



*REPUBLIQUE FRANCAISE*

DIRECTION DES HOPITAUX  
8, avenue de Ségur  
75350 PARIS 07 SP  
Sous-Direction des Systèmes d'Information  
et des Investissements Immobiliers  
DH / PMSI / morbiditéétude.doc  
Personne chargée du dossier  
Magali RINEAU  
tél : 01 - 40 - 56 - 51 - 97  
fax : 01 - 40 - 56 - 50 - 37  
email : rineau@moka.ccr.jussieu.fr

# **FORMATION PMSI PSYCHIATRIE**

## **TEST FAISABILITE RECUEIL D'INFORMATION STANDARD**

***16 OCTOBRE – 12 NOVEMBRE 2000***

### **MORBIDITE**

### ***EXERCICES***

## Cas N°1

<p>Consultation médicale pour une demande d'admission en hôpital de jour pour personnes âgées</p> <p>M. Jean FOURNIL né le 20 Janvier 1943, présente des troubles cognitifs et des troubles mnésiques secondaires à une <b>encéphalite virale</b> qu'il a présentée quelques mois auparavant.</p> <p>Il vient en consultation avec son épouse.</p>	
--	--

## Cas N°2

Mme Aurélie GRIVE née le 13 février 1927, présente une *affection démentielle* qui s'aggrave depuis deux semaines.

Elle est sous anticoagulants depuis plusieurs années à la suite de précédents accidents vasculaires cérébraux. Elle a été récemment hospitalisée en service de neurologie pour des troubles de la conscience et une parésie gauche progressivement régressive.

Devant l'apparition d'une agitation et d'éléments d'allure délirante, le médecin généraliste a conseillé à la famille cette consultation.

### Cas N°3

M. Armand HENRY né le 23 Mars 1957, est *hospitalisé* après avoir occasionné un accident de la voie publique : il conduisait en état d'ivresse.

Son ***alcoolisme*** est ancien et continu. Il fait l'objet d'une procédure judiciaire et d'une injonction de soins.

Il ne présente pas de troubles psychiatriques, mais au plan somatique il présente des troubles de la marche liés à une paralysie de la loge antéro-externe de jambe et des troubles de l'équilibre par atteinte toxique du cervelet.

Il est logé par la ville et vit en situation de *précarité et d'exclusion sociale*. Il touche une petite pension d'invalidité et ne travaille pas. Il vit en concubinage avec une compagne qui partage avec lui le même problème d'alcool mais refuse tout soin, ce qui ne l'encourage pas à se traiter.

Il n'entretient pas de lien avec sa famille. Sa mère est décédée quelques années auparavant.

#### Cas N°4

<p>Monsieur Yves ORANGE, né le 5 juillet 1975 est hospitalisé le 24 octobre 2000, suite à des <i>manifestations de violence</i> au domicile familial où il vit avec sa mère (parents séparés quand il avait 9 ans).</p> <p>On note l'existence de quelques consultations isolées dans son enfance(9/10 ans) au CMPP.</p> <p>Il prend des <i>toxiques</i> : de l'alcool depuis l'âge de 14 ans, période où il a quitté sa scolarité, puis différents produits, par voie orale. Il parle aujourd'hui de 6cp d'ecstasy par jour en plus de l'alcool et autres produits. Il a été suivi et traité par une psychiatre du centre de santé pendant plusieurs mois l'année précédente puis il a arrêté brutalement le traitement et repris l'intoxication.</p> <p>Il se plaint d'angoisses massives, qui seraient sensibles au TERCIAN. Il fait état de sensations hallucinatoires qui persistent. Il situe ses passages à l'acte violents comme impulsifs; ils surviennent dans des moments d'angoisse massive qu'ils viennent soulager.</p> <p>Il présente une instabilité émotionnelle, avec des angoisses, une sensation de vide intérieur, une tendance fusionnelle, qui font poser le diagnostic de <i>personnalité border-line</i></p> <p>-----</p>	<p>HOSPITALISATION</p> <p>-----</p>
--	-------------------------------------

<p>Au cours de la semaine suivante</p> <p>on observe de façon aiguë, l'installation d'un état dissociatif accompagné d'un syndrome hallucinatoire variable et changeant d'un jour à l'autre .</p> <p>Le tout accompagné d'un bouleversement émotionnel:</p> <p>Au total un <i>trouble aigu et instable avec symptômes schizophréniques</i>.</p> <p>D'autre part, il garde une grande appétence aux <i>toxiques</i> dont il reste dépendant et qui sont, pour lui, une tentative de contrôle de sa pathologie.</p> <p>_____</p>	<p>(suite)</p> <p>_____</p>
--	-----------------------------

## Cas N°5

Mademoiselle Catherine BLANCHE se rend à sa consultation le mercredi 18 octobre 2000 au C.M.P.

