



CONFERENCE DE PSYCHIATRIE

21/02/24

Rédaction des sujets

Julie Garrivet, Alix Bottier, Soufiane R'Biaa, Arnaud Bugnet, Paloma Torres

Relecture

Pr Amad (psychiatrie adulte, Lille), Pr Limosin (psychiatrie adulte, université de Paris),
Pr Consoli (Pédopsychiatrie, Paris VI)



Tous les dossiers de cette conférence ont été relus par des PU-PH et MCU-PH membres des collèges de la spécialité.

Le contenu de cette conférence (oral et écrit) ne reflète en rien la position ni du jury national des EDN/ECOS, ni du conseil scientifique de médecine du centre national des concours d'internats, ni des collèges d'enseignants ni de la conférence des doyens des facultés de médecine.

Ces instances n'approuvent ni ne désapprouvent le contenu de cette conférence. Cette conférence ne préjuge pas des réponses à apporter lors d'une future session du concours, selon le principe constant de souveraineté des jurys.



Dossier progressif 1

Julie Garrivet
DES Psychiatrie
FST Sommeil
Angers

Dossier progressif 1 (items 66)



Vous recevez aux urgences madame A., âgée de 26 ans, qui se présente spontanément devant des **palpitations** avec une **dyspnée**, des **sueurs**, des **tremblements** et des **nausées** d'apparition **brutale**.

DP1, Question 1



Q1) Quelles sont vos hypothèses diagnostiques à ce stade ?

- A) Syndrome de sevrage en alcool
- B) Syndrome de sevrage en benzodiazépines
- C) Crise d'asthme
- D) Intoxication aigue à l'ecstasy
- E) Embolie pulmonaire

DP1, Question 1



Q1) Quelles sont vos hypothèses diagnostiques à ce stade ?

- A) Syndrome de sevrage en alcool**
- B) Syndrome de sevrage en benzodiazépines**
- C) Crise d'asthme**
- D) Intoxication aigue à l'ecstasy**
- E) Embolie pulmonaire**

DP1, Question 1



Face à une potentielle attaque de panique :

- SCA / dissection aortique
- Insuffisance cardiaque / troubles du rythme
- HTA
- Asthme
- EP
- Pneumopathie
- Epilepsie
- Migraine
- AIT
- Hypoglycémie / Cushing / Hyperthyroïdie / Hyperparathyroïdie
- Intoxication aigue / sevrage



DP1, Question 2

Q2) Au bout de 30 minutes les symptômes se sont amendés. Votre examen clinique est strictement normal, le bilan biologique est en attente. Madame A. vous rapporte un sentiment « d'étrangeté de soi » pendant cet épisode, de ne plus être dans son corps, d'être « détachée ». Quel est ce syndrome et que vous évoque-t-il ?

- A) Syndrome de déréalisation
- B) Syndrome de dépersonnalisation
- C) Syndrome de désorganisation
- D) Schizophrénie
- E) Attaque de panique



DP1, Question 2

Q2) Au bout de 30 minutes les symptômes se sont amendés. Votre examen clinique est strictement normal, le bilan biologique est en attente. Madame A. vous rapporte un sentiment « d'étrangeté de soi » pendant cet épisode, de ne plus être dans son corps, d'être « détachée ». Quel est ce syndrome et que vous évoque-t-il ?

- A) Syndrome de déréalisation
- B) Syndrome de dépersonnalisation**
- C) Syndrome de désorganisation
- D) Schizophrénie
- E) Attaque de panique

DP1, Question 2



- **Syndrome de déréalisation :**
 - Sentiment que le monde autour de soi est irréel et étrange
 - Également un symptôme d'AP mais non décrit ici
- **Syndrome de désorganisation :**
 - Rencontré dans la schizophrénie, constant dans le temps
 - Cours de la pensée (barrages, fading), système logique (illogismes, ambivalence, rationalisme morbide, raisonnement paralogique), langage (néologismes, schizophasie), affects (discordance idéo-affective), comportement (maniérisme, parakinésies).

DP1, Question 2



- **Syndrome de dépersonnalisation :**
 - Sentiment d'étrangeté, ne plus être soi-même, être détaché de soi et de son corps, « spectateur de la scène »
 - Fait évoquer, en plus de l'examen clinique normal et de l'amendement des symptômes en 30 minutes, une **attaque de panique**.

DP1, Question 3



Q3) Vous retenez une attaque de panique. Quels éléments vous feraient évoquer un **trouble panique** ?

- A) La présence d'un facteur déclenchant
- B) La répétition des attaques de panique
- C) Le fait que l'attaque de panique ait mené à un passage aux urgences
- D) L'anxiété anticipatoire (de refaire une attaque de panique)
- E) La présence d'idées suicidaires

DP1, Question 3



Q3) Vous retenez une attaque de panique. Quels éléments vous feraient évoquer un **trouble panique** ?

- A) La présence d'un facteur déclenchant
- B) La répétition des attaques de panique**
- C) Le fait que l'attaque de panique ait mené à un passage aux urgences
- D) L'anxiété anticipatoire (de refaire une attaque de panique)**
- E) La présence d'idées suicidaires

DP1, Question 3



- **Trouble panique :**
 - Attaques de panique **récurrentes et inattendues**
 - **Anxiété anticipatoire** « peur d'avoir peur »
 - **Conduites d'évitement**
 - Depuis **1 mois ou plus**
 - *Les attaques de paniques ne sont pas liées à une situation sociale, un traumatisme, une obsession...*



DP1, Question 3



- Agoraphobie (*trouble panique = avec ou sans agoraphobie*) au moins 2 situations parmi :
 - Transport en commun
 - Endroits ouverts
 - Endroits clos
 - File d'attente/foule
 - Seul à l'extérieur du domicile

DP1, Question 4



Q4) Madame A. vous rapporte qu'il s'agit d'une attaque de panique isolée survenue devant l'entrée de sa faculté où elle devait passer un oral pour ses examens de fin de trimestre. Quels symptômes recherchez-vous pour envisager le diagnostic de phobie sociale ?

- A) Crainte d'agir de façon embarrassante sous le regard d'autrui
- B) Peur de parler en public
- C) Anxiété anticipatoire de rougir en public
- D) Confrontations répétées aux situations sociales anxiogènes
- E) Peur de ne pas pouvoir s'échapper facilement d'un lieu public

DP1, Question 4



Q4) Madame A. vous rapporte qu'il s'agit d'une attaque de panique isolée survenue devant l'entrée de sa faculté où elle devait passer un oral pour ses examens de fin de trimestre. Quels symptômes recherchez-vous pour envisager le diagnostic de phobie sociale ?

- A) Crainte d'agir de façon embarrassante sous le regard d'autrui**
- B) Peur de parler en public**
- C) Anxiété anticipatoire de rougir en public**
- D) Confrontations répétées aux situations sociales anxiogènes
- E) Peur de ne pas pouvoir s'échapper facilement d'un lieu public

DP1, Question 4



- **Anxiété sociale :**
 - Anxiété intense en **situations sociales ou de performance** (sous le regard et le jugement d'autrui)
 - Crainte d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété (agir de façon humiliante ou embarrassante, rougir, bafouiller...)
 - **6 mois ou plus**
 - Pas mieux expliqué par substances ou par autre trouble
- **Peur de ne pouvoir s'échapper facilement**
 - Evocateur de trouble panique !



DP1, Question 5



Q5) Quels sont les traitements de la phobie sociale sévère ?

- A) EMDR
- B) Thérapie cognitive et comportementale de groupe
- C) Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
- D) Antidépresseurs tricycliques
- E) Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

DP1, Question 5



Q5) Quels sont les traitements de la phobie sociale sévère ?

- A) EMDR
- B) Thérapie cognitive et comportementale de groupe**
- C) Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline**
- D) Antidépresseurs tricycliques
- E) Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine**

DP1, Question 5



- **EMDR**
 - Traitement de référence du trouble de stress post-traumatique
- Phobie sociale
 - Traitement de référence = **TCC** (encore mieux en groupe car principe d'exposition !)
 - **ISRS ou IRSNa** recommandés en association à la TCC en cas de forme sévère

DP1, Question 6



Q6) Madame A. ne rapporte pas d'anxiété lors des interactions sociales ou des situations de performance habituellement. Vous ne retenez pas la phobie sociale. En revanche elle rapporte depuis environ 2 ans des inquiétudes et des ruminations diverses incontrôlables concernant l'avenir, le quotidien, ses proches, ses études. Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?

QROC

DP1, Question 6



Q6) Madame A. ne rapporte pas d'anxiété lors des interactions sociales ou des situations de performance habituellement. Vous ne retenez pas la phobie sociale. En revanche elle rapporte depuis environ 2 ans des inquiétudes et des ruminations diverses incontrôlables concernant l'avenir, le quotidien, ses proches, ses études. Quel diagnostic évoquez-vous ?

Trouble anxieux généralisé

DP1, Question 6



- **Trouble anxieux généralisé :**
 - Anxiété **excessive** « intolérance à l'incertitude »
 - **Non justifiée** par des éléments réels
 - **Non contrôlable**
 - 6 mois ou plus
 - Pas mieux expliqué par substances ou par autre trouble



DP1, Question 7



Q7) Quels symptômes physiques sont des critères diagnostiques du trouble anxieux généralisé ?

- A) Ralentissement psychomoteur
- B) Agitation
- C) Irritabilité
- D) Sueurs
- E) Hypersomnie

DP1, Question 7



Q7) Quels symptômes physiques sont **des critères diagnostiques** du trouble anxieux généralisé ?

A) Ralentissement psychomoteur

B) Agitation

C) Irritabilité

D) Sueurs

E) Hypersomnie

DP1, Question 7



- **Symptômes physiques (critère C) :**

C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois) :

- * agitation ou sensation d'être survolté ou à bout ;
- * fatigabilité ;
- * difficultés de concentration ou trous de la mémoire ;
- * irritabilité ;
- * tension musculaire ;
- * perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu agité et non satisfaisant).

DP1, Question 8



Q8) Parmi ces propositions quelles situations pourraient remettre en question le diagnostic de trouble anxieux généralisé chez madame A. ?

- A) La découverte de prise de cocaïne au bilan de toxiques réalisé aux urgences
- B) Un épisode dépressif caractérisé
- C) Une TSH abaissée
- D) Une composante hypocondriaque
- E) Un mésusage en benzodiazépines

DP1, Question 8



Q8) Parmi ces propositions quelles situations pourraient remettre en question le diagnostic de trouble anxieux généralisé chez madame A. ?

- A) La découverte de prise de cocaïne au bilan de toxiques réalisé aux urgences**
- B) Un épisode dépressif caractérisé
- C) Une TSH abaissée**
- D) Une composante hypocondriaque
- E) Un mésusage en benzodiazépines**

DP1, Question 8



- E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. : substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. : hyperthyroïdie).
- F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental.

- Diagnostiques différentiels :
 - . Troubles psychiatriques

Il s'agit des autres troubles anxieux, notamment le trouble stress post-traumatique ou le trouble de l'adaptation (contrairement à ces troubles « réactionnels au stress », les patients souffrant de TAG présentent des inquiétudes permanentes, même en dehors de tout événement de vie stressant), le trouble panique et le trouble obsessionnel compulsif. L'hypocondrie doit également être évoquée (cf. **Item 72**), même si une composante hypocondriaque (inquiétudes concernant la santé) est fréquemment retrouvée dans le TAG.

Un épisode dépressif caractérisé constitue également un diagnostic différentiel mais peut très bien compliquer un TAG constitué.

