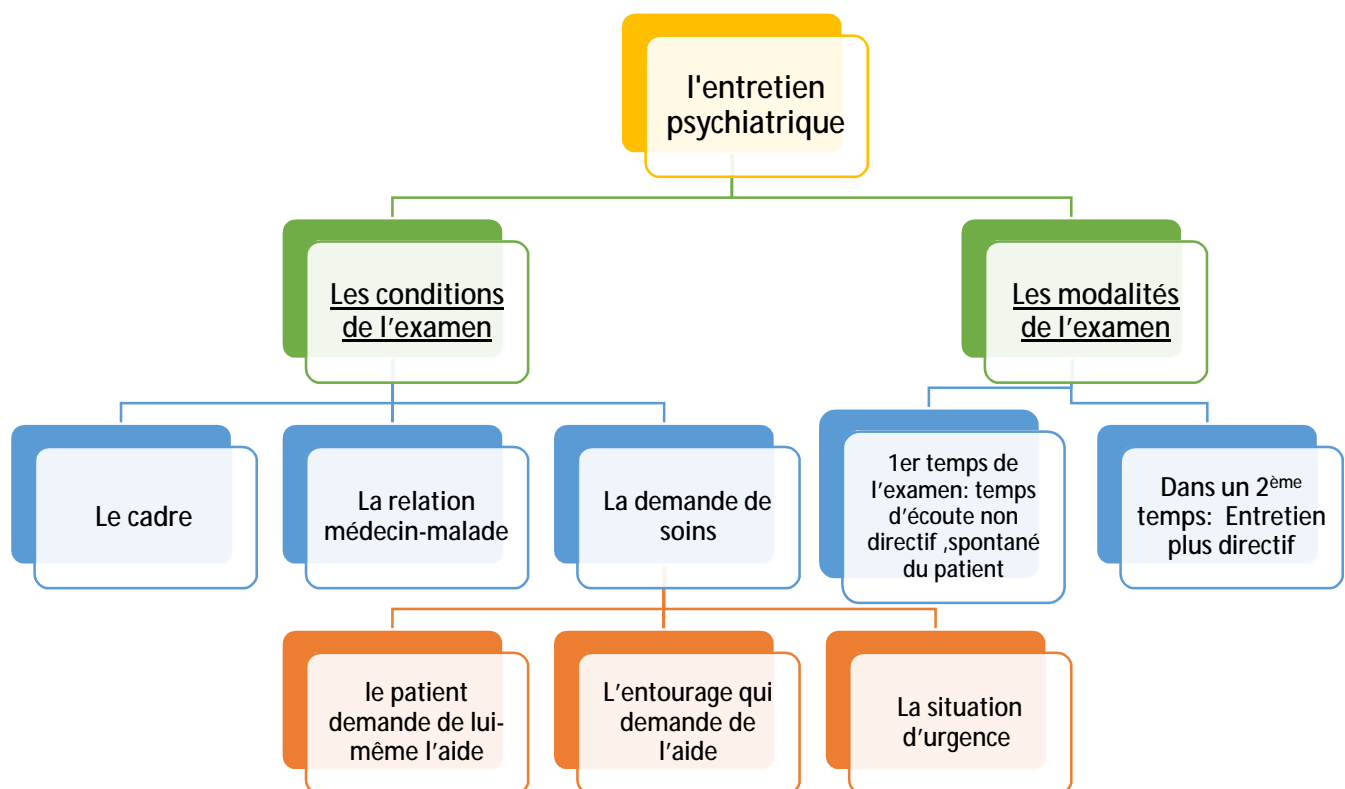


Figure 10 : Modalités de l'entretien psychiatrique

Identité du malade

- Age
- Situation matrimoniale: marié, célibataire...
- Situation sociale
- La profession
- Origine et lieu de résidence

Motif de consultation

- **Les circonstances de rencontre:**
Demande émanant du patient
Amené par la famille, par la police(réquisition)
Adressé par un confrère
- **Le motif:**
Trouble du comportement / inhibition psychomotrice / agitation psychomotrice
Heteroagressivité
Tentatif de suicide
Insomnie...

Les ATCDS

- **Personnels**
Médico-chirurgicaux: neurologiques +++
Psychiatriques: consultations ,hospitalisations, traitements
Addictives: tabac, cannabis, alcool, opiacés ..., préciser quantité, fréquence; dépendance/ abus
Judiciaires
- **Familiaux :** troubles de l'humeur, troubles psychotiques , conduites suicidaires.

Histoire de la maladie

- **Histoire générale:** date et mode de début, symptomatologie, retentissement, évolution, nombre d'épisodes, soins reçus, observance thérapeutique, qualité du soutien familial.
- **Episode actuel:** mode d'installation, événements ou facteurs déclenchants, la symptomatologie.

Biographie

- **Période périnatale:** grossesse, accouchement, anomalies néonatales
- **Enfance:**
-Trois premières années: qualité de l'interaction mère enfant, premières étapes de développement (marche, langage controle sphinctérien...), scolarité.
-Trouble liés à la mouyenne enfance.
- **Adolescence:** scolarité, usage de substances, relations sociales, pathologies physiques ou psychiques...
- **Age adulte:** activité professionnelle, mariage, conjoint, enfants....

Figure 11 : L'examen sémiologique en psychiatrie -1-

Examen psychiatrique

- **Présentation**
Tenue: inadaptée à l'âge et au sexe, extravagante, négligée.
Mimique: hypermimie, hypomimique, dysmimie
Comportement: agitation / catalepsie / parakénisies / tics
Contact: syntonie, hypersyntonie / indifférence / réticence / absence
- **Conduites instinctuelles**
Sommeil: Insomnie / Hypersomnie
Alimentaires: Anorexie / refus alimentaires / Excès alimentaires / Conduites alimentaires aberrantes
Conduites sexuelles
- **Conduites sociales**
Fugues
Vols pathologiques
Homicide
- **Fonctions supérieures**
1-Fonctions symboliques
Langage: production globale, sémantique syntaxe, aphasies
Gnosies et praxies
2-Fonctions mnésiques :amnésie, paramnésie, hypermnésie
3-Fonctionnement de la pensée et du jugement
-Trouble du cours de la pensée : tachypsie, bradypsychie, dissociation de la pensée
-Trouble du contenu de la pensée : pensée délirante, mythomanie, idées fixes, obsédantes, délirantes
-Distorsion globale de la pensée: magique, paralogique, rationalisme morbide
-Evaluation globale de l'intelligence (trouble du jugement par déficience intellectuelle)
4-Activités perceptives: hallucinations psychotiques et non psychotiques.
5-Conscience de soi et de l'environnement
-Trouble de la vigilance: quantitatifs et qualitatifs (états oniroïdes, crépusculaires, seconds).
-Trouble de l'attention
-Troubles de la conscience de soi : trouble du schéma corporel, dépersonnalisation, déréalisation
- **Etats émotionnels**
-Trouble de l'expression des affects : hypermotivés, défaut d'émotivité, inadéquation
-Troubles de l'humeur : dépressive, expansive, athymique
-Troubles anxieux.
- **Insight**

Conclusion

- Elaborer une synthèse syndromique

Discussion diagnostic

- Le diagnostic le plus probable en premier.
- Pour chaque diagnostic, on évoque les éléments pour et les éléments contre.
- les autres diagnostics différentiels à discuter

Figure 11 : L'examen sémiologique en psychiatrie -2-

3.2 Présentation du malade

L'entretien porte à la fois sur les éléments rapportés par le patient (symptômes subjectifs) et sur ceux observés par le médecin (symptômes objectifs). [5]

Impression générale

- Décontracté ,débraillé, méticuleux,imposant,manipulateur,tendu, inquiet,effacé...

Tenue

- inadaptation vestimentaire :
 - Vis-à-vis de l'âge:tenue excentrique de l'hystérie
 - Vis-à-vis du sexe: travestisme d'origine névrotique, perverse ou psychotique
 - Vis-à-vis du contexte social :
 - tenue négligée, sale, indécente dans le syndrome confusionnel , dementiel et la schizophrénie ;
 - tenue clownesque, choquante, dénudé de l'accès maniaque ;
 - tenue ornementée d'amulettes d'objets fétiches ou religieux de certains délires paranoïaques.
- Maniérisme vestimentaire exagéré : le cas de l'hystérie, schizophrénie

Mimique et gestuelle

- - la mimique traduit le langage non verbal exprimé par la face*
- Hypermimie: exagération de la mimique
 - Euphorie du maniaque
 - Histrionisme et séduction de l'hystérique
 - Terreur dans les délires en particulier oniriques
- Hypomimie, amimie: diminution ou absence de la mimique
 - Douleur morale et ralentissement psychomoteur dépressif ;
 - Perplexité et égarement dans le syndrome confusionnel ;
 - Négligisme des schizophrènes ;
 - Inexpressivité des syndromes démentiels, des arriérations profondes
- Dysmimie: la survenue d'une mimique n'ayant aucun rapport avec le discours ou l'affect exprimé.
 - La schizophrénie (sourire discordant)