Née le 13 Mars 1960, elle est suivie pour une ***schizophrénie paranoïde*** actuellement en période de *rémission*. Elle est suivie depuis 1990, date du premier épisode pathologique pour lequel elle a été hospitalisée.

Elle travaille en C.A.T., perçoit son A.A.H. et vit avec un ami dans le 77 depuis deux ans. Elle n'a fait l'objet d'aucune mesure de protection des biens.

A l'issue de la consultation avec son psychiatre qui a duré environ 35 mn, elle rejoint l'infirmière qui lui fait son injection retard, s'entretient avec elle (15 mn) et lui donne les dates de ses prochains rendez-vous.

## Cas N°6

Madame Jeanne NOIRE a été hospitalisée le 20 octobre 2000 pour des troubles délirants et hallucinatoires d'installation progressive pour lesquels un diagnostic de *psychose hallucinatoire chronique* est posé.

Cette patiente née le 08 juin 1938 est veuve depuis deux ans.

Elle a été traitée, peu après le décès de son époux, pour un cancer du sein.

Pendant son hospitalisation, une rechute néoplasique a été diagnostiquée et elle a dû faire l'objet d'un accompagnement quotidien pour des examens et des soins *de plus d'une heure par jour*.



## Cas N°7

Madame Françoise BRUNE , née le 20 Juin 1956 est hospitalisée en H.D.T. le 4 novembre 2000, venant des urgences de l'hôpital général à la suite d'une tentative de suicide par médicaments + alcool.

Elle sort du service de réanimation ou elle a passé 2 jours. Elle paraît encore déprimée. Il s'agit d'un ***épisode dépressif moyen*** sans symptômes somatiques.

Elle présente une personnalité immature et dépendante

Elle évoque des difficultés sentimentales à l'origine de son acte. Il existe des *antécédents de tentatives de suicide*, toujours de façon impulsive, dans des mouvements de *dépression abandonnique*, répondant à des placements multiples dans l'enfance, et un manque de relations affectives stables.

.

### Cas N°8

Monsieur André PORT , né le 5 septembre 1937, vient en consultation pour le renouvellement de son traitement.

Il a été hospitalisé à plusieurs reprises depuis 1967, pour des *épisodes maniaques avec symptômes psychotiques*.

Le dernier épisode est survenu au décès de son épouse, et depuis il vit seul . Il a traversé, au décours de cet épisode une période de découragement puis son état s'est amélioré.

Il est actuellement *stabilisé*, à la retraite et sans aucune mesure de protection de ses biens

On note des *antécédents familiaux* de troubles mentaux : sa mère a été suivie pour la même pathologie.

## Cas N°9

Monsieur RUBIO, né le 04 septembre 1960, se présente au C.M.P. le 26 Octobre 2000.

Il est reçu par l'infirmière. Il décrit la survenue *depuis une semaine* des **troubles anxieux** qui sont apparus à la suite d'un accident dont il a été le spectateur impuissant.

En effet, Monsieur R. travaille sur un chantier et a assisté à la chute mortelle d'un des ouvriers qu'il connaissait bien.

Depuis, il présente des *angoisses importantes* ; il se plaint de troubles de l'attention ainsi que de troubles du sommeil avec des cauchemars où il revit l'événement traumatisant. Il décrit de véritables attaques de panique, survenant n'importe quand, même au travail.

Il n'a pas d'antécédent psychiatrique.

Il ne vit en France que depuis quelques mois, pour des raisons professionnelles. Il maîtrise mal la langue. Sa femme et ses enfants sont restés au Portugal d'où il est originaire et il souffre de cette séparation provisoire.

### Cas N°10

Monsieur Jacques VERT est né le 13 Novembre 1956. Il est célibataire. Il est instituteur, actuellement suspendu.

Il consulte depuis 2 ans, à sa demande, à la suite de son inculpation dans une affaire de ***pédophilie*** (attouchements sur des fillettes de sa classe) . Il est, depuis lors, en attente de son procès. Il a reconnu les faits.

Il présente des troubles évidents de la sexualité survenant sur une personnalité névrotique.

On note des dysfonctionnements dans la fratrie : son frère cadet est fréquemment incarcéré pour des actes de violence et de délinquance.

D'autre part, il vit chez sa sœur qui présenterait depuis l'enfance un handicap physique qui semble l'avoir marqué.

De plus, il présente une consommation continue et ancienne d'***alcool*** qu'il utilise comme un pseudo-sédatif.