- **Episode dépressif caractérisé** : comorbidité fréquente

DP1 Résumé



	Sujet de l'anxiété	Manifestations	Durée
Trouble anxieux généralisé « intolérance à l'incertitude »	Scenario catastrophe (anxiété non justifiée)	Symptômes physiques constants	> 6 mois
Trouble panique « peur d'avoir peur »	Peur de refaire une attaque de panique (anxiété anticipatoire)	Attaques de panique récurrentes	> 1 mois
Anxiété sociale « peur du jugement d'autrui »	Interactions sociales (et/ou situations de performance)	Conduites d'évitement	> 6 mois



Cas clinique N°2

Alix Bottier

DES psychiatrie, Paris

Dossier relu par le Pr. Limosin (Corentin Celton)

Énoncé



Madame V, 24 ans, pas d'antécédent connu

Lorsque vous vous approchez du box de la patiente, celle-ci fait des allers-retours entre son box et le couloir et interpelle toutes les personnes qui passent devant elle.

"Bonjour c'est vous qui vous occupez de moi ? Ah enfin, je vous attendais, vous savez je suis un cas très intéressant, je relève du génie, je vais vous expliquer, je cherchais une boite dans ma cave, et en fouillant attendez, vous êtes médecin ? Ah oui interne, c'est très long vos études, j'aurais adoré soigner les gens. Quand j'étais petite j'aidais ma grand-mère à cuisiner, elle faisait de délicieux roulés à la cannelle. Comme je vous disais maintenant j'ai plein d'idées incroyables, tout va très vite mais j'ai trouvé comment guérir la fuite du pétrole."

Énoncé



Mme V parle très vite, elle est euphorique, vous avez du mal à suivre. Elle interpelle au milieu de l'entretien un de vos collègues qu'elle voit passer. Vous lui demandez ce qui l'amène à consulter et Mme V fond en larmes "vous savez je n'ai pas eu une enfance facile..."

Constantes normales, apyrétique, examen clinique dont neuro normal.

Question 1



A partir des éléments que vous avez, quels sont les 2 diagnostics les plus probables ?

- A- Intoxication aiguë
- B- Encéphalite aiguë
- C- Tumeur cérébrale
- D- Épisode maniaque
- E- Attaque de panique

Question 1



A partir des éléments que vous avez, quels sont les 2 diagnostics les plus probables ?

- A- Intoxication aiguë
- B- Encéphalite aiguë
- C- Tumeur cérébrale
- D- Épisode maniaque
- E- Attaque de panique

Episode maniaque



4.4. Diagnostics différentiels

Les diagnostics différentiels liés à une étiologie non psychiatrique, pouvant induire des syndromes maniaque, hypomaniaque ou dépressif, sont :

- * **substances psychoactives** : usage de substances psychoactives (alcool, cannabis, amphétamines et cocaïne, hallucinogènes). C'est le diagnostic différentiel le plus fréquent (attention un épisode maniaque ou dépressif peut néanmoins faire suite à une prise de substance) ;
- * **neurologiques** : tumeur cérébrale, sclérose en plaque, accident vasculaire cérébral, pathologie neuro-dégénérative (surtout si épisode chez un patient de plus de 40 ans), épilepsie focale (rare) ;
- * **endocrinien** : troubles thyroïdiens (hypo- et hyper-thyroïdie), maladie de Cushing (hypercorticisme) ;
- * **métaboliques** : hypoglycémie, troubles ioniques, maladie de Wilson, etc. ;
- * **iatrogéniques** : médicamenteuses (corticoïdes, antidépresseurs, interféron-alpha, bêta-bloquants, L-Dopa, etc.).

Comme pour tout trouble psychiatrique, une étiologie non psychiatrique devra être éliminée à l'aide :

- * **d'un bilan clinique complet** ;
- * **d'un bilan paraclinique** :

Episode maniaque



Bilan sanguin	Glycémie capillaire, voire veineuse. Ionogramme, calcémie. Bilan urinaire initial : urée, créatinémie. NFS, plaquettes, CRP. TSH_{US} . Bilan hépatique.
Bilan urinaire	Toxiques urinaires : cannabis, cocaïne, opiacés, amphétamines.
Imagerie	<u>Cérébrale : si c'est un premier épisode, au mieux une IRM, en urgence en cas de signe d'appel neurologique ou de manifestations atypiques, sans urgence autrement.</u> EEG (si c'est un premier épisode ou pour les autres épisodes s'il existe des signes d'appel neurologique). ECG (bilan pré-thérapeutique des antipsychotiques et du lithium).
Autres examens complémentaires	Selon points d'appels cliniques.

Question 1



- A- Un tableau d'épisode maniaque ou d'épisode psychotique aiguë est possible dans un contexte d'intoxication aiguë et ce diagnostic doit toujours être éliminé avant de pouvoir poser un diagnostic psychiatrique.
- B- C'est un diagnostic différentiel possible mais pas le plus probable car la patiente est apyrétique et son examen neurologique est normal.
- C- Idem, cependant on fait une imagerie cérébrale systématiquement devant un premier épisode psychotique aigu ou un premier épisode maniaque.
- D- Vrai, la symptomatologie correspond très bien même si nous n'avons pas encore la temporalité.
- E- Faux, la symptomatologie ne correspond pas

Énoncé



Lorsque vous reprenez l'interrogatoire avec sa colocataire, elle vous explique qu'elle a commencé à dormir de moins en moins depuis qu'elle a pris un poste de nuit il y a 4 mois. Depuis une semaine elle ne dort que 2 ou 3 heures même les nuits où elle ne travaille pas et semble pourtant déborder d'énergie.

Énoncé



Lorsque vous reprenez l'interrogatoire avec sa colocataire, elle vous explique qu'elle a commencé à dormir de moins en moins depuis qu'elle a pris un poste de nuit il y a 4 mois. Depuis une semaine elle ne dort que 2 ou 3 heures même les nuits où elle ne travaille pas et semble pourtant déborder d'énergie.

= insomnie sans fatigue et augmentation anormale de l'énergie

Question 2



Vous suspectez un premier épisode maniaque, quels sont les 5 éléments de l'observation en faveur de ce diagnostic ?

- A- akathisie
- B- hypervigilance
- C- insomnie
- D- alogie
- E- altération de l'attention
- F- tachyphémie
- G- athymhormie
- H- fuite des idées
- I- labilité émotionnelle
- J- ambivalence

Question 2



Vous suspectez un premier épisode maniaque, quels sont les 5 éléments de l'observation en faveur de ce diagnostic ?

- A- akathisie
- B- hypervigilance
- C- insomnie
- D- alogie
- E- altération de l'attention
- F- tachyphémie
- G- athymhormie
- H- fuite des idées
- I- labilité émotionnelle
- J- ambivalence

Sémiologie



Lorsque vous vous approchez du box de la patiente, celle-ci fait des allers-retours entre son box et le couloir et **interpelle** toutes les personnes qui passent devant elle.

"Bonjour c'est vous qui vous occupez de moi ? Ah enfin, je vous attendais, vous savez **je suis un cas très intéressant, je relève du génie**, je vais vous expliquer, je cherchais une boîte dans ma cave, **et en fouillant attendez, vous êtes médecin** ? Ah oui interne, c'est très long vos études, **j'aurais adoré soigner les gens**. Quand j'étais petite j'aidais ma grand-mère à cuisiner, elle faisait de délicieux roulés à la cannelle. Comme je vous disais maintenant j'ai plein d'idées incroyables, tout va très vite mais **j'ai trouvé comment guérir la fuite du pétrole**." *Mme V parle très vite, elle est euphorique, vous avez du mal à suivre.* Elle interpelle au milieu de l'entretien **un de vos collègues** qu'elle voit passer. Vous lui demandez ce qui l'amène à consulter et **Mme V fond en larmes** "vous savez je n'ai pas eu une enfance facile..."

plus grande
communicabilité

idées de grandeur

distractibilité

coq à l'âne

fuite des idées
(mais aussi
tachypsychie)

tachyphémie

labilité
émotionnelle

Question 2



C- **insomnie** : vrai, le temps de sommeil est diminué, c'est un **symptôme peu spécifique** en psychiatrie mais qui doit faire évoquer un épisode maniaque, ce qui est plus spécifique pour l'épisode maniaque c'est la diminution du besoin de sommeil, c'est à dire diminution du temps de sommeil sans sensation de fatigue.

E- **altération de l'attention** : vrai, il existe des troubles de la concentration et une distractibilité dans l'épisode maniaque qu'on retrouve ici "... et en fouillant attendez, vous êtes médecin ?", "Elle interpelle au milieu de l'entretien un de vos collègues qu'elle voit passer".

F- **tachyphémie** : vrai, "Mme V parle très vite".

H- **fuite des idées** : vrai, c'est l'impression que les idées fusent, "j'ai plein d'idées incroyables, tout va très vite".

I- **labilité émotionnelle** : vrai, elle est euphorique puis fond en larmes.

Question 2



- A- **akathisie** : faux, sensation de tension musculaire et d'impatience conduisant à une incapacité de rester en place, c'est généralement un effet indésirable des antipsychotiques.
- B- **hypervigilance** : faux symptôme des troubles anxieux (TAG, PTSD)
- D- **alogie** : faux, alogie = discours pauvre, c'est un symptôme du syndrome négatif qu'on retrouve dans la schizophrénie.
- G- **athymhormie** : faux, athymhormie = perte de l'élan vital, c'est l'association de la disparition de l'humeur (athymie) et d'une aboulie.
- J- **ambivalence** : faux, c'est le fait d'éprouver ou manifester simultanément deux sentiments opposés à l'égard d'un même objet, c'est un symptôme de désorganisation et on ne le retrouve pas ici.

NB : coq à l'âne = enchainement des pensées trop rapide par rapport à la parole =/= relachement des associations d'idées = désorganisation (altération du système logique)

Question 3



La patiente est agitée, concernant la prise en charge de l'agitation pour cette patiente, quelles sont les propositions adaptées :

- A- vous prescrivez une injection IM d'un antipsychotique sédatif (lozapine) d'emblée
- B- vous proposez un traitement oral par benzodiazépines
- C- vous prescrivez une contention chimique et physique
- D- vous expliquez à la patiente le traitement qu'elle va recevoir et qu'elle sera ensuite hospitalisée sous contrainte dans le cadre de son épisode maniaque
- E- vous fermez son box à clés pour empêcher la patiente de se mettre en danger

Question 3



La patiente est agitée, concernant la prise en charge de l'agitation pour cette patiente, quelles sont les propositions adaptées :

- A- vous prescrivez une injection IM d'un antipsychotique sédatif (lozapine) d'emblée
- B- vous proposez un traitement oral par benzodiazépines**
- C- vous prescrivez une contention chimique et physique
- D- vous expliquez à la patiente le traitement qu'elle va recevoir et qu'elle sera ensuite hospitalisée sous contrainte dans le cadre de son épisode maniaque**
- E- vous fermez son box à clés pour empêcher la patiente de se mettre en danger



Devant une agitation

Exploration clinique et paraclinique : cause organique ?

PEC :

1) relationnelle +++ : environnement calme, éclairée
Contact verbal, comportement empathique, **DÉSCALADE**
Evaluation et prévention du risque auto- et hétéro-agressif
systématique, y compris involontaire (enlever objets dangereux,
fermer fenêtres, etc)

Devant une agitation



2) pharmacologique : BZD (anxiolytique) et/ou antipsychotique (sédatif)

Si étiologie non psychiatrique : ttt étiologique > BZD >> AP (agitation sévère)

BZD ½ vie courte, ECG préalable si AP, privilégier monothérapie

Proposer ++, PO >>> IM (mal vécu + hémostase !)

Surveillance rapprochée après

3) contention mécanique : dernier recours, le moins longtemps possible, traumatisant, peut aggraver confusion, surveillance ++
Indiqué si risque auto- ou hétéro-agressif imminent et que les mesures alternatives sont inefficaces ou inappropriées.