Figure 13 : La présentation du malade - 1 -

Comportement

- **Agitation** : Trouble de comportement caractérisé par une excitation psychomotrice avec exagération des mouvements, des gestes et de la mimique.
- **Stupeur** :
La stupeur est la suspension, ou le ralentissement extrême, des mouvements volontaires : mimiques, gestes, langage, attitudes.
Le patient est immobile, figé, son visage est marbre. la stupeur entraîne un mutisme, un refus de l'alimentation et une attitude cataleptique a minima.
- **Catalepsie: trouble psychomoteur aigu du tonus et l'initiative motrice**
>Le trouble du tonus: est exprimé par *le flexibilité cireuse* (résistance plastique des muscles des membres à la mobilisation passive avec maintien des attitudes) ou par *l'hypertonie rigide* résistante à toute tentative de mobilisation
>La perte de l'initiative motrice: est la suspension de la motricité spontanée du sujet. En revanche, il peut obéir passivement aux sollicitations de l'entourage
- **Parakinésies** : mouvements parasites qui caricatures ou déforment les mouvements normaux
- **Tics** : mouvements brusques, involontaires, répétitifs, sans but précis

Contact

- **Syntonie/Hypersyntonie**:
-syntonie: contact facile, humeur adapté a la situation de l'entretien.
-hypertonie: état de fusion et d'harmonie entre sujet et entourage , réaction excessive à l'ambiance (excitation maniaque).
- **Indifférence**:
-le contact est difficile , voire impossible à établir.
-le sujet ne répond à aucune sollicitation verbale.
-lorsqu'il répond , ses propos témoignent ; une grande froideur et indifférence
- **Réticence**:
-le refus VOLONTAIRE de parler librement de ce qui le préoccupe.
-Se traduit par une attitude de réserve, de méfiance excessive, de négativisme à toutes les questions de l'interlocuteur
- **Absence**:
-le sujet est distrait "ailleurs".
-Il ne répond pas aux sollicitation de l'interlocuteur par absence de conscience de la situation de l'entretien (à différencier du mutisme)

Figure 14 : La présentation du malade -2-

3.3 Trouble de l'humeur

L'humeur est une disposition affective, influencée par notre vécu émotionnel et instinctif, qui donne à nos états d'âme, une tonalité agréable ou désagréable et qui oscille entre deux pôles extrêmes : le plaisir et la douleur. [6] [12]

En sémiologie psychiatrique, on distingue :

1. L'humeur dépressive : correspond à une douleur morale dont les éléments sont :
 - ü Une tristesse persistante, incontrôlable, inconsolable
 - ü Une culpabilité : « c'est de ma faute, je m'en veux énormément »
 - ü Une auto-dévalorisation : « je ne vauds rien, j'ai échoué, je n'en suis pas capable »
 - ü Un pessimisme : « je n'y arriverai jamais, le monde est pourri ».
 - ü Un sentiment d'indignité : « je ne suis pas à la hauteur », châtiment : « je dois être puni » -des ruminations : « je n'arrête pas d'y penser, je tourne en rond avec mes idées »
 - ü Une anhédonie : « plus rien ne me fait plaisir »
2. L'humeur maniaque : état pathologique de l'humeur dont les symptômes sont opposés à ceux de la dépression, caractérisé par :
 - ü Une exaltation de l'humeur : humeur joviale
 - ü Une euphorie, associe un sentiment intime et profond de bien être, de plénitude psychique et physique et qui s'exprime par des attitudes et une mimique exprimant la joie.
 - ü Une versatilité de l'humeur : labilité thymique (passe du rire aux larmes), voire irritabilité
 - ü Une hyperhédonie : plaisir accru dans toute activité
 - ü Une mégalomanie : idées de grandeur, se sent capable de tout entreprendre, de tout réussir

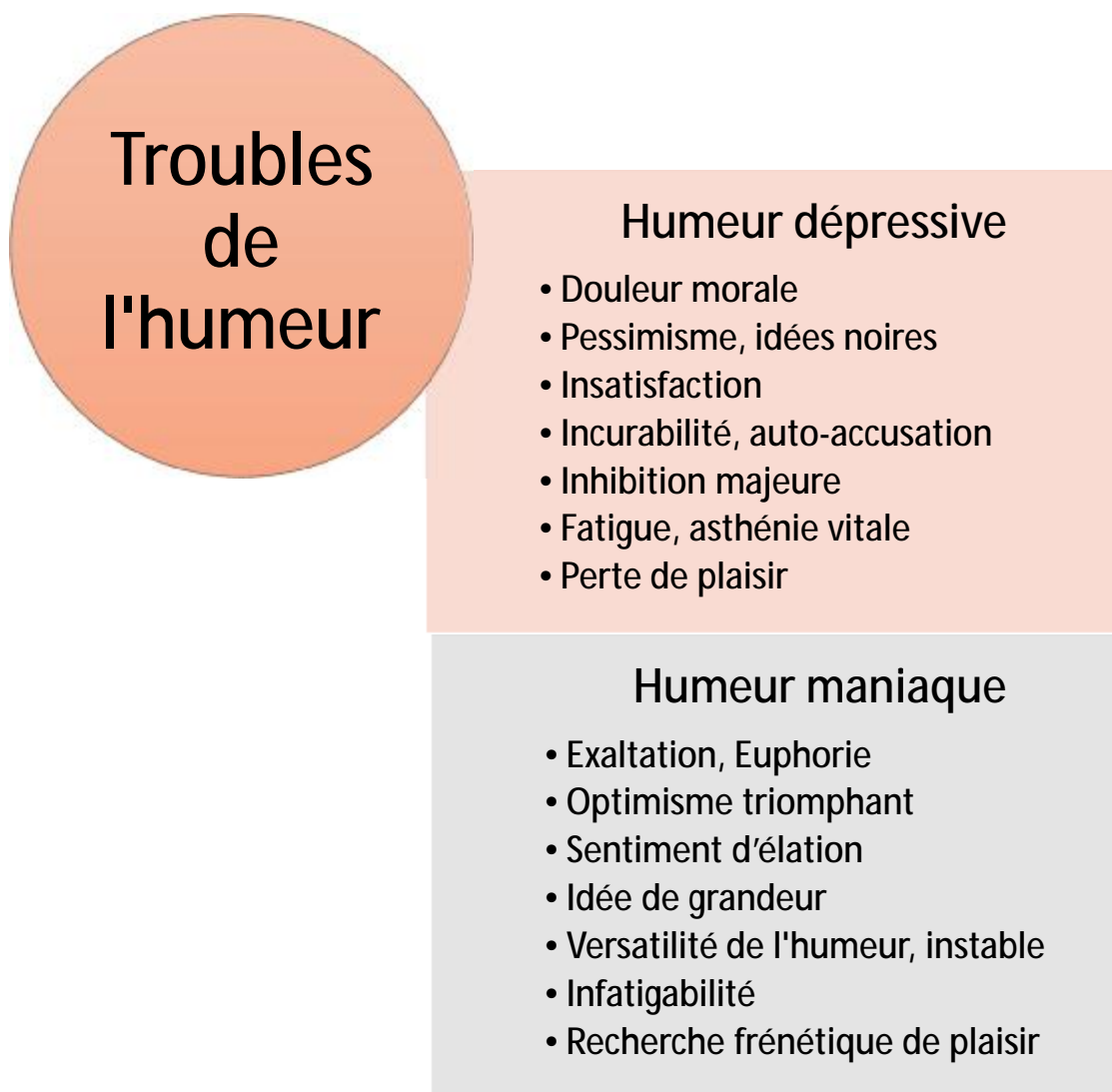


Figure 15 : Schéma récapitulatif des troubles de l'humeur

3.4 Trouble de l'affect

L'affect est défini comme la tonalité du sentiment (agréable ou désagréable) qui accompagne une idée. Dans cette définition, les fonctions affectives sont représentées par les sensations, les émotions et les sentiments. [10]

Hyperémotivité

- c'est la tendance à éprouver les réactions émotionnelles disproportionnées, fortes, exagérées.
- Diagnostics évocateurs:
 - L'hystérie
 - Les états de stress post-traumatiques;
 - L'accès maniaque: exaltation, hyper-expressivité et labilité émotionnelle;
 - Le syndrome démentiel: labilité et incontinence émotionnelle.

Défaut d'émotivité

- diminution ou absence d'expression émotionnelle , <<l'anémotivité>>

Diagnostics évocateurs:

- La schizophrénie: froideur ou indifférence affective, stupeur catatonique;
- Le syndrome démentiel: indifférence et émoussement affectif;
- Les personnalités obsessionnelles: contention des émotions.

Inadéquation de l'émotivité

- L'inadéquation, l'absence d'harmonie entre l'affect exprimé et le contexte du discours..

Diagnostic évocateur:
la schizophrénie

Figure 16 : Schéma récapitulatif des troubles de l'expression de l'affect

3.5 Trouble de la pensée

- Ø La pensée est une activité consciente qui combine les différentes idées fournies par la perception, la mémoire, l'imagination, la connaissance, le raisonnement, l'affectivité et l'émotion.
- Ø La pensée est un enchaînement d'idées, d'associations qui aboutissent à des conclusions ou à des jugements sur la réalité, aussi bien intérieure qu'extérieure.