### Cas N°11

<p>Monsieur Victor MARTIN, né le 8 septembre 1965 vient en consultation avec sa mère chez qui il vit.</p> <p>Il présente un <i>retard mental</i> qualifié de moyen et présente des troubles du comportement depuis environ un mois. C'est le médecin généraliste de la famille qui a conseillé à la maman de venir consulter.</p> <p>Victor n'a pas d'occupation particulière dans la journée. Il est entièrement à la charge de sa mère car il est très dépendant : peu de langage, aucune autonomie pour les déplacements par contre pas de troubles sphinctériens. Il s'alimente seul : sa mère lui prépare des repas. Elle lui fait sa toilette.</p> <p>Les parents se sont séparés alors que Victor avait trois ans, et l'absence de présence d'un tiers paternel semble un élément déterminant des décompensations.</p>	
---	--

## Cas N°12

<p>Mademoiselle Stéphanie BLEU née le 01 juillet 1984 vient ce jour au C.M.P. pour un entretien de psychothérapie.</p> <p>Elle est suivie depuis 6 mois à la suite d'un épisode d'<i>anorexie mentale</i>. Elle a été hospitalisée à cette époque pendant un mois et demi dans un service de pédiatrie où elle était suivie par un psychiatre du secteur.</p> <p>Dans les antécédents, on note : une naissance prématurée de 15 jours.</p> <p>Des difficultés importantes dans le couple parental qui est en cours de séparation, Stéphanie étant une enfant unique.</p> <p>Elle ne présente pas d'autres troubles psychiatriques.</p>	
--	--

### Cas N°13

Elodie MARIE, née le 8 août 1991, vient au CMPP où elle a été adressée pour des ***troubles des acquisitions scolaires*** portant en particulier sur l'apprentissage du *langage écrit*.

La fillette est placée dans une famille d'accueil depuis un an. Ses parents ont tous les deux des problèmes liés à l'alcool. Deux autres enfants du couple sont déjà placés en famille d'accueil.

Elodie présente également une ***énurésie*** depuis son placement en famille d'accueil.

Elle est suivie par l'orthophoniste et la psychologue du CMPP où elle se rend chaque semaine.

### Cas N°14

Mademoiselle Francine JAUNE, née le 16 août 1980, est hospitalisée à la suite de l'échec d'un projet de placement en foyers et lieux de vie.

Francine est placée depuis son enfance en IME. Ses parents sont séparés et ne peuvent en assurer la garde. La mère l'accueille certaines fin de semaine.

Elle présente un *syndrome autistique* et une *épilepsie stabilisée*, traitée depuis l'enfance.

A la demande de sa famille, des investigations sont débutées, en milieu neurologique, qui montrent, au niveau du cortex cérébral, des anomalies (malformations vraisemblablement congénitales )



### Cas N°15

Patrice VIOLET, né le 3 janvier 1988, vient en consultation pour des *troubles du comportement*.

Il se montre volontiers agressif ou provocateur notamment dans le milieu scolaire d'où il a été renvoyé à plusieurs reprises, mais aussi dans le milieu familial.

Depuis quelques mois, il participe à des vols dans une bande de garçons du même âge.

Sur l'injonction du juge des enfants, il vient à la consultation avec sa mère.

Il ne connaît pas son père qui a quitté la mère alors qu'elle était enceinte. Celle-ci a peu de contact avec un milieu familial rejetant à son égard. Elle paraît dépassée par les problèmes que lui pose son fils.

### Cas N°16

<p>Amélie PRUNE , née le 30 Juin 1990, est amenée par sa mère à la consultation pour un <b><i>bilan psychologique demandé par l'école</i></b> afin de statuer sur un passage anticipé dans une classe supérieure à son niveau d'âge.</p> <p>Elle ne présente <b><i>pas de trouble psychologique</i></b> patent à l'examen clinique.</p> <p>Un bilan psychologique est demandé par le psychiatre pour compléter l'examen.</p>	
--	--

### Cas N°17

<p>Garçonnet de 7 ans adressé au CMP par le psychologue scolaire en raison de <b>difficultés d'apprentissage</b>. L'enfant est vu avec sa maman au CMP par le médecin puis seul, puis à nouveau accompagné de sa maman. C'est leur premier contact avec notre service. <b>Il présente un tableau de dépression masquée</b> et il est difficile de savoir si les difficultés scolaires sont la cause de ce vécu d'échec et de dépression ou si une dépression préexistante est cause des difficultés d'adaptation scolaire.</p> <p>Il est proposé un bilan psychologique puis éventuellement un bilan pédagogique à notre consultation.</p> <p>Cette première consultation a duré une heure.</p>	
---	--

### Cas N°18

Un enfant de 3 ans est vu en consultation au CMP avec ses deux parents par le pédopsychiatre sur conseil du pédiatre et de la maîtresse de maternelle. Il présente de grosses difficultés d'adaptation au groupe scolaire, il s'isole ou reste accolé à la maîtresse. Un retard du développement psychomoteur et affectif apparaît très nettement, prédominant au plan du langage et des acquisitions symboliques. Des comportements de repli, des antécédents de « bébé trop sage », des stéréotypies avec regard périphérique amènent à évoquer **une grave dysharmonie d'évolution d'allure autistique.**

Un bilan neuropédiatrique est programmé. Des soins sous forme de cure institutionnelle en hôpital de jour psychothérapique pour enfants avec guidance parentale sont proposés aux parents.