Toujours associée à sédation médicamenteuse

1.3.2. Traitements pharmacologiques

Le patient devrait être impliqué autant que possible dans le choix de son traitement et de sa voie d'administration. Le principal objectif du traitement pharmacologique de l'agitation est d'apaiser rapidement le patient sans le sédater de façon trop importante.

Les classes médicamenteuses concernées dans la prise en charge de l'agitation correspondent aux benzodiazépines et aux antipsychotiques.

Dans le cadre d'une agitation d'étiologie non psychiatrique, le traitement médicamenteux est étiologique et curatif. Si un traitement anxiolytique ou sédatif symptomatique est nécessaire du fait de l'intensité de l'agitation ou de l'anxiété, les benzodiazépines à demi-vie courte (p. ex. : oxazépam per os) seront privilégiées. Les antipsychotiques (p. ex. : cyamémazine, loxapine) doivent être réservés aux agitations sévères car ils peuvent aggraver les troubles de la vigilance, et ne devraient pas être administrés sans ECG préalable (risque de troubles de rythme en cas de QT long). Les traitements per os doivent être privilégiés aux traitements intramusculaires. Les doses de traitements anxiolytiques doivent être le plus faible possible, en particulier chez la personne âgée.

Il faut privilégier la monothérapie, évaluer l'effet du premier traitement prescrit, et éviter l'escalade des doses avec des effets cumulatifs différents sur la vigilance.

Une surveillance rapprochée (tolérance sur les fonctions vitales, efficacité sur l'état d'agitation) est indispensable.

Lors d'une agitation dont l'étiologie ne peut être déterminée, les mêmes principes pharmacologiques seront appliqués.

Lorsqu'un trouble psychiatrique est à l'origine de l'état d'agitation, les mêmes règles générales s'appliquent. Le traitement médicamenteux en urgence est exclusivement symptomatique, à visée sédatrice et/ou anxiolytique. La mise en place d'un traitement adapté au trouble (thymorégulateur, antidépresseur, antipsychotique à visée antidéliante ou antimaniaque) doit se faire de manière différée, afin de permettre une évaluation sémiologique correcte à distance de la situation d'urgence, et après un bilan pré-thérapeutique (cf. [Item 74](#)).



Contention mécanique



* les mesures de contention mécanique ou physique constituent des pratiques de dernier recours. La contention mécanique (utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps) peut aggraver un syndrome confusionnel associé à l'agitation ou créer un véritable traumatisme psychologique. Elle ne doit donc être envisagée que lorsque des mesures alternatives différencierées moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées. Lorsqu'elle est indispensable du fait d'un danger important et imminent pour le patient ou autrui, sa durée doit être limitée le temps d'obtenir une sédation médicamenteuse efficace qui doit être systématiquement prescrite. La contention nécessite une information claire et répétée sur ses objectifs ainsi qu'une surveillance régulière des constantes et de la vigilance ainsi qu'une évaluation médicale régulière.

Question 3



- A- Faux, on propose toujours un traitement oral en premier, on évite les IM qui sont souvent assez mal vécues par les patients.
- B- Vrai, devant un état d'agitation d'étiologie psychiatrique les traitements pharmacologiques sont les benzodiazepines (visée anxiolytique) et/ou les antipsychotiques (visée sédative). Si l'état d'agitation est d'étiologie non psychiatrique on privilégiera une benzodiazépine en première intention et si l'agitation est sévère antipsychotique sédatif. Les traitements pharmacologiques doivent toujours être accompagnés d'une prise en charge relationnelle.

Question 3



C- Faux, la contention physique est une pratique de dernier recours indiquée en cas de risque imminent de passage à l'acte hétéro- ou auto-agressif. Ici on ne nous parle pas d'un tel risque et nous n'avons essayé encore aucune autre mesure. Par ailleurs, on note que la contention physique doit toujours être accompagnée d'une sédation médicamenteuse.

D- Vrai, dans la mesure du possible on doit expliquer aux patients le traitement qu'on leur donne, lorsqu'ils sont hospitalisés sous contraintes on doit leur expliquer que c'est parce qu'ils ont besoin de soins et qu'ils ne sont pas en mesure de donner leur consentement.

E- Faux, même si c'est tentant pour protéger la patiente cela s'apparente à de l'isolement et doit être réalisé selon des règles très précises.

Question 4



Vous avez prescrit une biologie standard. Devant l'état d'agitation de la patiente vous envisagez de prescrire un antipsychotique sédatif, quel examen paraclinique indispensable doit être associé à la prescription d'un antipsychotique

QROC :

Question 4



Vous avez prescrit une biologie standard. Devant l'état d'agitation de la patiente vous envisagez de prescrire un antipsychotique sédatif, quel examen paraclinique indispensable doit être associé à la prescription d'un antipsychotique

QROC : ECG

Que cherche-t-on sur l'ECG ?

Question 4



Vous avez prescrit une biologie standard. Devant l'état d'agitation de la patiente vous envisagez de prescrire un antipsychotique sédatif, quel examen paraclinique indispensable doit être associé à la prescription d'un antipsychotique

QROC : ECG

Que cherche-t-on sur l'ECG ? QTc allongé !

Question 5



La patiente est hospitalisée, elle s'améliore avec un traitement thymorégulateur par lithium. Vous lui faites de l'éducation thérapeutique, quelles sont les propositions vraies :

- A- son état d'hydratation et sa consommation de sel peuvent influencer la lithiémie
- B- si la patiente a des règles douloureuses vous lui déconseillez de prendre des AINS
- C- vous recommandez à la patiente d'utiliser une contraception efficace
- D- un traitement par rifampicine dans le cadre d'une infection tuberculeuse pourrait diminuer l'efficacité du lithium
- E - on aurait pu proposer un traitement thymorégulateur par divalproate de sodium (Dapakote) en première intention

Question 5



La patiente est hospitalisée, elle s'améliore avec un traitement thymorégulateur par lithium. Vous lui faites de l'éducation thérapeutique, quelles sont les propositions vraies :

- A- son état d'hydratation et sa consommation de sel peuvent influencer la lithiémie
- B- si la patiente a des règles douloureuses vous lui déconseillez de prendre des AINS
- C- vous recommandez à la patiente d'utiliser une contraception efficace
- D- un traitement par rifampicine dans le cadre d'une infection tuberculeuse pourrait diminuer l'efficacité du lithium
- E - on aurait pu proposer un traitement thymorégulateur par divalproate de sodium (Dapakote) en première intention

Sels de lithium



Thymorégulateur de référence, ttt curatif et préventif.

Marge thérapeutique étroite : bonne observance, éducation thérapeutique.

Elimination rénale (réabsorption en compétition avec Na⁺) :

↑[Li] : régime hyposodé, déshydratation, hypovolémie, insuffisance cardiaque et rénale, AINS, diurétiques, IEC et ARA2

↓[Li] : corticoïdes, mannitol

Surdosage : diarrhée, NV, tb conscience, sd cérébelleux, tremblements, hypertonie pyramidale, convulsions, tb conduction

Autres EI : hypothyroïdie, hypercalcémie (hyper-PTH), prise de poids, sd extra-pyramidal, néphropathies, malformations embryonnaires



Traitement	Lithium
Contre-indications absolues	<ul style="list-style-type: none">* Insuffisance rénale même modérée (clairance de la créatinine < 85 mL/minute)* Déplétion hydrosodée, hyponatrémie* Régime sans sel ou peu salé* Coronaropathie sévère* Association aux diurétiques* Insuffisance cardiaque instable* Allaitement
Contre-indications relatives	<ul style="list-style-type: none">* HTA* Épilepsie* Hypothyroïdie* Grossesse avec risque de malformation congénitale (1^{er} trimestre)

Question 5



A- Vrai, "le lithium est éliminé quasi exclusivement par le rein, de façon parallèle au sodium, avec une réduction possible par le régime hyposodé, la déshydratation, l'hypovolémie, l'insuffisance cardiaque et rénale ou l'action des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des diurétiques, IEC et ARA2" issu du référentiel de psychiatrie.

B- Vrai, association déconseillée du lithium avec les AINS, les IEC/ARA2, les diurétiques car risque d'augmenter la lithiémie, et avec les corticoïdes (et mannitol) car risque de diminuer la lithiémie.

C- Vrai, il y a un risque de malformation congénitale au T1, la grossesse est une CI relative du lithium.

Question 5



D- Faux, piège un peu mesquin mais c'est pour insister sur le fait que le lithium est éliminé par le rein, il n'est pas métabolisé par le foie donc pas d'histoires de modification du métabolisme par les cytochromes.

E- Faux, le divalproate de sodium est CI chez les femmes en âge de procréer !

Anti-épileptiques



Pour tous : surveillance fonction hépatique (BH complet dont TP) et cytopénie

Valproate, valpromide : risque hépatique (donc CI si ATCD hépatite) et d'hyponatrémie

CI femme en âge de procréer !

Lamotrigine : sd de Stevens-Johnson et Lyell

Carbamazépine : inducteur enzymatique = interactions ++

Énoncé



Vous faites le point avec la patiente et l'assistante sociale. La patiente vous explique qu'elle a eu des difficultés professionnelles lors de ce que vous identifiez comme des épisodes dépressifs non pris en charge. Elle vous dit également qu'elle a fait beaucoup de dépenses lors de son épisode maniaque et s'est endettée.

Question 6



Concernant la prise en charge médico-sociale de la patiente :

- A- vous faites, avec l'accord de la patiente, une demande de RQTH auprès de la MDPH
- B- le trouble bipolaire n'a pas l'indication pour la thérapie cognitivo-comportementale
- C- si le travail en milieu ordinaire est impossible, la patiente peut accéder à un poste en ESAT
- D- vous discutez la mise en place d'une sauvegarde de justice dans le contexte d'endettement lors d'un épisode maniaque
- E- la demande d'ALD permettra une exonération de la participation forfaitaire lors de ses consultations chez le psychiatre en libéral

Question 6



Concernant la prise en charge médico-sociale de la patiente :

- A- vous faites, avec l'accord de la patiente, une demande de RQTH auprès de la MDPH
- B- le trouble bipolaire n'a pas l'indication pour la thérapie cognitivo-comportementale
- C- si le travail en milieu ordinaire est impossible, la patiente peut accéder à un poste en ESAT (établissement et service d'aide par le travail)
- D- vous discutez la mise en place d'une sauvegarde de justice dans le contexte d'endettement lors d'un épisode maniaque
- E- la demande d'ALD permettra une exonération de la participation forfaitaire lors de ses consultations chez le psychiatre en libéral

Handicap psychique



Lié à un tb psychiatrique (éolutif)
=/= handicap d'origine intellectuel (stable)

Déficits cognitifs non spécifiques et spécifiques (métacognition et cognition sociale) et des biais cognitifs (altérant l'interprétation des situations).

PEC :

- 1) Education thérapeutique du patient et sa famille
- 2) Psychothérapies : TCC, habiletés sociales
- 3) Remédiation cognitive : « kiné » des cognitions
- 4) Réadaptation psycho-sociale

Réadaptation psycho-sociale



Logements (foyers, FAM, MAS), services d'accompagnement (SAVS, SAMSAH), vie sociale (ateliers en HDJ, associations)

CDAPH (commission de la MDPH) : RQTH et aptitude au travail
→ milieu ordinaire : centre de rééducation professionnelle, aménagements de poste
→ milieu protégé : ESAT

Aide financière : AAH accordée par la MDPH (< 60 ans)

Mesure de protection juridique : sauvegarde de justice, curatelle, tutelle

Question 6



A- Vrai, elle a eu des difficultés professionnelles en lien avec son trouble de l'humeur donc elle pourrait bénéficier d'une RQTH qui lui permettra un aménagement de poste.