Tableau2 : Analyse des alternances de la pensée

La pensée peut être altérée dans :

- Son déroulement, plus ou moins rapide : troubles du cours de la pensée ;
- Son contenu : présence d'idées fixes, obsédantes, délirantes, dépressives ;
- Ses modalités de fonctionnement : distorsions globales de la pensée ;
- Son jugement : par carence intellectuelle ou distorsion globale

Les troubles du cours de la pensée

• Le rythme de la pensée

- **Tachypsychie** : C'est une accélération du rythme de la pensée. Les principales manifestations de la diffluence sont :
 - *Logorrhée* : précipitation du débit verbal.
 - *Fuite des idées* : afflux excessif d'idées associé à leur fugacité, le patient passe d'une idée à une autre.
 - *Jeux de mots*
 - *coq-à-l'âne* : sauts sans transition d'un sujet à un autre, sans raison apparente
 - *Hypermnésie* ou *ecmnésie*.
- **Bradypsychie** : ralentissement du rythme de la pensée.

• La continuité de la pensée

- **Barrages** : arrêt brusque du cours de la pensée. le patient cesse subitement de penser et de parler, suivie d'une reprise du discours, sans prise de conscience de l'arrêt.
- **Fading mental** : se traduit par une diminution du rythme de la phrase suivie d'une reprise du rythme normal, sans prise de conscience.
- **Inhibition intellectuelle** : diminution de la vigueur mentale à l'origine d'un déficit de la productivité des représentations (idées, souvenirs), effort nécessaire mais souvent infructueux ou insuffisant pour penser.
- **Viscosité mentale** : ralentissement du débit idéique, du rythme des associations idéiques, de l'expression, de la réponse adéquate à une question.
- **Persévération mentale** : se traduit par un défaut de fluidité idéique (impossibilité d'abandonner rapidement une idée pour une autre)

Les troubles du contenu de la pensée

- **Les idées fixes** : *idée égasyntonique, à thématique unique, qui s'impose au sujet et qui envahit l'ensemble de son attention et de son activité intellectuelle.*
- **Les idées délirantes** : idées non fondées sur la réalité commune, auxquelles le sujet attache une foi absolue, non soumise à la preuve et à la démonstration.
- **Les Obsessions** : *idée parasite, pénible, perçue par le sujet comme absurde et contraignante, envahissant la pensée consciente et gênant ses activités:*
 - **Idéatives** : c'est l'intrusion répétitive de mots, d'idées, d'images (généralement de nature obscène ou absurde).
 - **Phobiques** : Il s'agit de crainte obsédantes concernant une maladie précise (cancer, sida) ou la contamination en général. Ces obsessions donnant souvent lieu à des conduites d'évitement et de protection.
 - **Impulsives** : crainte irrationnelle de commettre de manière irrésistible un acte immoral, absurde ou agressif.

Les distorsions de la pensée

- **Pensée déréelle** : élaboration mentale en contradiction avec la réalité commune ; c'est une pensée faite d'abstraction formelle sans support objectif.
- **Pensée magique** : mode de pensée libérée des références logiques ; fondée sur la toute puissance du désir ; ne tenant pas compte de l'expérience commune.
- **Rationalisme morbide** : processus mental qui restreint et étouffe la réalité vivante et concrète à l'aide de raisonnement abstrait. (Pensée dissociée).

Figure 17 : Schéma récapitulatif des troubles de la pensée

3.6 Troubles du langage

- Le langage est un système de signes aptes à servir de moyen de communication entre individus. La langue est l'instrument de la communication verbale. [13]
- Les troubles du langage sont fréquents en pathologie psychiatrique.
- Ils peuvent être d'origine organique ou psychiatrique.
- Ils constituent parfois des critères diagnostiques.
- Sémiologie très riche illustrée dans le schéma suivant :



Figure 18 : Schéma récapitulatif des troubles du langage

3.7 Troubles instinctuels

- Les troubles des conduites instinctuelles se caractérisent par des perturbations plus ou moins graves qui peuvent concerner le *sommeil*, le *comportement alimentaire* ou *sexuel*. [13]
- Ils sont assez fréquents dans de nombreux registres de la pathologie mentale et somatique, et constituent volontiers un motif fréquent de consultation. [2]