Le garçonnet a été vu et observé en compagnie de ses parents avec un entretien très long sur les antécédents et les étapes développementales de celui-ci.

Cette première consultation a duré une heure.

### Cas N°19

Un garçon de 11 ans est vu en compagnie de sa mère par le pédopsychiatre dans le cadre d'un suivi régulier ambulatoire au CMP conjointement à une prise en charge en CATTP qui a démarré il y a 9 mois (groupe psychothérapique pour enfants).

L'enfant fréquente le groupe une après-midi par semaine et il est vu en consultation une fois par mois avec sa mère et parfois son père.

**Il s'agit d'une dysharmonie d'évolution** avec une dysmaturité importante chez un jeune aux potentialités sub-normales ayant entraîné un très important retard scolaire amenant à envisager l'orientation en SEGPA ou UPI. Ces troubles se manifestent dans un contexte familial très névrotique.

La consultation a duré 45 minutes.

## Cas N°20

Les parents d'une fillette de 6 ans, prise en charge en hôpital de jour psychothérapique pour enfants, sont rencontrés dans le cadre du contrat thérapeutique implicite à toute prise en charge en hôpital de jour, par le médecin coordonnateur de cette structure, dans le bureau médical de l'hôpital de jour.

Il s'agit d'une **fillette psychotique** qui est suivie depuis l'âge de 4 ans ½ en hôpital de jour 4 jours par semaine qui vient de démarrer une intégration scolaire en classe spécialisée au rythme d'une demi-journée par semaine.

Les parents sont vus toutes les 6 semaines pour un entretien d'une heure alternativement en présence ou en l'absence de leur fillette.

## Cas N°21

Un adolescent de 15 ans, élève en 4° au CES est rencontré par le pédopsychiatre avec ses deux parents au CMP sur conseil d'un professeur auquel ils s'étaient ouverts de leurs inquiétudes. Le garçon, intelligent, est en **échec scolaire**, il **refuse la scolarité et souhaite travailler**. Les rapports en famille sont très tendus et les parents se sentent dépassés.

Pendant la consultation, en présence des parents, le jeune est buté, refuse de s'exprimer.

Il s'agit d'un **tableau de crise adolescente assez banale**. Il sera proposé un accompagnement ambulatoire par un éducateur de notre équipe soignante à raison de deux rencontres hebdomadaires à domicile. L'entretien s'est déroulé avec les deux parents et l'adolescent puis avec lui seul puis les trois ensemble à nouveau. Le tout a duré plus d'une heure.

## Cas N°22

Une adolescente de 15 ans qui est arrivée à l'hôpital général en Pédiatrie via la Réanimation après une **intoxication médicamenteuse volontaire** est vue par le pédopsychiatre de l'intersecteur assurant le travail de liaison prévu conventionnellement entre les deux structures.

Après un entretien de 45 mn le matin dans la chambre de la patiente, il est programmé une rencontre le lendemain avec les parents ainsi qu'une visite par une infirmière de l'intersecteur, l'après-midi, qui œuvre dans le cadre de cette convention de liaison.

**Il sera proposé un séjour de déconditionnement de trois jours en Pédiatrie avec une rencontre quotidienne avec l'infirmière de pédopsychiatrie puis un suivi psychothérapique individuel à la consultation de CMP la plus proche du domicile de l'adolescente.**



### Cas N°23

<p>A la demande d'une sage-femme du service de Maternité de l'hôpital général, le pédopsychiatre de l'intersecteur assurant le travail de liaison prévu conventionnellement, rencontre une <b>jeune accouchée de 22 ans qui présente un tableau dépressif prononcé</b>. L'entretien mettra en évidence <b>la fragilité psycho-affective</b> de la jeune mère, des <b>antécédents de syndrome dépressif à l'adolescence et son isolement familial et social</b>.</p> <p>Il lui sera proposé quelques rencontres pendant le séjour en Maternité avec une puéricultrice de l'intersecteur afin d'organiser une aide à domicile dès la sortie de la Maternité et une prise en charge deux jours par semaine en hôpital de jour mère-bébé est également programmée.</p>	
--	--

### Cas N°24

<p>Le garçonnet de 7 ans rencontré par le pédopsychiatre au CMP est reçu avec ses parents par la psychologue de la consultation pour un bilan comprenant le passage du test de Terman puis du T.A.T. Cette passation s'effectuera en 3 séquences d'une heure chacune à une semaine d'intervalle chaque fois.</p>	
--	--