B- Faux, les troubles de l'humeur ont l'indication pour les TCC, globalement les TCC sont indiquées pour tous les troubles psychiatriques y compris les troubles schizophréniques.

NB : remboursement des psychothérapies :

* dispensées par un psychiatre ou un psychologue dans un établissement public (CMP, HDJ) elles sont prises en charge par l'AM

* chez un psychiatre libéral elles sont remboursées selon les modalités de la réforme du parcours de soins (orientation par son MT)

* ne sont pas remboursées chez un psychologue ou psychothérapeute non médecin en libéral/cabinet privé.

Psychothérapie	Indications principales	Autres indications/ contre-indications à connaître
Psychothérapie de soutien	Toutes les pathologies médicales psychiatriques et non psychiatriques.	
Thérapie cognitivo-comportementale	<ul style="list-style-type: none"> * Préférence du patient. * Dans le cadre d'une prise en charge globale. * Tous les troubles psychiatriques (troubles anxieux, de l'humeur, du neurodéveloppement, de la personnalité) et troubles du sommeil : <ul style="list-style-type: none"> - TCC seule dans les troubles légers à modérés ; - TCC associée à une pharmacothérapie dans les troubles plus sévères (y compris schizophrénie). 	<ul style="list-style-type: none"> * Tous les troubles psychiatriques (y compris troubles schizophréniques, troubles liés à l'usage de substances). * Certains autres troubles non psychiatriques (douleur chronique).

Question 6



C- Vrai, en cas de travail en milieu ordinaire impossible on peut, grâce à la RQTH, accéder à un travail en milieu protégé soit en entreprise adaptée soit en ESAT (établissement et service d'aide par le travail). Si la personne ne peut pas travailler du tout elle peut bénéficier d'une pension invalidité ou de l'allocation adulte handicapé (AAH) accordée par la MDPH.

D- Vrai, c'est une mesure de protection juridique en urgence et c'est la protection la plus légère (vs. curatelle et tutelle). Il s'agit d'un régime temporaire mis en place pour protéger immédiatement une personne ne pouvant pas pourvoir seule à ses intérêts à cause d'une altération (provisoire ou non) de ses facultés personnelles. Ici on va vouloir la protéger au moins le temps de gérer ses dettes.

E- Faux, l'ALD permet l'exonération du ticket modérateur mais la participation forfaitaire reste à la charge du patient.

EDC uni- ou bipolaire ?



Circonstances et caractéristiques de l'épisode dépressif : <25ans, post-partum, début brutal, ≥ 3 EDC, mélancolique, saisonnier

Y penser si non réponse voire aggravation sous antidépresseurs

ATCD familiaux de trouble de l'humeur

Chercher un épisode (hypo)maniaque passé inaperçu

Message important ! Pourquoi ?

Ttt de l'EDC unipolaire = antidépresseurs

MAIS antidépresseurs sur un EDC bipolaire = risque de virage maniaque et de cycles rapides (et donc altération qualité de vie, mise en danger lors de la manie)



Cas clinique N°3

Dr Bugnet Arnaud

Chef de Clinique Universitaire – Assistant Hospitalier
CHU de Lille

Sémiologie



Vous êtes le psychiatre de garde aux urgences adultes du CHU dans lequel vous travaillez. Votre collègue urgentiste vous demande de voir Monsieur John N. un patient de 19 ans amené par sa mère pour des propos incohérents ce jour.

Au début de l'entretien le patient répond de manière brève à vos questions avec une **voix monocorde**, des **propos souvent à côté voir décousus**. Il vous **regarde fixement** la plupart du temps et ne semble **pas avoir de réaction motrice spontanée** (tant **physique que faciale**). De plus, il semble **négligé** et vous **doutez de son hygiène corporelle**.

Syndrome Positif

Syndrome négatif

Syndrome de désorganisation

1 Emoussement des affects

2 Altération du cours de la pensée

3 Incurie

Sémiologie



Lorsque vous lui demandez pourquoi sa mère semble s'inquiéter pour lui, le patient se met à sourire. Il vous indique alors que « les anges lui parlent pour lui confier ... » puis il s'arrête brusquement. Vous lui demandez de vous expliquer comment cela se fait-il que les anges lui parlent. Il vous répond que les anges sont venus lui parler pour l'avertir que ses voisins préparaient l'apocalypse et que c'est pour les surveiller qu'il restait chez ses parents toute la journée.

Syndrome Positif Syndrome négatif Syndrome de désorganisation

- 1 Discordance idéo-affective
- 2 Barrage
- 3 Rationalisme morbide
- 4 Retrait social
- 5 Hallucinations acoustico-verbales
- 6 Idée délirante de persécution de mécanisme hallucinatoire

Questions 1 et 2



Q1. Quels symptômes retrouvez-vous dans l'énoncé ?

Tristesse de l'humeur

Barrages

Fading

Rationalisme morbide

Maniérisme

Q2. Concernant ses idées délirantes :

Il s'agit d'un délire somatique

Il s'agit d'un délire de persécution

Les idées délirantes sont de mécanisme hallucinatoire

Les idées délirantes sont de mécanisme imaginatif

Les idées délirantes présentées par le patient sont peu systématisées

Les mécanismes du délire



Type de mécanisme délirant	Définition	Exemple
Interprétatif	Attribution d'un sens erroné à un fait réel	« On est entré chez moi, les objets ont été déplacés et il y a une marque sur la porte. »
Hallucinatoire	Construction d'une idée délirante à partir d'une hallucination	« Je vois les morts, là en ce moment il y a un cadavre décomposé allongé par terre à ma gauche, il me demande de l'aide mais je ne peux pas l'aider ! Alors je suis triste. »
Intuitif	Idée fausse admise sans vérification ni raisonnement logique en dehors de toute donnée objective ou sensorielle	« Je suis l'envoyé de Dieu, je le sais, c'est ainsi. »
Imaginatif	Fabulation ou invention où l'imagination est au premier plan et le sujet y joue un rôle central	« Il faut arrêter les moteurs diesel et utiliser les moteurs à venin de scorpion. J'ai passé plusieurs milliards d'années à extraire du venin de scorpion, c'est le mieux pour les moteurs. »

Tableau 2. Principaux mécanismes délirants retrouvés dans la schizophrénie.

Evaluation idée délirante :

- Thème
- Mécanisme
- Systématisation
- Adhésion
- Retentissement émotionnel **et** comportemental

Question 3



Q3. Quelle pathologie pouvez-vous diagnostiquer à ce patient ?

Un trouble bipolaire

Une schizophrénie

Un épisode dépressif caractérisé

Un trouble schizo-affectif

Un trouble délirant persistant

Diagnostic de la Schizophrénie



Au moins 2
des trois
syndromes

Syndrome Positif
Syndrome
négatif
Syndrome de
désorganisation



**Altération du
fonctionnement**
(interpersonnel,
travail, soin ...)
pendant au
moins 6 mois

Durée : **Au moins 1 mois** ou moins si
traitement efficace

Question 4



Q4. Quel type d'hospitalisation prévoyez-vous ?

Hospitalisation en soin libre

Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT)

Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE)

Soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SPDT-U)

Soins psychiatriques en péril imminent (SPPI)

Pourquoi une SPDTu ?



L'examen clinique et le bilan réalisé aux urgences ne retrouvent **pas d'élément pour une cause non psychiatrique** aux symptômes du patient. Vous **diagnostiquez un premier épisode psychotique** (dans le cadre d'une schizophrénie débutante) chez ce jeune homme. Vous décidez alors d'hospitaliser monsieur N **sur son secteur** (le secteur du CHU). Lorsque vous en discutez avec lui, **le patient est ambivalent mais préfèrerait rentrer chez lui pour dormir.**

Vous êtes le psychiatre **de garde aux urgences adultes du CHU dans lequel vous travaillez**. Votre collègue urgentiste vous demande de voir Monsieur John N. un patient de 19 ans **amené par sa mère** pour des propos incohérents ce jour.

Types de mesures	SPDT (Art. L3212-1 du CSP)	SPDT en urgence (Art. L3212-3 du CSP)	SPPI (Art. L3212-1-II-2 du CSP)	SPDRE (Art. L3213-1 du CSP)
Indications	- Troubles mentaux qui nécessitent des soins immédiats et une surveillance médicale - Les troubles rendent impossibles le consentement	Pas de condition supplémentaire	Risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade	- Troubles mentaux qui nécessitent des soins - Trouble à l'ordre public ou menace à la sûreté des personnes
Pièces nécessaires	- 2 CM, dont 1 réalisé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil - Demande de Tiers (accompagnée d'une copie de sa pièce d'identité)	<ul style="list-style-type: none"> - 1 CM réalisé par tout médecin (exerçant ou non dans l'établissement d'accueil) - Demande de tiers (accompagnée d'une copie de sa pièce d'identité) 		
Instauration de la mesure	Décision du directeur de l'établissement			Arrêté du représentant de l'État (Préfet)
Période initiale d'observation et de soins	Examen médical somatique complet CM de 24 h par un psychiatre CM de 72 h par un psychiatre			
Hospitalisation complète continue après la période initiale	6 ^e -8 ^e jour : Avis motivé Avant le 12 ^e jour : JLD Tous les mois : CM de maintien par un psychiatre Tous les 6 mois : JLD Tous les ans : Avis d'un collège pluridisciplinaire			
Levée de la mesure	Avis du psychiatre JLD CDSP Tiers (avec possibilité pour le psychiatre de s'y opposer en cas de péril imminent)		Avis du psychiatre JLD CDSP	
Droits du patient	Information Écrire/recevoir du courrier ; communiquer avec autorités, commission des usagers, CGLPL Prendre conseil du médecin/avocat de son choix ; droit de vote ; pratiques religieuses			

Tableau 1. Les mesures de soins psychiatriques sans consentement. CSP : code de la santé publique ; CM : certificat médical ; JLD : juge des libertés et de la détention ; CDSP : commission départementale des soins psychiatriques ; CGLPL : contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Hospitalisation en psychiatrie si :

- **Episode aiguë avec trouble du comportement**
- **Risque suicidaire ou mise en danger**
- **Risque hétéro-agressif**

Soins sans consentement si :

- Etat mental **nécessitant des soins immédiats** avec surveillance médicale (constante ou régulière)
- +
 - Trouble mentaux rendant **impossible le consentement**

Question 5 (réponses justes)



Cuprémie

Ionogramme avec calcémie

NFS (numération formule sanguine)

TSH

CRP

Examen clinique complet

Dépistage des toxiques urinaires

Dosage des anticorps anti-nucléaire

IRM cérébrale

Box 4. Recommendations for biological assessments in early psychosis

The following are recommended for all people admitted to an early psychosis service (UHR and FEP)

Physical status

- Neurological examination
- Weight, waist circumference, waist/hip ratio and BMI

Vital signs

- Blood pressure, pulse, temperature

Medical history

- Family history, notably of cardiac or lipid abnormalities and diabetes
- Smoking history
- History of alcohol and other drug use
- Physical activity levels
- Menstrual history and possibility of pregnancy
- ECG (if cardiac risk)

Laboratory tests

- Haematology
- Electrolytes, including calcium
- Liver function test
- Renal function (blood, urea, nitrogen:creatinine ratio)
- Erythrocyte sedimentation rate (ESR)
- Antinuclear antibodies (ANA)
- Fasting glucose
- Lipid profile
- Prolactin level
- Consider hepatitis C if risk factors present
- Urine drug screen

The following are recommended only for those young people with suspected FEP.