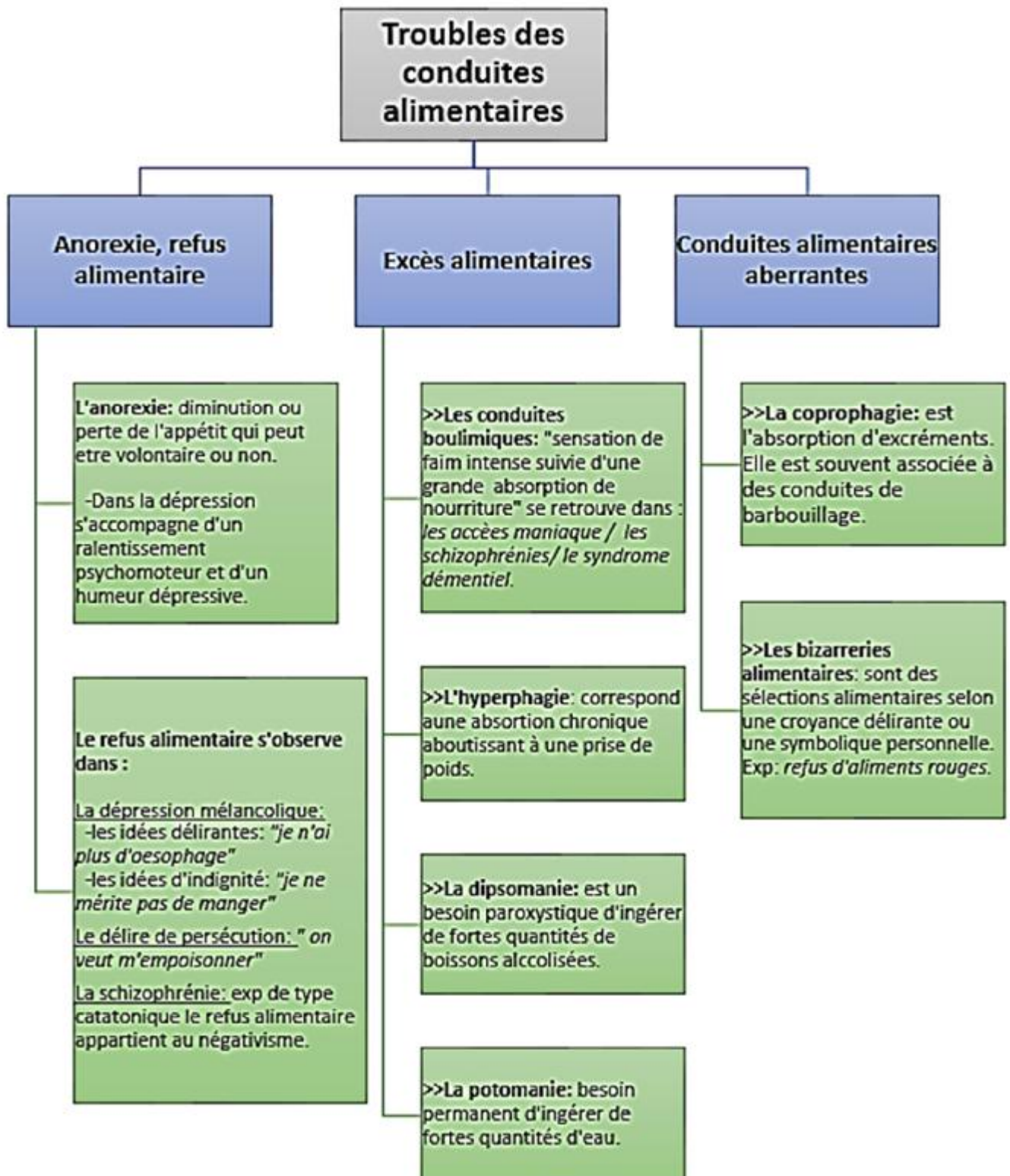


Figure 19 : Les troubles des conduites alimentaires

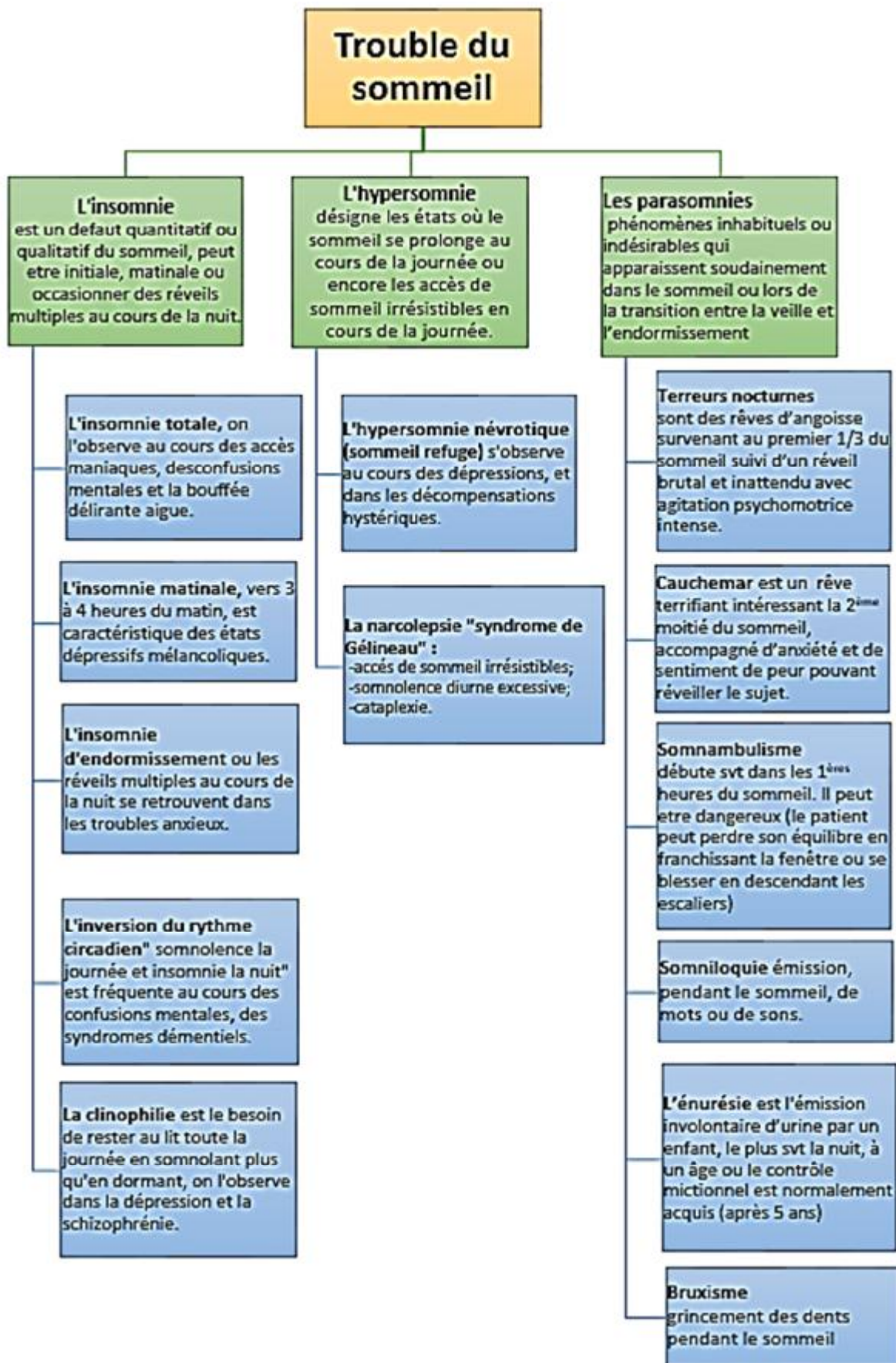


Figure 20 : Les troubles du sommeil

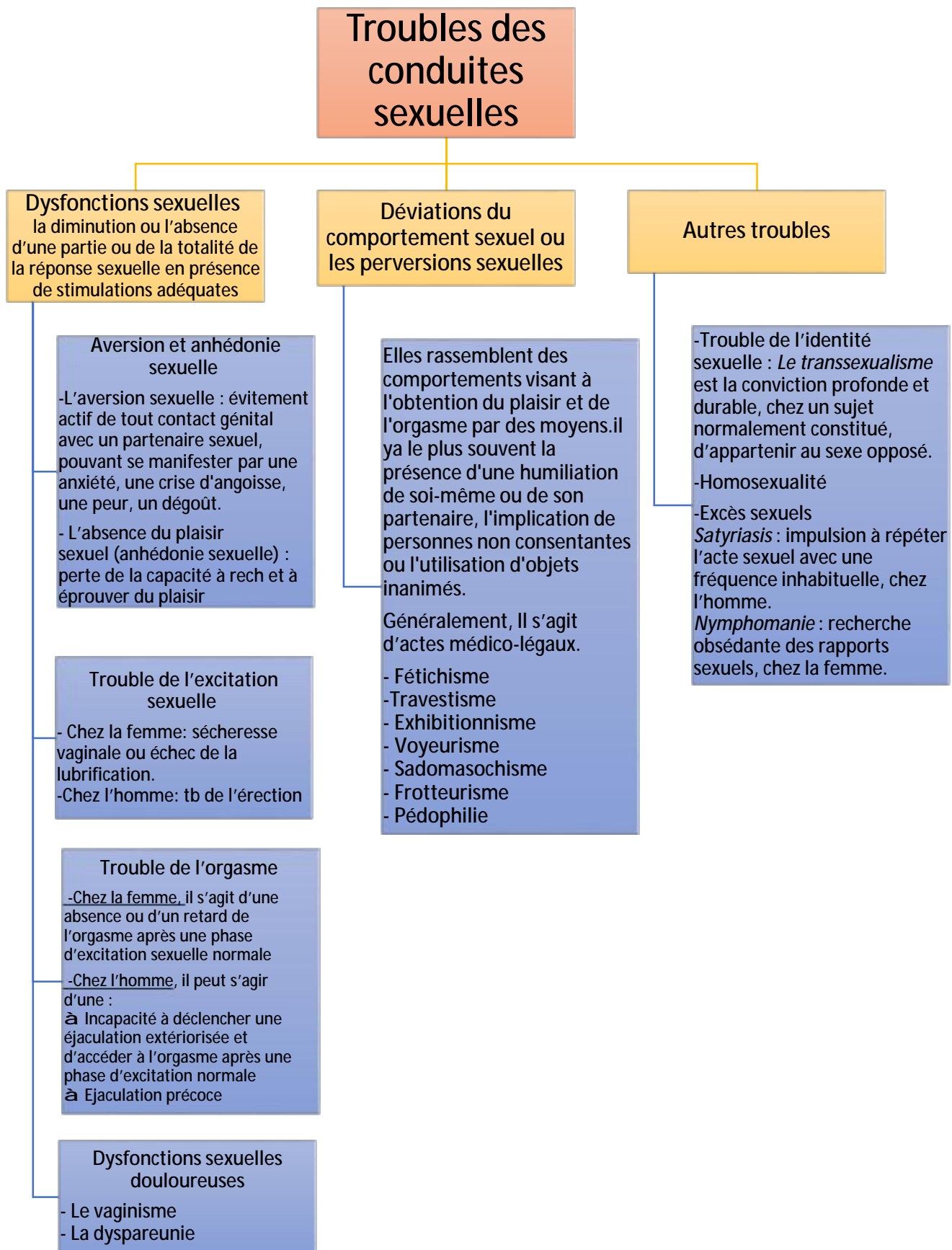


Figure 21 : Les troubles des conduites sexuelles

3.8 Syndrome hallucinatoire

- *L'hallucination est une perception sans objet à percevoir. Halluciner c'est d'abord et avant tout transgresser la loi de la perception ; c'est percevoir ce qui ne comporte pas de perception. <<H.Ey>>*
- Les éléments perçus sont soit directs (rapportés spontanément par le malade) ou indirects (des troubles de comportements observés lors de l'examen)
- A différencier : [13]
 - Des idées obsessionnelles.
 - Des ruminations : ressassement incoercible d'idées sombres, de prévisions pessimistes dans les états dépressifs et les délires de persécution.
 - Des illusions : perception déformée d'un objet réel
 - De l'hallucinose : perception sans objet mais reconnue comme telle par le sujet qui n'y adhère pas. *La critique de l'hallucination définit l'hallucinose.*On observe :

Tableau3 : Description des hallucinoses

Ø Hallucinose pédonculaires
Ø Hallucinose des épilepsies :
○ Temporales : état de remémoration, ecmnésie, hallucinose olfactive ;
○ Occipitales : visuelles, héautoscopie ;
○ Pariétales : cénesthésiques.

- On repartit les hallucinations en deux catégories :
 - Psychotiques : Elles surviennent dans un contexte délirant, non reconnue par le sujet comme émanation de sa propre pensée, ni comme morbide.
 - Non psychotiques : cause organique.

Les hallucinations psychosensorielles

- Hallucinations auditives
 - Elémentaires: sons simples
 - Complexes: bruits de machine, mélodies, musiques instrumentales, voix déformées ou claires, conversations, ordres dictés, insultes , murmures.
- Hallucinations visuelles
 - Simple : lumière, halos colorés, lignes, flashes.
 - Complexes : vision de personnages, d'animaux, Héautoscopie (vision de soi même).
- Hallucinations olfactives et gustatives
 - odeur ou goût de putréfaction, de cadavre, de gaz, parfois odeurs ou goût indéfinissables
- Hallucinations tactiles
 - Superficielles: sensations de froid, de chaud, de brûlure ; prurit.
 - Sous-épidermiques: sensations de piqûres.
- Hallucinations cénesthésiques
 - Générales : sentiment de n'être plus soi-même
 - Partielles : localisées à un organe ou sexuelles
- Hallucinations kinesthésiques
 - sensations de mouvements imposés ou d'articulations verbales forcées.

Les hallucinations intrapsychiques

- Ce sont des représentations, des idées qui s'imposent à la pensée, liées à la conviction d'un pouvoir extérieur sur la pensée.
- L'automatisme mentale de Clerambault: conviction délirante d'être influencé par une force extérieure qui contrôle sa pensée, ses actes et ses perceptions.
 - commentaires des actes ou de la pensée. Le contenu est désobligeant, insultant, ironique, mençant.
 - Echo de la pensée: le patient entend une voix qui répète sa pensée.
 - Vol et devinement de la pensée: le patient ressent l'intrusion d'un autre dans sa pensée. Exp : (*on sait à quoi je pense, on me vole mes idées*).
 - Mots jaculatoires, fortuits, explosifs, en dehors de la volonté du patient.