Laboratory tests

- Tests for other treatable disorders
- Thyroid function tests (basal thyroid-stimulating hormone, total and free triiodothyronine/thyroxine)
- Serum copper and ceruloplasmin for Wilson's disease
- Fluorescent treponemal antibody absorbed (FTA-ABS) for neurosyphilis
- Vitamin B12/folate
- HIV

Neuroimaging

- MRI

Other Tests

Expand aetiological search if indicated, for example:

- EEG, chest x-ray, lumbar puncture, karyotyping, heavy metal testing
- Expand medical monitoring if indicated (e.g., eye exam if risk factors for cataracts)

Adapted from Freudenreich et al.[186]

Question 6



Q6. Quel(s) traitement(s) initiez-vous chez ce patient ?

Risperidone à faible posologie initiale

Aripiprazole à forte posologie initiale

Halopéridol

Education thérapeutique

Un sevrage cannabique serait suffisant.

La prise en charge du PEP



Privilégier une **monothérapie** par un antipsychotique de **deuxième génération** :

- **Aripiprazol**
- **Risperidone**
- **Quétiapine**
- **Amisulpride**



Commencer à faible dose puis augmenter progressivement selon la règle du « **start low go slow** »

Premier épisode poursuivre le traitement **au moins 2 ans après la rémission**



Nécessiter de prévoir (**avec la famille**):

- Prise en charge à 100%
- Un sevrage des produits stupéfiants, suivi addictologique
- Prise en charge des comorbidités (psychiatriques ou non)
- Travail sur l'alliance thérapeutique et éducation thérapeutique (maladie + traitement)
- Surveillance des effets indésirables (trouble métabolique, trouble érectile/libido, syndrome parkinsonien ...)

Question 7



Q7. Quel bilan réalisez-vous avant de débuter ce traitement ?

ECG

Glycémie à jeun

B-HCG

Tour de taille

Prolactinémie

Quel bilan pré thérapeutique ?



Recherche de **contre-indications** et par le **bilan « métabolique »**

Le bilan clinique :

- antécédents (personnels et familiaux) : métabolique et cardio-vasculaire,
- périmètre abdominal, IMC, TA,
- Recherche grossesse et/ou allaitement chez la femme

Le bilan paraclinique :

- * biologie standard : NFS, glycémie à jeun, bilan lipidique, prolactinémie, **βHCG** chez les femmes ;
- * **ECG** à la recherche d'un trouble du rythme et d'un QTc long.

Risques **cardio-vasculaires** (syndrome métabolique + effet des antipsychotiques)

Risque **obésité** (effet orexigène des traitements + Trouble de l'activité de stockage des lipides + perte activité physique ...)

Prolactine à la fois en bilan diagnostique différentielle (tumeur hypophysaire) et pré-thérapeutique (effet **hyperprolactinémiant** des antipsychotiques)

Grossesse : pas de contre-indication absolue ; nécessité de réévaluer la balance bénéfice-risque

Question 8



Q8. Quel(s) effet(s) indésirable(s) fréquent(s) allez-vous surveiller avec un antipsychotique de 2eme génération ?

Syndrome malin des neuroleptiques

Prise de poids

Akathisie

Galactorrhée

Agranulocytose

Effets indésirables fréquents



Neurologique (plus fréquent avec les antipsychotique de première génération): **Dystonie** (précoce), **Dyskinésie** (tardives), **syndrome parkinsonien**,

Cardiaque : **Allongement du QT**, hypotension orthostatique

Endocrinienne : **Prise de poids**, **Syndrome métabolique** (diabète, trouble lipidique), **hyperprolactinémie**

Psychiatrique : **Sédation**, désintérêt, émoussement affectif

Effet anticholinergique : **Sécheresse buccale**, **constipation**, **rétention aiguë d'urine**, reflux gastro-œsophagien, trouble de la **déglutition/ fausse route**, trouble accommodation, fermeture de l'angle irido-cornéen, **Syndrome confusionnel**

Gériatrique : Risque de **Chute** (attention personne âgée)

Sexualité : Trouble de la libido, trouble orgasmique et trouble de l'érection



Cas clinique N°4

R'BIAA Soufiane
DES Psychiatrie - Lille

Sémiologie



Médecin de garde aux urgences, vous recevez Mme P, 26 ans, amenée par son mari car elle vient de faire une **tentative de suicide** à la maison.

Elle a ingéré un mélange d'alcool et plusieurs comprimés de doliprane.

Lors de l'interrogatoire, la patiente **pleure**, est **très agitée**, verbalise une **souffrance psychique intense**, et **regrette que son mari l'ait empêché de finir sa boîte de médicaments**.

Tentative de suicide

Urgence suicidaire

Pas de critique du geste

Question 1



Q1. (QRM) Concernant l'évaluation de l'urgence suicidaire : Quel(s) est(sont) l'(les) élément(s) clinique(s) qui vous indique(nt) une urgence suicidaire élevée ?

Une agitation psychomotrice.

Un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider.

Un sexe féminin

Patiente très émotive avec souffrance psychique omniprésente.

Une absence de critique de son geste.



Évaluation de l'urgence : le projet suicidaire

3.2. Évaluation de l'urgence : le projet suicidaire

L'urgence s'évalue par l'existence d'un scénario suicidaire et le délai de mise en œuvre de ce projet.

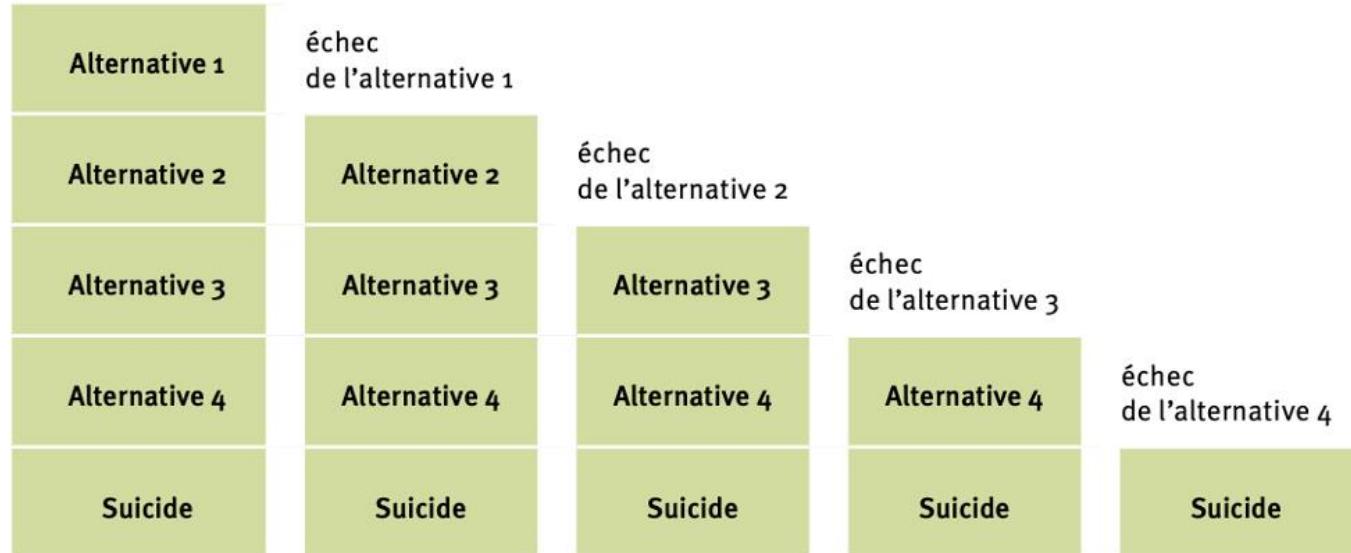
Un **degré d'urgence élevé** est évoqué si :

- * le sujet envisage un scénario suicidaire et a pris des dispositions en vue d'un passage à l'acte (préméditation, lettre, dispositions testamentaires, anticipation de la découverte du corps) ;
- * le sujet n'envisage pas d'alternative au suicide (idées envahissantes, ruminations anxiées, refus des soins) ;
- * l'intention a pu être communiquée à des tiers soit directement soit indirectement.

Le **tableau suivant** permet d'établir le degré d'urgence à partir de certains des éléments d'évaluation présentés ci-dessus :

Urgence faible	Urgence moyenne	Urgence élevée
Bonne alliance thérapeutique	Est isolé	Est très isolé
Désire parler et est à la recherche de communication	A besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi	Complètement ralenti par la dépression ou au contraire dans un état d'agitation ; la souffrance et la douleur sont omniprésentes ou complètement tues
Cherche des solutions à ses problèmes	Ne voit pas d'autre recours que le suicide	A le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé
Pense au suicide sans scénario suicidaire précis	Envisage un scénario dont l'exécution est reportée	A un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider
Envisage encore d'autres moyens pour surmonter la crise	Envisage le suicide avec une intention claire	Décidé, avec un passage à l'acte planifié et prévu dans les jours qui viennent
N'est pas anormalement troublé mais psychologiquement souffrant	Présente un équilibre émotionnel fragile	Coupé de ses émotions, rationalisant sa décision ou au contraire, très émotif, agité ou anxié

La crise suicidaire



85

Figure 1. Présentation schématique de la crise suicidaire : les idées de suicide se font de plus en plus présentes au fur et à mesure de l'évolution de la crise suicidaire.

NUMÉRO NATIONAL DE PRÉVENTION DU SUICIDE

3114

Écoute professionnelle
et confidentielle
24h/24 · 7j/7
Appel gratuit

www.3114.fr



 MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

*Liberté
Sécurité
Progrès*

Sémiologie



Au vu du risque suicidaire élevé, vous informez la patiente que vous allez devoir l'hospitaliser. Celle-ci **refuse** et commence à donner des **coups de pieds** sur son lit et sur les murs. Vous essayez de lui **parler calmement** mais elle ne veut plus rien entendre et **hurle** « je veux rentrer chez moi, c'est la seule chose qui puisse me calmer, **je n'en peux plus de cette vie**, laissez-moi rentrer ».

Agitation

Question 2



Q2. (QRM) Concernant la prise en charge de cette agitation. Quelle(s) est(sont) la(les) bonne(s) réponse(s) ?

Vous laissez la patiente rentrer chez elle.

N'ayant pas d'ECG, vous privilégez une benzodiazépine.

Vu l'agitation psychomotrice, vous préconisez directement une administration intra-musculaire.

Toute sédation chimique s'accompagne d'une contention mécanique.

Un bilan biologique est systématique.

Question 3



Q3. Concernant les soins psychiatriques sans consentement (QROC) : Quel est le type d'hospitalisation à privilégier dans le cas de votre patiente ?

Réponse : **soins psychiatriques à la demande d'un tiers**

Question 4



Q4. Concernant les Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers.

Le premier certificat médical doit être réalisé dans les 72h suivant l'admission.

Il faut 2 certificats médicaux dont 1 réalisé par un médecin n'exerçant pas dans la structure d'accueil.

La patiente doit bénéficier d'un examen somatique complet dans les 12h suivant l'admission.

Il faut une demande de tiers manuscrite.

En l'absence de tiers, Mme P. ne peut pas être hospitalisé en soins psychiatriques sans consentement.



Soins Psychiatriques Sans Consentement

Types de mesures	SPDT (Art. L3212-1 du CSP)	SPDT en urgence (Art. L3212-3 du CSP)	SPPI (Art. L3212-1-II-2 du CSP)	SPDRE (Art. L3213-1 du CSP)
Indications	- Troubles mentaux qui nécessitent des soins immédiats et une surveillance médicale - Les troubles rendent impossibles le consentement	Pas de condition supplémentaire	Risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade	- Troubles mentaux qui nécessitent des soins - Trouble à l'ordre public ou menace à la sûreté des personnes - Péril imminent - Absence de tiers
Pièces nécessaires	- 2 CM, dont 1 réalisé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil - Demande de Tiers (accompagnée d'une copie de sa pièce d'identité)	- 1 CM réalisé par tout médecin (exerçant ou non dans l'établissement d'accueil) - Demande de tiers (accompagnée d'une copie de sa pièce d'identité)	- 1 CM réalisé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil - Relevé des démarches de recherche et d'information de la famille et de proches	- 1 CM réalisé par tout médecin excepté un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil
Instauration de la mesure	Décision du directeur de l'établissement			Arrêté du représentant de l'État (Préfet)
Période initiale d'observation et de soins		Examen médical somatique complet CM de 24 h par un psychiatre CM de 72 h par un psychiatre		
Hospitalisation complète continue après la période initiale		6 ^e -8 ^e jour : Avis motivé Avant le 12 ^e jour : JLD Tous les mois : CM de maintien par un psychiatre Tous les 6 mois : JLD Tous les ans : Avis d'un collège pluridisciplinaire		
Levée de la mesure	Avis du psychiatre JLD CDSP	Tiers (avec possibilité pour le psychiatre de s'y opposer en cas de péril imminent)	Avis du psychiatre JLD CDSP	
Droits du patient	Information Écrire/recevoir du courrier ; communiquer avec autorités, commission des usagers, CGLPL Prendre conseil du médecin/avocat de son choix ; droit de vote ; pratiques religieuses			

401

Tableau 1. Les mesures de soins psychiatriques sans consentement. CSP : code de la santé publique ; CM : certificat médical ; JLD : juge des libertés et de la détention ; CDSP : commission départementale des soins psychiatriques ; CGLPL : contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Sémiologie



Au cours de son hospitalisation, Mme P. fait un **malaise** lors du repas. On retrouve une **dyspnée** avec **hyperventilation**, **tachycardie** à 140 bpm, **douleur basithoracique**, des **sueurs**, et des **tremblements**. Les symptômes **s'estompent spontanément après 15 minutes**. Mme P. vous dit que ce genre d'épisode lui a **déjà arriver 3 fois dans le métro**. Elle vous dit avoir ressenti un **sentiment étrange**, elle avait l'impression d'être déconnectée d'elle et de **son corps**.

Symptômes physiques

Symptômes psychiques

Question 5



Q5.(QRM) Concernant cet épisode. Quelle(s) est(sont) la(les) bonne(s) réponse(s) ?

Il s'agit d'une attaque de panique.

On retrouve un syndrome de dépersonnalisation.

On retrouve un syndrome de déréalisation.

On retrouve un syndrome délirant.

Vous faites un ECG.

3.1. Symptômes physiques

Les plus fréquents sont résumés ci-dessous :

3.1.1. Symptômes respiratoires

Il s'agit le plus souvent d'une dyspnée avec sensation d'étouffement et surtout de blocage respiratoire pouvant entraîner une hyperventilation.

3.1.2. Symptômes cardiovasculaires

Tachycardie et palpitations sont fréquemment rencontrées ainsi que les sensations d'oppression thoracique voire de véritables douleurs.

3.1.3. Symptômes neurovégétatifs

Sueurs, tremblements, pâleur ou au contraire érythème facial, sensations d'étourdissement ou de vertige peuvent survenir au cours des épisodes d'AP.

3.1.4. Symptômes digestifs

Il peut s'agir de douleurs abdominales, de nausées/vomissements ou de diarrhée.

77

3.1.5. Autres symptômes physiques

Il peut s'agir de symptômes génito-urinaires (pollakiurie, etc.) ou neurologiques (tremblements, impression de paralysie, etc.).

3.2. Symptômes psychiques

Il s'agit en premier lieu d'une peur intense, volontiers sans objet (sensation de catastrophe imminente) et d'une sensation de perte de contrôle.

Les cognitions associées sont dites catastrophistes, essentiellement centrées sur « la peur de mourir » et « la peur de devenir fou ».

Peuvent s'associer également des symptômes dissociatifs :

- * des symptômes de dépersonnalisation : sentiment d'étrangeté et de n'être plus soi-même (impression d'être détaché de soi et de son corps, d'être « *comme spectateur de la scène* ») ;
- * des symptômes de déréalisation : sentiment que le monde autour de soi est irréel, étrange.

3.3. Symptômes comportementaux

Le comportement du patient lors de la survenue d'une AP est variable, pouvant aller de l'agitation psychomotrice à la prostration. La principale complication, rare mais grave, est le passage à l'acte auto-agressif.



Question 6



Q6. Il s'agit bien d'une attaque de panique. Parmi les propositions suivantes, sélectionnez celles qui font partie des critères de l'attaque de panique (5 réponses justes attendues) :

Tremblements ou secousses musculaires.

Perte de conscience.

Sensation d'étranglement.

Idées suicidaires.

Hallucinations visuelles.

Une intoxication par des substances psychoactives.

Symptômes dissociatifs .

Hypoglycémie.

Peur de mourir.

Au minimum 4 des symptômes survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de 10 minutes.

Passage à l'acte hétéro-agressif.

Question 6



4. L'ATTAQUE DE PANIQUE

4.1. Diagnostic positif

Le diagnostic de l'AP est un diagnostic **clinique**. L'interrogatoire de l'entourage peut être très informatif.

Dans le DSM-5, l'AP est définie comme une période bien délimitée de crainte ou de malaise intense, dans laquelle au minimum quatre des symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de dix minutes :

- * palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque ;
- * transpiration ;
- * tremblements ou secousses musculaires ;
- * sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement ;
- * sensation d'étranglement ;
- * douleur ou gêne thoracique ;
- * nausée ou gêne abdominale ;
- * sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement ;
- * déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi) ;
- * peur de perdre le contrôle ou de devenir fou ;
- * peur de mourir ;
- * paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements) ;
- * frissons ou bouffées de chaleur.

Le DSM-5 propose également de différencier deux types d'AP : « attendues » et « non attendues ». Les AP « inattendues » correspondent aux AP « non prévisibles » survenant sans facteur déclenchant et seraient donc plus spécifiques du trouble panique. Les AP « attendues » seraient quant à elles les AP plus prévisibles et réactionnelles (p. ex. : exposition brutale au stimulus phobogène dans la phobie spécifique).



Cas clinique N°5

Paloma TORRES
Pédopsychiatre – Paris (Pitié Salpêtrière)

Question 1 : sémiologie



Pierre, **4 ans**, est emmené à votre consultation de pédopsychiatrie par ses parents devant des inquiétudes croissantes de la part de sa maitresse. En effet, depuis la rentrée à l'école maternelle il y a un an, Pierre est décrit comme **très solitaire** par la maitresse, **il ne va pas vers ses camarades**. Il aime beaucoup dessiner et jouer aux mêmes choses, notamment autour de la thématique du **métro**, et n'accepte pas quand on lui demande d'interrompre son activité, il peut alors faire des **grandes colères** et **s'opposer** à la maitresse.

Concernant son développement, les parents vous expliquent que Pierre « **a du mal à se faire des copains depuis toujours** », **il ne va pas vers les enfants de son âge et préfère aller vers les adultes**.



Question 1 : sémiologie

Vous interrogez plus précisément la famille de Pierre au sujet de ses acquisitions.

Les parents vous disent que Pierre **regardait peu dans les yeux** quand il était bébé et **ne souriait pas en réponse** à ses parents. Il **tenait assis avec appui à 6 mois** ; à **9 mois il tenait assis sans appui** et se saisissait d'objets avec **la pince pouce index** ; il a commencé à **marcher seul à 13 mois**. Avant 3 ans, Pierre était décrit comme **très agité, tenant difficilement en place, irritable** lorsqu'on l'interrompait dans la manipulation de ses jouets.

Sur le plan verbal, **il a commencé à babiller il y a 6 mois, puis a arrêté**. Il a **dit ses premiers mots à 3 ans**, et a réussi à **faire des premières phrases simples à 4 ans**. « Aujourd'hui, il aime bien **répéter** le générique de son dessin animé préféré ! », ajoute sa maman.

Quand il ne parlait pas encore, Pierre **ne pointait pas pour attirer l'attention des adultes** et montrer quelque chose, mais **pouvait utiliser la main de ses parents** pour attraper des objets qu'il voulait.

Lorsque vous posez des questions au petit Pierre, il **ne vous regarde pas dans les yeux, il sourit peu et ne vous répond qu'après 3 appels à son prénom**.

Question 1 : sémiologie



Q1. Concernant son développement, quelles sont les réponses correctes ?

Pierre présente un retard des acquisitions motrices

Pierre présente un retard des acquisitions verbales

Pierre présente un contact social altéré

Pierre présente un développement homogène

Pierre présente un développement hétérogène

Question 1 : Développement



ACQUISITIONS

Performances que l'enfant va progressivement développer **SANS** contexte scolaire ou enseignement formalisé



Langage Oral
Motricité
Attention
Mémoire
Raisonnement abstrait
Attention
Fonctions exécutives
Émotions
Socialisation

APPRENTISSAGES

Performances que l'enfant va progressivement développer **AVEC** contexte scolaire



Langage écrit
Graphisme
Calcul

Question 1 : sémiologie



Âge	Motricité globale	Motricité fine	Contact social	Langage
0-3 mois	Tenue de tête	Suit un objet sur 90°	Sourire-réponse	Vocalise
3-6 mois	Se retourne	Attrape les objets	Sourire spontané	Gazouille
6-9 mois	Assis sans support	Passage d'une main à l'autre Porte à la bouche	Se tourne vers la voix	Bisyllabes
9-12 mois	Marche en se tenant	Pince pouce/doigt	Fait « Bravo » et « coucou » Peur des inconnus	Jargonne
12-18 mois	Marche sans appui	Boit seul au verre	Fait des demandes	Dit « papa » et « maman » de manière dirigée
18-24 mois	Marche à reculons Monte les escaliers	Fait des tours de cubes Enlève ses vêtements	Fait des imitations	Associe deux mots



Question 1 : sémiologie

2-3 ans	Saute sur place	Mange seul Enfile des vêtements	Jeux à plusieurs (chat)	Compréhension des ordres Nomme des images
3-4 ans	Fait du tricycle	Tient sur un pied	Partage Jeux de faire semblant	Comprend les notions de fatigue, faim, froid
4-5 ans	Saute sur un pied Marche sur une ligne	S'habille sans aide	Séparation facile avec les parents	Connaît les couleurs Comprend les notions de « sur », « sous », « devant », « derrière »
5-6 ans	Tient sur un pied > 10 sec	Dessine un bonhomme complexe	Comprend les règles sociales Cherche l'approbation de l'adulte	Peut définir un mot

Domaine	Principal repère
Propreté diurne et nocturne	Propreté diurne non acquise à 30 mois (urines + selles)
Alimentation	Peut mastiquer des aliments solides à 12 mois
Sommeil	Absence de périodicité jour/nuit à 6 mois

Question 2



Q2. A ce stade, quel diagnostic est le plus probable? Cochez la réponse correcte

Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité

Trouble du spectre autistique (TSA)

Trouble du développement intellectuel avec retard d'intensité modérée

Trouble oppositionnel avec provocation

Trouble de la personnalité anti-sociale

Question 2 : TSA



Q2. A ce stade, quel diagnostic est le plus probable? Cochez la réponse correcte

Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité

Trouble du spectre autistique (TSA)

Trouble du développement intellectuel avec retard d'intensité modérée

Trouble oppositionnel avec provocation

Trouble de la personnalité anti-sociale

Q1. Troubles neuro-développementaux



10% pop générale, garçons > filles

Diagnostic :

- Déficit de développement
- Retentissement fonctionnel
- Début pendant l'enfance + critère de spécificité

• Catégories :

- Tb du développement intellectuel (2,5%)
- Tb des acquisitions et des apprentissages (8%)
- TDAH (5%)
- TSA (1%)

Q1. Troubles neurodéveloppementaux



Trouble du développement intellectuel = retard mental (DSM IV) = handicap intellectuel = déficience intellectuelle (DSM V)	Déficit global des capacités mentales Sévérité = QI $50 \leq QI < 70$: léger $35 \leq QI < 50$: modéré $QI < 35$: sévère
Trouble des acquisitions	Communication : Expression et compréhension du langage + communication sociale Coordination motrice : lenteur, maladresse
Troubles des apprentissages	Langage écrit Calcul Graphisme
TDAH	Syndrome d'inattention Syndrome d'hyperactivité et impulsivité <i>Clinique se repère plus facilement à partir de 4 ans</i>
TSA	Cf questions suivantes



Trouble du spectre autistique

Prévalence en augmentation : 1% (ratio 4/1 en faveur des garçons)

2 GRANDS GROUPES DE SYMPTOMES :

1/ Troubles de la communication - Anomalies des relations sociales :

- Communication verbale
- Communication non verbale
- Jeux
- Maladresse sociale, a du mal à se faire des amis
- Pas de motivation sociale

+/- Déficience intellectuelle?