Figure 22 : Description sémiologique des hallucinations psychotiques

Tableau4 : Attitudes évocatrices d'hallucinations sous-jacentes

Certaines attitudes, en l'absence des dires du patient, en raison de sa réticence à livrer son délire, sont très évocatrices d'hallucinations sous-jacentes :

- Acte imposé par une voix, dans une thématique d'influence ;
- Attitude d'écoute, propre aux hallucinations auditives, le patient se fige, le regard fixe, silencieux, comme s'il écoutait une voix. Parfois un dialogue peut s'engager avec la ou les voix ;
- Interruption brutale du discours, puis reprise de la conversation ;
- Obturation des oreilles par coton ;
- Obturation des portes, des conduits d'aération ;
- Port de ceinture de chasteté ;
- Attitude indifférente ou indignée.

3.9 Syndrome dépressif

- Le syndrome dépressif est un trouble de l'humeur dominé par la tristesse et un ralentissement psychomoteur. Il peut engager le pronostic vital, principalement en raison du risque suicidaire. [8]
- Les différents éléments symptomatiques de ce syndrome sont illustrés dans le schéma suivant :

Humeur dépressive

- Vision pessimiste de soi et du monde
- Sentiment d'infériorité, de sous-estime de soi
- Auto dévalorisation
- Sentiment de culpabilité
- Douleur morale
- Désir de mort
- Emoussement affectif
- Perte de plaisir et d'intérêt
- Anesthésie affective
- Conscience douloureuse du trouble
- Instabilité des affects
- Irritabilité, impulsivité
- Intolérance, hostilité vis-à-vis de l'entourage
- Crises de larmes
- Idéation suicidaire

Ralentissement psychomoteur

Psychique

- Lenteur de l'idéation, monoïdéisme
- Indécision, aboulie
- Ralentissement du débit verbal, mutisme
- Trouble de l'attention, de la concentration, de la mémoire
- Impression d'écoulement lent du temps.

Moteur

- Lenteur de la marche, rareté des mouvements
- Voix monocorde
- Asthénie vitale, incurie.

Symptômes somatiques

Troubles des conduites instinctuelles:

- Troubles du sommeil:
 - Insomnie matinale, insomnie d'endormissement, réveils nocturnes +++
 - Somnolence diurne
 - Hypersomnie non réparatrice
- Troubles d'alimentation
 - Anorexie +++
 - Hyperphagie
- Troubles de la sexualité:
 - Diminution de la libido
 - Impuissance, frigidité

Troubles somatiques divers:

- Céphalées, constipation, troubles neurovégétatifs
- Algies (lombaires, musculaires, digestifs)

Figure 23 : Schéma récapitulatif du syndrome dépressif

3.10 Syndrome délirant

Le syndrome délirant est une croyance, en une idée erronée, conviction inébranlable, en totale opposition avec la réalité ou l'évidence. L'idée délirante repose son seulement sur des croyances ou des conceptions propres aux thèmes du délire (mégélanomanie, persécutions, etc.), mais aussi sur des phénomènes <<idéo-affectif>> qui sont les mécanismes du délire (intuition, interprétation, hallucinations, etc.). [13]

- La distinction entre un syndrome délirant aigu (durée<6mois) et chronique (durée>6mois) est fondamentale : [3 - 4]

Tableau5 : Tableau comparatif entre les syndromes délirants aigu et chronique

SYNDROME DELIRANT AIGU	SYNDROME DELIRANT CHRONIQUE
<ul style="list-style-type: none"> • Organique : <ul style="list-style-type: none"> -Syndrome confusionnel -Prise de toxiques -Sevrage de toxiques • Psychiatrique : <ul style="list-style-type: none"> -Bouffée délirante aiguë -Manie délirante -Mélancolie délirante -Exacerbation d'une psychose chronique 	<ul style="list-style-type: none"> • Organique : <ul style="list-style-type: none"> -Syndrome démentiel -Délire post-confusionnel -Délire post-encéphalitique -Délire chronique des alcooliques • Psychiatrique : <ul style="list-style-type: none"> -Schizophrénie -Délire paranoïaque -Psychose hallucinatoire chronique -Délire paraphrénique

- L'analyse sémiologique de tout délire, qu'il soit aigu ou chronique, procède d'une même démarche, en sept étapes précisant les caractéristiques du syndrome :

Début du délire

- **Modes d'entrée**

Aigu : délire d'emblée exprimé, ou précédé par des prodromes (insomnie, tristesse, euphorie...)

Progressif : installation en quelques jours/semaines avec propos et comportements bizarres, irritabilité, repli sur soi...

- **Ancienneté** : Episode inaugural ou récidive. ou processus chronique avec phases d'exacerbation des symptômes.

- **Facteurs déclenchants** : événements importants / contexte de puerpéralité / Changement de traitement / Facteurs organique ou toxique .

Thèmes du délire

- **Persécution**:le sujet est objet d'agressions, victime de préjudices, sujet d'allusions malveillants, cible d'une surveillance.

Exp: *"tout le monde m'en veut : je reçois des ondes dans tout le corps qu'ils m'envoient à travers les murs pour m'électrocuter!!"*

- **Grandeur**: tendance à la surélévation de soi ; des idées de richesse, de puissance, de notoriété, d'avoir de multiples projets.

Exp: *"je suis le plus connu, je suis très riche, et très puissant"*

- **Filiation** :Conviction délirante d'être issu d'une ascendance illustre, souvent royale, aristocratique, divine, célébrité.

- **Mystico-religieux**:en rapport avec une mission divine à accomplir, l'existence de forces occultes extérieures.

Exp: *"je suis El-Massih-Edajjal, je vais sauver le monde"*

- **Possession**:conviction d'être possédé par le diable ou le Jin.

- **Hypochondriaque**:idées de transformation corporelle, de métamorphose, de négation d'organes (le sd de Cotard) .

Exp: *"Tous mes organes me lâchent les uns après les autres, je n'ai déjà plus de gorge ni de côlon"*.

- **Influence**: sentiment qu'à le patient d'être commandé par une force extérieure ; non seulement le sujet n'est pas maître de ses actions ou de ses sentiments, mais ils lui sont imposés.

- **Damnation** : manquer à ses devoirs, commettre des fautes, peur de la punition divine, la crainte de l'enfer.

- **Jalousie**:Conviction d'être trompé par le conjoint, qui existe en dehors de toute réalité, avec un contexte illogique et interprétation erronée.

Exp: *"je suis sûr qu'elle me trompe!! un inconnu téléphone souvent et raccroche sans répondre, la même voiture passe tous les jours devant la maison, quelques disques de danse ne sont plus au même emplacement."*

- **Erotomanie**: illusion délirante d'être aimé, généralement par un personnage jouissant d'un certain prestige avec lequel le sujet n'a que des relations lointaines(voire aucune).

- **Revendication**: polarisation passionnelle de l'activité psychique tendue afin d'obtenir satisfaction, réparation, justice, et consécration.

Exp d'un délire qui s'organise à l'occasion d'une intervention chirurgicale ou de soins médicaux jugé insatisfaisant, le patient poursuit du sa haine et de ses exigences de réparation envers le médecin ou le chirurgien responsable.

- **Autres**: érotique, fantastique...

Figure 24 : L'analyse sémiologique du délire- 1 -

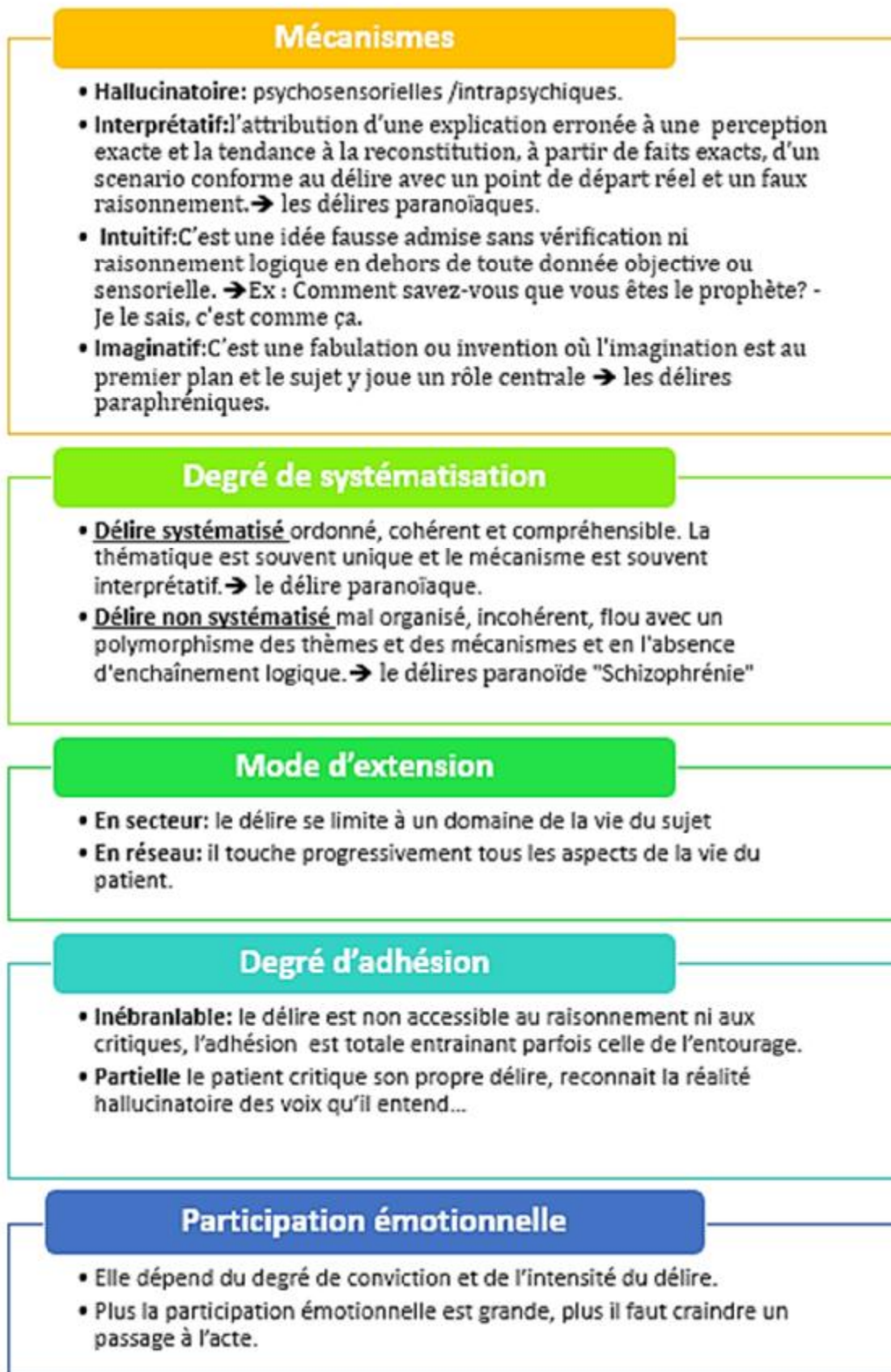


Figure 25 : L'analyse sémiologique du délire -2-

3.11 Syndrome maniaque

Le syndrome maniaque est un état d'excitation psychique caractérisé par une exaltation de l'humeur à tonalité euphorique, une tachypsychie avec fuites des idées et une hyperactivité motrice. C'est un dérèglement des fonctions psychiques dans un sens opposé à celui du syndrome dépressif. Le syndrome maniaque associe des signes thymiques, cognitifs, moteurs et somatiques. [9]

Présentation	Signes thymiques	Signes cognitifs	Signes psychomoteurs	Signes somatiques
<ul style="list-style-type: none"> • Tenue Extravagance • Hypermimie • Contact Familier, ludique • Ironique • Hypersyntonie • Langage Logorrhée • Ludisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Exaltation de l'humeur , Euphorie • Optimisme triomphant • Sentiment d'élation • Idée de grandeur • Versalité de l'humeur • Infatigabilité • Recherche frénétique de plaisir 	<ul style="list-style-type: none"> • Accélération du cours de la pensée • tachypsychie, fuite des idées • Attention dispersée • Pluralité idéique • Exaltation imaginative • Mégalomanie • Hypermnésie 	<ul style="list-style-type: none"> • Excitation, gesticulation • Agitation, fureur • Ludisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Amaigrissement • Insomnie sans fatigue • Hyperphagie • Tachycardie, fébricule • Hypotension artérielle • Déshydratation, soif • Diarrhée, sueur, faim.

Figure 26 : Schéma récapitulatif du syndrome maniaque

3.12 Syndrome confusionnel

- La confusion mentale est un syndrome non spécifique, aigu, d'atteinte des capacités d'éveil, de pensée et d'attention secondaire à une atteinte cérébrale, le plus souvent réversible. [13]
- C'est une urgence médicale qui peut mettre en jeu le pronostic vital.
- La confusion d'étiologie psychiatrique constitue un diagnostic d'élimination jusqu'à preuve de contraire. [11]
- Tout diagnostic positif de confusion mentale entraîne une démarche étiologique rigoureuse à la recherche d'étiologie perdue comme c'est démontré au-dessous :

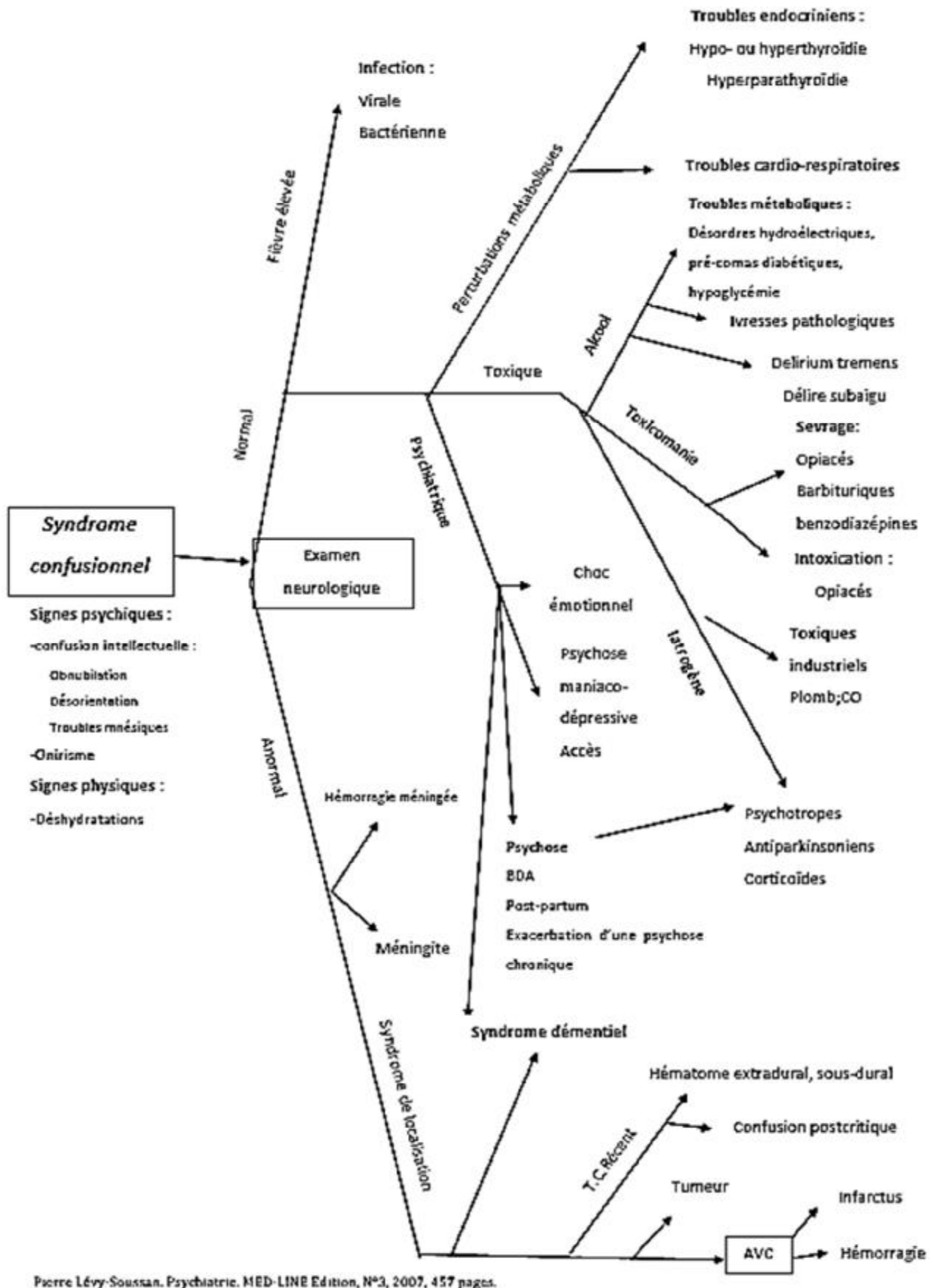


Figure 27 : Démarche étiologique du syndrome confusionnel

3.13 Conduites suicidaires

Tout acte délibéré, sans issue fatale, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose thérapeutique. (OMS).

Ø Quelques définitions : [13]

- Le suicidé est le sujet dont le geste a été mortel.
- Le suicidant survit à son geste autodestructeur.
- Le suicidaire signale le risque de recours au suicide soit par ses propos soit par son comportement.
- La tentative de suicide désigne le passage à l'acte non fatal du suicidant.
- L'idée de suicide est la conceptualisation de la tendance mortifère et l'élaboration du projet.

Ø A la description sémiologique des conduites suicidaires, Il faut chercher :

- Les caractéristiques de la crise suicidaire (événement déclenchant, deuil, rupture, difficultés financières, conflit familial, échec, surmenage.
- La présentation du suicidant : l'absence ou la présence d'un contact, une culpabilité, des remords ou au contraire un détachement, une hyperémotivité, une impulsivité, des tendances à l'auto- ou l'hétéro-agressivité.
- L'existence d'antécédents de tentatives de suicide personnels ou familiaux
- Enfin, la qualité de l'estime de soi, et l'intégration relationnelle, sociale et professionnelle. La capacité aussi d'introspection, d'élaboration de la situation actuelle.