+/- langage ?

+/- sévérité ? (sociale/ rigidité caractères restreints)

2/ Intérêt restreints et stéréotypés :

- champs d'intérêt spécifiques, intenses, pauvres
- comportements répétitifs (stéréotypies, balancements, stimulations sensorielles)

Apparition pendant l'enfance (**avant 36 mois**).

!/symptomatologie actuelle + trajectoire développementale

Définition DSM V TSA



A. Difficultés persistantes sur le plan de la **communication et des interactions sociales** (présentes ou à l'histoire) (3 de 3 symptômes).

- ◆ 1. Réciprocité socio-émotionnelle (initiative et réponse sociale, conversation, partage d'intérêt et d'émotions).
- ◆ 2. Déficit dans la communication non-verbale (coordination des moyens de communication verbaux et non verbaux; intégration des moyens verbaux et non- verbaux au contexte; utilisation et compréhension du contact visuel, des gestuelles, de la posture, des expressions faciales).
- ◆ 3. Difficulté à développer, maintenir et comprendre des relations sociales **appropriées pour l'âge**; difficulté à adapter son comportement à différents contextes sociaux, difficulté à partager le jeu symbolique et imaginaire avec autrui, absence manifeste d'intérêt pour autrui.

B. **Comportements stéréotypés et intérêts restreints** (présent ou à l'histoire) (2 de 4 symptômes)

- ◆ 1. Utilisation de mouvements répétitifs/stéréotypés, utilisation particulière du langage (écholalie différée, phrases idiosyncratiques, propos stéréotypés) et des objets (p.ex. alignement d'objets, rotation d'objets).
- ◆ 2. Insistance sur la similitude, aux routines et rituels verbaux ou non verbaux (p.ex. détresse importante face aux moindres changements, difficultés avec les transitions, pensées rigides, rituels de salutation figés, nécessité des mêmes itinéraires, manger la même nourriture, etc.)
- ◆ 3. Intérêts restreints, limités ou atypiques quant à l'intensité et au type d'intérêt (p.ex. attachement excessif à un objet inhabituel, ou intérêts trop limités à certains sujets ou prenant une place très importante).
- ◆ 4. Hyper ou hypo réactivité à des stimuli sensoriels ou intérêt inhabituel envers des éléments sensoriels de l'environnement (p.ex. Indifférence à la douleur/température, réponse négative à certains sons ou textures, fascination pour les lumières ou objets qui tournent).

C. Les symptômes doivent être **présents depuis la petite enfance** mais il est possible qu'ils se manifestent pleinement seulement au moment où les demandes sociales dépassent les capacités individuelles.

Écart entre les capacités et les exigences de l'environnement

- Reconnaissance que les manifestations peuvent être masquées par les interventions, la compensation individuelle et le support offert à la personne TSA.

D. Les symptômes limitent ou altèrent le **fonctionnement quotidien**.

E. Perturbations pas mieux expliquées par un autre diagnostic

DSM IV



Autisme infantile = de Kanner	<ul style="list-style-type: none">➤ Triade de l'autisme➤ Stéréotypies importantes et envahissantes➤ Retard global des acquisitions
Syndrome d'Asperger	<ul style="list-style-type: none">➤ Réciprocité sociale altérée➤ Troubles de la communication verbale et non verbale➤ Intérêts spécifiques➤ Pas de retard de langage ni de retard cognitif➤ Langage très riche voire évolué➤ Anomalie de la prosodie et de la gestuelle➤ Maladresse et troubles praxiques
TED non spécifié	Critères des troubles spécifiques non remplis
Syndrome de RETT Trouble désintégratif du développement	Dev normal pendant les 2 premières années de vie Perte des acquisitions durant les 10 premières années de vie.

Vs) DSM V : TSA; différents degrés de sévérité et de soutien correspondant



Formes cliniques :

- Maladies génétiques : Sd de Rett, X fragile
- Maladies métaboliques : phénylcétonurie, métab. Purines/pyrimidine, métab. créatinine)

= FORMES SYNDROMIQUES

Question 3



Q3. Quels éléments orienteraient vers un trouble du spectre autistique (TSA)? Lister les 4 réponses correctes

Hyper-réactivité aux stimuli sensoriels

Hypo-réactivité aux stimuli sensoriels

Impulsivité

Comportements stéréotypés

Irritabilité

Pauvreté d'attention conjointe

Comportements auto-agressifs

Comportement hétéro-agressifs

Hallucinations visuelles

Hallucinations auditives

Question 4



Q4. Concernant les troubles du langage, quels symptômes pourriez-vous retrouver chez Pierre orientant plus spécifiquement vers un trouble du spectre autistique (TSA) ? Lister les 5 réponses correctes.

Inversion pronominale

Echolalie immédiate

Echolalie différée

Langage stéréotypé

Trouble de la syntaxe

Accès à l'implicite conservé

Prosodie particulière

Coprolalie

Langage idiosyncratique

Bégaiement

Question 4 : langage et TSA



Anomalie apparition du langage	- retard d'apparition du langage voire absence de langage verbal
Anomalie du contenu du langage	<ul style="list-style-type: none">- prosodie anormale (guindée, monocorde, avec des pauses inhabituelles dans une phrase, comme si l'individu avait un accent d'une langue étrangère)- tonalité de voix inhabituelle (pas adaptée au sens de la phrase)- stéréotypies verbales (echolalie : fin de phrase répétée sans intention d'en partager le sens)- langage idiosyncrasique (néo-mots utilisés de façon stable, n'est pas une onomatopée ni une déformation du mot initial)- inversion pronominale (dis "il" ou "tu" ou son prénom au lieu de "je")- langage stéréotypé (ne pas confondre avec stéréotypies verbales) : langage désuet, d'une autre époque, adultomorphe
Anomalie de la compréhension du langage = déficit d'accès à l'implicite	<ul style="list-style-type: none">- accès limité aux informations et au sens contenu dans la tonalité de la voix- non compréhension des informations contenues dans les expressions faciales et corporelles- troubles de la pragmatique du langage (pas de second degré, par exemple les proverbes sont pris au pied la lettre)

Question 5



Q5. Quels évaluations complémentaires proposez-vous pour votre patient ?

Evaluation psychométrique du Quotient Intellectuel (QI)

Passage d'un entretien semi-structuré avec les parents portant exclusivement sur la symptomatologie actuelle

Bilan ophtalmologique

Bilan orthophonique

Bilan psychomoteur

Bilans complémentaires



Trouble neuro-développemental :

- Bilan **PSYCHOLOGIQUE** : QI, comportement adaptatif, capacités attentionnelles
- Bilan **ORTHOPHONIQUE** : Communication verbale et non verbale, langage
- Bilan **PSYCHOMOTEUR** : coordinations motrices, praxie, graphisme

• Diagnostics différentiels / associés :

- EEG
- Bilan ORL avec audiométrie (PEA si plus petit ou non verbal)
- Bilan neurologique, génétique, métabolique, IRM cérébrale

Diagnostics associés aux TSA



- Retards globaux de dvpt ou tb du développement intellectuel: 40%
- Symptômes obsessionnels compulsifs et tics chroniques : 30%
- Troubles anxieux : phobie spécifique (44%), phobie ou anxiété sociale (7,5%), anxiété généralisée (2,5%)
- Troubles du sommeil
- Symptômes anxiо-dépressifs (18%) : à l'adolescence ++
- Syndrome catatonique
- Hyperactivité et symptômes de déficit attentionnel
- Troubles du langage
- Anomalies du dvpt psychomoteur (dyspraxie, dysgraphie), troubles neurovisuels
- **Epilepsie (20-25%)** : risque plus élevé si retard mental associé, importance de la dépister

Bilans complémentaires



ADI et ADOS	diagnostic positif
Évaluation du QI et du comportement adaptatif	diagnostics différentiels et diagnostics associés
Bilan orthophonique	diagnostics différentiels et diagnostics associés
Bilan psychomoteur	diagnostics différentiels et diagnostics associés
Bilans neurologiques, génétiques, métaboliques et IRM cérébrale	diagnostic des formes syndromiques de TSA
Audrogramme, PEA	diagnostics différentiels
EEG de veille et de sommeil	diagnostics associés

Tableau 1. Récapitulatif des examens complémentaires à réaliser pour l'évaluation clinique des TSA.

Question 6



Q6. Le bilan cognitif retrouve un **Quotient Intellectuel Total de 81**. L'ADI-R, entretien semi structuré avec les parents portant sur la symptomatologie actuelle et l'histoire développementale de l'enfant, **retrouve des anomalies sur le plan de la communication et des interactions sociales, et des intérêts restreints et stéréotypés**. L'audiogramme est normal. Le bilan orthophonique retrouve des **troubles phonologiques, de la syntaxe et de la pragmatique**. Le bilan psychomoteur est normal. Avec les éléments cliniques cités dans l'énoncé du début et ces nouveaux éléments, quel(s) diagnostic(s) pouvez-vous poser chez votre patient ?

Trouble du spectre de l'autisme avec retard intellectuel

Trouble du spectre de l'autisme sans retard intellectuel

Trouble du développement du langage oral, appelé également dysphasie

Trouble de la communication sociale

Trouble spécifique des apprentissages

Question 7



Q7. Quelles prise en charge proposez-vous pour Pierre ?

Suivi pluridisciplinaire au centre médico-psychologique (CMP)

Psychoéducation des parents

Prise en charge en Institut Médico-éducatif (IME)

Thérapie de groupe autour des habiletés sociales

Introduction d'un traitement anti-psychotique de deuxième génération

PEC des TSA



1/ PEC non médicamenteuse : 100%

- **Environnementale :**

- guidance parentale
- aménagement scolaire
- aménagement professionnel

- **Orthophoniste, psychomotricien**

- **TCC :**

Communication verbale et non verbale, habiletés sociales, affirmation de soi, groupes !

PEC des TSA



2/ Prise en charge médicamenteuse :

- Aucun traitement curatif à ce jour, traitements exclusivement symptomatiques
- Prescription réservée au spécialiste

Médicaments :

- **Mélatonine** : traitement des troubles du sommeil
- **Rispéridone/ Aripiprazole** (antipsychotique) : Uniquement si absolue nécessité devant une hyperactivité ou agressivité importante, si automutilations graves sans autre recours
- **ISRS** : si EDC ou trouble obsessionnel sévère
- **Méthylphénidate** : si TDAH associé au TSA

Structures de PEC des TSA



1/ Centres de ressource autisme (CRA) :

information, dépistage, coordination des soins, conseils, expertise..