Ø Les étapes de l'acte suicidaire

1. Idées suicidaires

2. Syndrome pré suicidaire : la triade symptomatique composée de :

- Des idées suicidaires de plus en plus obsédantes.
- Un repli sur soi avec isolement.
- Une inhibition de l'agressivité vis-à-vis d'autrui ou une tendance agressive.

Ø Moyens suicidaires

• Chez les hommes : pendaison, précipitation de grandes hauteurs, arme à feu.

• Pour les femmes souvent l'ingestion de psychotropes ou de toxiques. [7]

Ø L'orientation étiologique face à une TS est schématisée au-dessous :

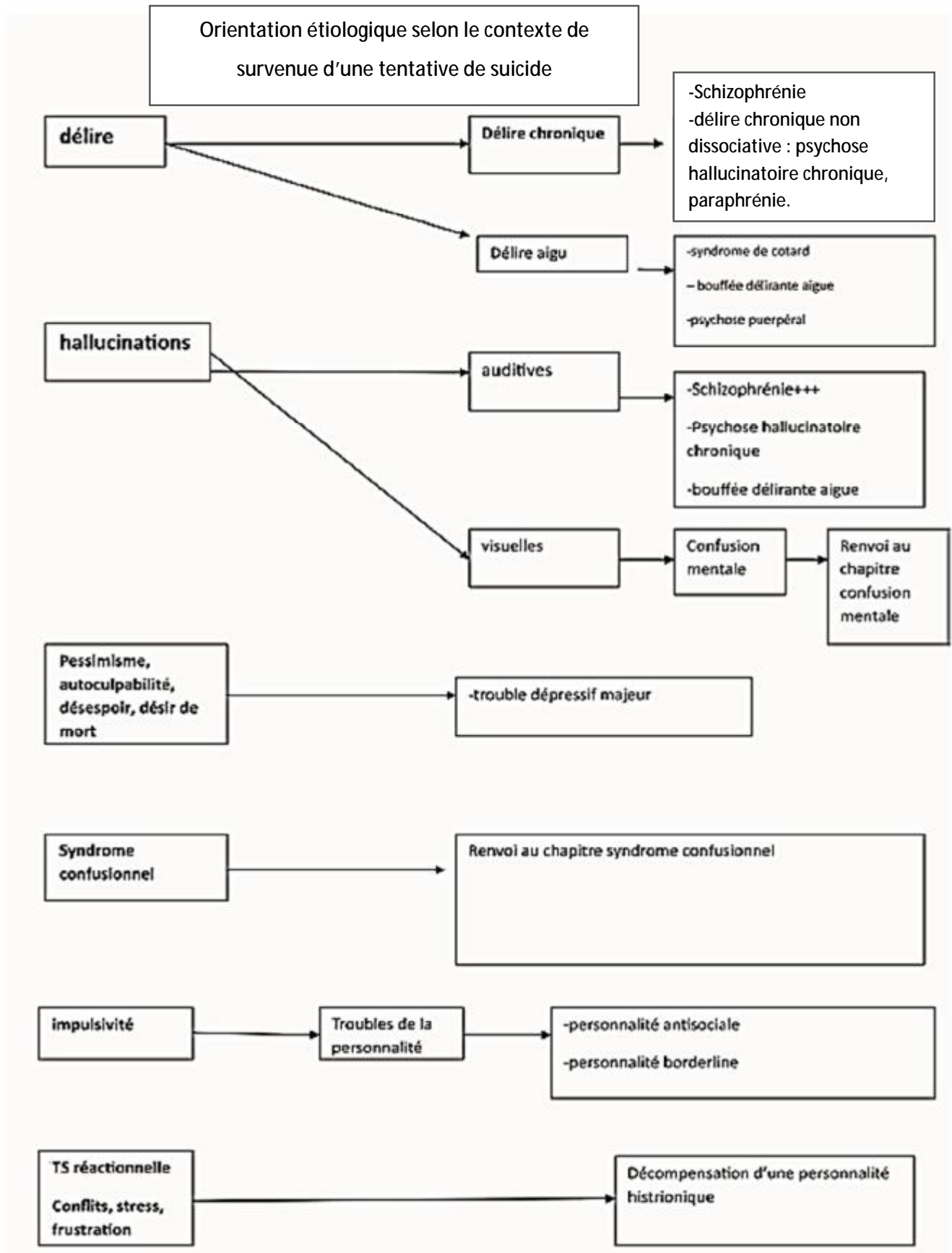


Figure 28 : Orientation étiologique selon le contexte de survenu d'une tentative de suicide.

III. Evaluation de l'application

1. Questionnaire d'évaluation

Une formation en sémiologie psychiatrique a été réalisée au sein du service de psychiatrie le 02/01/2017, au profit de 40 médecins internes de l'hôpital Ibn Alkhatib de Fès.

Pendant la séance de présentation qui a duré deux heures, nous avons explicité ; Pr AALOUANE et moi-même, l'application et les séquences vidéos y afférentes aux bénéficiaires internes, et nous avons ouvert la discussion élargie sur les syndromes psychiatriques d'une façon interactive.

A la fin de la séance précitée nous avons alors réalisé un questionnaire d'évaluation dans le but d'apporter d'éventuelles améliorations à ce travail dans le futur selon le besoin des étudiants.

L'évaluation a abouti sur une bonne appréciation quasiment généralisée de la part des médecins concernés (95%) ; ces derniers ayant ressenti l'apport de notre support présenté en guise d'outil novelliste au système pédagogique de l'enseignement de la psychiatrie au Maroc.

Les suggestions conséquentes sont alors réparties selon les taux suivants :

- 80% des participants ont exprimé une nécessité imposante de rendre les vidéos plus accessibles à tous les étudiants.
- 70% ont par ailleurs exigé l'améliorer de la qualité du son des vidéos.
- Alors que 40% ont proposé l'utilisation et l'exploitation des séquences vidéos au cours des formations psychiatriques des médecins généralistes.

2. Applications similaires

Au Maroc, notre travail pourrait être considéré la première ébauche d'un support audio-visuel réalisé en domaine de psychiatrie. Par ailleurs, et d'après nos connaissances et recherches en la matière, on n'a pas pu trouver un travail similaire à l'échelle internationale à part des vidéos de simulation publiées sur des sites de sémiologie psychiatrique.

IV. Apports, limites et perspectives

1. Apport de l'étude

Les apports de ce travail peuvent être regroupés autour de trois axes :

- Elaboration d'un support audio-visuel d'enseignement en sémiologie psychiatrique, qui se base sur l'illustration de différents syndromes psychiatriques par des vidéos démonstratives ainsi que la description des principaux symptômes observés chez les patients afin d'aboutir à un regroupement syndromique.
- Enrichissement des outils pédagogiques de l'enseignement de la sémiologie psychiatrique au sein du service de psychiatrie du CHU Hassan II de Fès, et dans les cours magistraux de la psychiatrie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès.
- Evaluation des prérequis des étudiants grâce à la rubrique d'auto-évaluation.

2. Limites de l'étude

Au cours de réalisation de notre travail, nous avons trouvé des contraintes qui ont été portées sur divers axes :

- Recrutement des patients :
 - La majorité des patients hospitalisés au sein de service de psychiatrie présentant des syndromes psychotiques.
 - Consentement de patient : désistement des patients surtout ceux souffrant de trouble dépressif ou anxieux, après leurs accord favorable pour l'enregistrement vidéo.
- Problèmes techniques : certaines vidéos ont été éliminées à cause de mauvaises conditions d'enregistrement.

3. Perspectives :

Nous espérons et nous visons le développement de cette application à travers des futures mises à jour afin de compléter voire améliorer ses fonctionnalités en ayant plus de ressources.

Nous espérons ainsi :

- Intégrer dans l'application les autres syndromes non entamés.
- Améliorer la qualité des vidéos (choisir les bons endroits pour filmer les malades, le cadrage...).
- Engager des acteurs professionnels pour mieux simuler les symptômes psychiatriques.
- Mettre l'application disponible pour le téléchargement smartphone, tablette sur toutes les plateformes.

CONCLUSION

La psychiatrie est une spécialité médicale qui se consacre au diagnostic, à la prévention et aux traitements des maladies mentales.

Un entretien rigoureux, ainsi qu'une bonne analyse sémiologique des symptômes, conduit le plus souvent vers le diagnostic le plus adéquat.

Notre travail de thèse est un support audio- visuel d'apprentissage à travers lequel on a essayé d'améliorer les connaissances en matière de sémiologie psychiatrique.

Il s'agit d'un outil pédagogique dédié spécifiquement aux étudiants de la Faculté de médecine et de pharmacie de Fès, qui se base sur l'illustration de différents syndromes psychiatriques par des vidéos démonstratives ainsi que la description des principaux symptômes observés chez les patients afin d'aboutir à un regroupement syndromique.

Nous espérons le développement de cette application à travers des futures mises à jour afin de compléter voire améliorer ses fonctionnalités en ayant plus de ressources.

Les perspectives de notre étude consistent à :

- Engager des acteurs professionnels dans le but de mieux simuler les symptômes psychiatriques.
- Rendre l'application téléchargeable sur smartphone.

Résumé

La psychiatrie est une spécialité médicale qui se consacre au diagnostic, à la prévention et aux traitements des maladies mentales. Incluant les divers troubles cognitifs, comportementaux et affectifs. Elle utilise une approche bio-psycho-sociale, qui combine une compréhension de la neurobiologie, de la psychologie de l'individu et de l'impact des événements de vie.

Notre sujet de thèse est sous forme d'un support audio-visuel d'apprentissage, destiné aux professionnels de santé, spécifiquement aux étudiants de la Faculté de médecine et de pharmacie de Fès, qui se base sur l'illustration des différents syndromes psychiatriques par des vidéos démonstratives ainsi que la description des principaux symptômes observés chez les patients afin d'aboutir à un regroupement syndromique.

Ce support est un outil pédagogique qui permettra de mieux assimiler et mettre en avant l'enseignement en matière de sémiologie psychiatrique, a pour objectif principal d'enrichir les outils pédagogiques de l'enseignement de la psychiatrie au sein du service de psychiatrie du CHU Hassan II de Fès, et dans les cours magistraux de la psychiatrie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès.

Notre support contient deux rubriques principales abordant l'enseignement des différents syndromes psychiatriques : les troubles de l'humeur, de l'affect, du langage, de la pensée et de jugement, ainsi que les syndromes hallucinatoire, dépressif, délirant, maniaque et confusionnel.

- Une rubrique démonstrative représentée par des vidéos illustrant les syndromes étudiés, accompagnée de textes courts, brefs, et contenant l'essentiel afin de permettre aux étudiants d'acquérir un mode de raisonnement clinique pour obtenir un regroupement syndromique.
- Une rubrique d'auto évaluation contenant des cas cliniques sous forme de QCM qui permettra aux étudiants d'évaluer les connaissances acquises.

Abstract

Psychiatry is a medical branch dedicated to the diagnosis, prevention and treatment of mental diseases. It focuses on a variety of cognitive, behavioral and emotional disorders. It uses a bio-psycho-social approach, which combines an understanding of neurobiology, psychology and the impact of life events.

Our thesis is an audio-visual learning support, destined for health professionals, and specifically to students of the Faculty of Medicine and Pharmacy of Fez. It is based on the illustration of the various psychiatric syndromes by Demonstrative videos, as well as a description of the main observed symptoms in patients in order to achieve a syndromic grouping.

This support is an educational tool that will help to better assimilate and emphasize education on psychiatric semiology; its main objective is to enrich the educational tools of the teaching of psychiatry in the psychiatry department at CHU Hassan II of Fez, and psychiatry lectures at the Faculty of Medicine and Pharmacy of Fez.

Our support has two main sections addressing the teaching of different psychiatric syndromes: mood disorders, affect, language, thinking and judgment, as well as hallucinatory, depressive, delirious, manic and confusional syndromes.

- A demonstrative section represented by videos showing the studied syndromes along with brief texts; they deliver the necessary tools to enable students to acquire clinical reasoning in order to obtain syndromic grouping.
- A self-assessment section containing clinical cases with multiple-choice questions that will allow students to evaluate their acquired knowledge.

مطلق

المطلق النفسي هو اضطرابي يهتم بتشخيص، قاية وعلاج الأهلين النفسية، والمفهوم بها اختفاء الاضطراب النفسي وكيفية عطفية. يستخدم المطلق قربة ودية نفسية اجتماعية مستنداً لزملة ما بدولوجيا الأهلين الممنوع ومختلفات الأحداث التي تشكلها فالود .
هذه الأطروحة تقبل عن مرجع سمعي يتوي ليمي وجهه ندي طحة، وضوابط لية الطب بك لية الطوطيد لة فيلس. هذا المرجع يعتمد على ضوابط أشط فيتنوع ليمي لة ط الضوع لمختلفات المتلازمة النفسية مع وصف لأهم الأعطى الملاحظة عند المرضى بهدف الوصول إلى تجمع المتلازمات المناسب .

هذا المرجع أهداة ليمي لة كذا من المضيق لم بأسد اليتوريس المتلازمة النفسية وستسا هيشكل كبر وفي غناء المحوى ليدولوجي لتوريس المطلق نفسي في صالحة المطلق نفسي المستند في لة لمعي الحسن الثاني فيلس، وفي مدحوت لية الطوطيد لة فيلس.

يتوي المرجع لة لوزيسدين يتورقان لتوريس مختلفات الأهلين النفسية التي تقذل في اضطراب المتلازمة، الوجود الن، لغة التفكر والحكم وكذلك أعطى لوسنة لاكتنبله، ديان، الهوس والتشويش الهن:

- هذا يتضمن أشطته لية لمتلازمات المبروسة مرفقة بضم هدية تتضمن النقط الأساسية اللازمة لكتسب المطلق وما يقابلها في يوم نهج تشخيصيا.
- هذا يتوي لتقديراتي من خلال الاتسوية لة شكل اختلالا اختلالا اتكبين المطلق مرقديم المعرف للمكتسبة.

ANNEXES



المركز المشفائي لجامعي الحسن الثاني
مصلحة أمراض الطب النفسي

شهادة قبول والتصوير من أجل البحث العلمي

أنا الواقف للمسيد (ة):

المحمل (ة) لبطاقة التوجيه في الخط ندية رقم:

أشهادني قبل طوي من أجل:

- البطولة لمية
- تكي يظ لبة لمتور ندين القسم
- تكي يطي لكة لية الطيفلس
- المؤتمرات لدية
- المؤتمرات لولية

تحت إشراف الأستاذ رشيد وان، وذلك مساهمة ندي في تطوير والتفج لبيلا دنا.

كما أشهادني أخوتهم قطدهم ذال معلوم اياتهم.

لإمضاء:



المركز المشفائي لجامعة الحنثاني
مصلحة أمطن الطب النفسي

شهادة قبول للتصوير من أجل بحث علمي

جديتي ولي أولسيد (ة) :

أنا الواقف أولسيد (ة) :

الدمل (ة) لبطاقة التعريفية رقم :

أشهادني قبل تصويره (ها) من أجل:

- البولغلمية
- تويظ لبة لمتورين القسم
- تويظ لكة لية الطيفلس
- المؤتورات لية
- المؤتورات لولة

تحت إشوفلا أستافوشية وان، وذلك مساهمة في تطويرمنا ليعلا دنا.

كما أشهادني أخوتهم قطدهم ذا لمولع اياتهم.

لإمضاء:



Questionnaire d'évaluation de l'outil d'apprentissage
de la sémiologie psychiatrique

1. Comment trouvez-vous la nouvelle méthode de formation via des séquences vidéo ?
 satisfait moyennement satisfait insatisfait
2. Etes-vous satisfait de cet outil pédagogique par rapport aux tops ?
 satisfait moyennement satisfait insatisfait
3. Est-ce que les séquences vidéo vous facilitent la compréhension et l'apprentissage de la sémiologie psychiatrique ?
 satisfait moyennement satisfait insatisfait
4. Etes-vous pour l'utilisation des séquences vidéo dans les cours magistraux de la psychiatrie ?
 satisfait moyennement satisfait insatisfait
5. Satisfaction globale : êtes-vous satisfait du nouvel outil pédagogique d'apprentissage de la sémiologie psychiatrique ?
 satisfait moyennement satisfait insatisfait

Vos suggestions :

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Taylor D, Paton K, Kuper S : prescribing guidelines, 10 th Edition, Informa Healthcare, 2009.
- [2] Marc Antoine Crocq , Julien Daniel Guelfi :diagnostic and statistical manual of mental disorders , Fifth Edition DSM 5.
- [3] Kaplan H.I, Sadock B.J: Synopsis de psychiatrie, Editions Pradel, Paris, 1998.
- [4] Julien daniel guelfi : Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition DSM-IV-TR.
- [5] Pierre lévy-soussan : Psychiatrie, 3° Edition.
- [6] Bottero A, Canoui P, Granger B : psychiatrie de l'adulte.
- [7] Tribolet S,Paradas C : guide pratique de psychiatrie ,4°Edition.
- [8] Cours de psychiatrie. Disponible à partir du site « <http://www.psychiatriefes.org> »
- [9] O.Chatillon, F .Galua : psychiatrie, pédopsychiatrie, Edition 2008.
- [10] Lemperiere Th, Féline A, Gutmann A, Ades J , Pilate C : Psychiatrie de l'adulte, 2°Edition,Masson.
- [11] Grivots H, Dauchy S, Mathieu P : Urgence psychiatrique, 2° Edition, Masson.
- [12] Jean-Pierre Olié, Marie-France Poirier, Henri Loo : les maladies dépressives, Médecine-science. Flammarion.
- [13] Serge Tribolet. Vocabulaire de santé mentale. Edition de Santé, 2006, 319 pages.
- [14] Lexique de psychiatrie, Français-Arabe, Arabe-Français. A la Faculté de Médecine de Rabat. Dr Khadija Sbai, 1999.