2/ Structures médico-éducatives : Notification préalable à la MDPH pour y accéder

SESSAD Autisme (services d'éducations et soins à domicile)

Instituts médico-éducatifs (IME), instituts médico-pédagogiques (IMP)

IMPRO : pour formation professionnelle

3/ Structures de soins sans caractère éducatif :

Hôpitaux de jour : intégrés au dispositif de secteur, équipe pluridisciplinaire

Centre médico-psychologique (CMP), centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) : intégrés au dispositif de secteur (idem HDJ), équipe pluridisciplinaire

4/ Lieux de vie :

Foyers d'accueil médicalisés

Foyers de vie (pas de vocation de soins)

Aménagements scolaires



<p>TSA léger Pas d'autre trouble neurodev Retentissement fonctionnel léger</p>	<p>Scolarisation milieu ordinaire</p> <ul style="list-style-type: none">- PAP (projet d'accompagnement personnalisé) PPS (projet personnalisé de scolarisation)- AVS : auxilliaire de vie scolaire
<p>TSA léger Tb neurodev associé (DI légère) Retentissement fonctionnel léger ou modéré</p>	<p>Classe ULIS (unités localisées pour l'inclusion scolaire)</p> <ul style="list-style-type: none">- Petit effectif- Classe ordinaire + AVS- SESSAD utile pour aider les démarches
<p>TSA modéré à sévère tb neuro dev associé (DI modérée) Retentissement modéré ou sévère</p>	<p>IME : instituts médico-éducatifs</p>



QUESTIONS ISOLÉES

QI N°1



Q1. De quoi dépend la sectorisation du patient en psychiatrie? Cochez les réponses exactes

- Adresse de son psychiatre
- Adresse de son médecin traitant
- Adresse du curateur du patient s'il existe
- Adresse du patient**
- Choix du patient**

QI N°2



Q2. Concernant les effets secondaires des neuroleptiques, quelles sont les propositions exactes ?

Les dystonies aigues s'observent en début de traitement et impliquent un arrêt des neuroleptiques

Le syndrome parkinsonien peut être corrigé par l'administration d'anticholinergiques et est plus fréquent sous antipsychotiques classiques.

Les dyskinésies tardives peuvent survenir de façon imprévisible après plusieurs mois de traitement, mais sont sensibles aux anti-cholinergiques.

La prise de poids est très fréquente sous neuroleptiques atypiques.

Les neuroleptiques peuvent engendrer des troubles de l'accommodation

QI N°3



Q3. Vous instaurez un traitement par RISPERIDONE (antipsychotique atypique) à un patient délirant. Quelques jours après l'instauration de RISPERIDONE, les infirmiers vous rapportent que le patient fait les 100 pas toute la journée dans les couloirs du service. Au cours de l'entretien, il se lève plusieurs fois de sa chaise tout en s'excusant : « je suis désolé docteur mais j'ai besoin de me dégourdir les jambes ». Quelle sont les propositions exactes?

Le tableau évoque une dyskinésie aigüe

Le tableau évoque une akathisie

Le tableau évoque une tachykinésie

Il est possible de prescrire un anticholinergique type tropatépine

Il est possible de prescrire un β bloquant non cardio-sélectif

Q2 et 3. Neuroleptiques



⇒ **Bloqueurs dopaminergiques** (ou agonistes partiels) anti-D2

⇒ **Autres propriétés :**

- Anti D1 D3 D4
- Anti sérotoninergique (5HT2A, 5HT2C) : *atypiques ++, module action anti-dopaminergique selon les régions*
- Anti-histaminique : sédation, prise de poids
- alpha-adrénolytique : sédation, hypotension, tb erection, éjaculation
- anti-cholinergique : effets atropiniques

Q2 et 3. Effets secondaires des NL



Dyskinésies aigües <i>Contracture musculaire :</i> - Extrémité céphalique - Axe corporel	- Initiation du traitement ou changement de posologie - TTT = correcteurs anticholinergiques IM TROPATEPINE - Ajustement ttt antipsychotique (Ø d'arrêt)
Dyskinésies tardives <i>Mt anormaux involontaires répétitifs incontrôlable</i> - Face - Troncs et membres	- Après plusieurs mois de traitement, survenue imprévisible - Parfois irréversibles - CI des ANTICHOLOINERGIQUES qui peuvent aggraver! - TTT = remplacer antipsychotique par un autre (2ème génération)
Sd Parkinsonien <u>Akinésie</u> <u>Hypertonie</u> <u>Tremblements</u>	- modification poso ou NL 2 ^{ème} génération - Correcteur anticholinergique (Tropatépine – Lepticur)
Sd hyperkinétique	- BZD = akathisie à prédominance nocturne - βbloquant non cardioselectif = akathisie à prédominance diurne

Q2 et 3 Dyskinésies/ Dystonies aigues



Ophisthotonus (idem tetanos)



Q2 et 3. Effets secondaires des NL



Endocrino - Métaboliques	<ul style="list-style-type: none">- Prise de poids ++- Diabète : <i>remplacer le ttt</i>- Tb lipidiques- Hyperprolactinémie : gynécomastie + galactorrhée + aménorrhée
Neuro-végétatifs – CV	<ul style="list-style-type: none">- sécheresse buccale : Anétholtrithione- Constipation- RGO- rétention urinaire- Tachycardie- tb déglutition (! Fausses routes)- tb accommodation- Fermeture angle irido-cornéen : <i>glaucome aigu à angle fermé!</i>- Hypotension orthostatique- Allongement QT
Psychiatriques	<ul style="list-style-type: none">- Indifférence psychomotrice (baisse poso)- EDC post-psychotique : D≠ tb comorbide- Sédatation- Confusion : sujet âgé ++
Allergie - Toxiques	<ul style="list-style-type: none">- Agranulocytose médicamenteuse- Photosensibilisation

QI N°4



Q4. Cochez la(les) réponse(s) exacte(s). Une hypersexualité peut être liée à :

Un trouble bipolaire

Un syndrome de Ringel

Un syndrome de Klüver Bucy

Des agonistes dopaminergiques

Une prise d'ISRS

QI 4.



Syndrome de Ringel :

- = Sd pré-suicidaire
- calme apparent, retrait, une diminution de la réactivité émotionnelle, de l'agressivité et des échanges interpersonnels. Fuite vers les fantasmes suicidaires qui occupent toute la vie imaginaire
- **Passage à l'acte suicidaire imminent**

Syndrome de Klüver Bucy :

Séquelles de méningoencephalite infectieuse avec agnosie visuelle, hyperoralité, hypersexualité, hyperphagie

Un des ES des agonistes dopaminergiques à connaître!

Question isolée 5



Quelles sont les molécules susceptibles d'être employées dans la prise en charge du sevrage en alcool au long cours ?

- A. Diazépam
- B. Acamprosate
- C. Naltrexone
- D. Buprénorphine
- E. Bupropion

	Acamprosate (Aotal®)	Baclofène (Liorésal®, baclocur®)	Disulfirame (Esperal®)	Naltrexone (Revia®)	Nalméfène (Sélincro®)
Anti-craving	+/-	+		+	+
Action sur	Glutamate (GABA-A)	Glutamate (GABA-B)	Inhibiteur acétaldéhyde- déshydrogénas e	Opioïde	Opioïdes
Indication	Maintien abstinence	Réduction conso, Prévention rechute	Effet antabuse, prévention de la rechute	Prévention de la rechute	Réduction de la consommation 2h avant de boire

Question isolée 6



Parmi les manifestations suivantes, lesquelles sont susceptibles d'être causées par une consommation chronique d'alcool ?

- A. Microcytose érythrocytaire
- B. Nécrose de la tête fémorale
- C. Rhinophyma
- D. Névrite optique retro-bulbaire
- E. Elévation de la concentration sanguine de la transferrine désialylée



Complications médicales de l'alcool



Synergie avec le tabac

Cancer : VADS et épidermoïde œsophage, CHC +++, CCR, sein

Digestif : pathologies hépatiques (hépatite, stéatose, cirrhose), pancréatites, RGO, œsophagite, UGD, diarrhée motrice et/ou par atteinte entérocytaire

Neuro :

- Troubles cognitifs : Korsakoff (favorisé par carence B1), démence alcoolique
- Encéphalopathies carentielles et métabolique : Gayet-Wernicke (favo par carence B1), syndrome de démyélinisation osmotique (correction rapide hypoNa, dénutrition, mésusage OH), encéphalopathie hépatique
- Autres : atrophie cérébelleuse, crise convulsive de sevrage, épilepsie, polyneuropathies sensitivomotrices, neuropathie optique (NORB), traumatismes (hématomes cérébraux), hémorragies cérébrales ou méningée (HTA)

CV : HTA, troubles du rythme, cardiomyopathies, insuffisance cardiaque gauche

Rhumato : nécrose de la tête fémorale, ostéoporose, ostéomalacie

Traumatique : fracture, TC

Hémato : macrocytose, anémie, thrombopénie, leucopénie

Métabolique : hypoglycémie, acidocétose alcoolique, intolérance glucose, dénutrition, renutrition inappropriée, hyperTG, hyperuricémie/goutte, troubles ioniques (hypoK, hypoNa)

Dermato : aggravation d'un psoriasis, rhinophyma

Psy : EDC, troubles anxieux, décompensations de troubles préexistants, conduites suicidaires, troubles du comportement, conduites à risque.

Obstétricale : SAF

Génitale : dysfonction sexuelle

Infectieuse : VHB VHC VIH autres IST.

Question isolée 7



Quels sont les recommandations pour la prise en charge immédiate au décours d'un évènement traumatisque ?

- A. Faire raconter à la personne tout ce qui s'est passé
- B. **Utiliser des techniques de « defusing »**
- C. **Mettre à disposition une aide psychologique**
- D. **Orienter vers des associations spécialisées ou des groupes d'entraide**
- E. Proposer une benzodiazépine à visée anxiolytique si nécessaire

Question isolée 8



Un évènement traumatisant peut consister en :

- A. Une exposition répétée via un média
- B. **Des menaces de mort**
- C. **La mort d'une personne**
- D. **Une agression sexuelle**
- E. **Le fait d'apprendre qu'un proche a été victime d'un grave accident**

*D'après le collège de psychiatrie. Pour l'ECN.
Dans la vraie vie, c'est souvent plus compliqué.*

QI N°9



Q9. Concernant les Benzodiazépines, quels sont les effets cliniques communs ?

Anxiolytique

Anti-émétique

Anti-épileptique

Sédatif

Anorexigène

QI N°9 Benzodiazépines



- Modulateurs des récepteurs GABA-A
- 6 effets communs
 - Anxiolytique
 - Sédatif
 - Amnésiant
 - Anticonvulsivant
 - Myorelaxant
 - Orexigène

QI N°9 Benzodiazépines



Durée de prescription

- 12 semaines à visée anxiolytique
- 4 semaines à visée hypnotique

Ont un effet de dépresseur respiratoire central

Métabolisme hépatique, retenir l'Oxazepam (SERESTA)

QI N°10



Q10. Quels sont les effets indésirables fréquents chez les antipsychotiques ?

Prise de poids

Effet amnésiant

Effet hypertenseur

Constipation

Dysfonction érectile

QI N°10 : Antipsychotiques



Spectre de récepteurs

- Antihistaminique : sédation / prise de poids, syndrome métabolique
- Antidopaminergique : effet recherché, syndrome pseudo-parkinsonien, augmentation PRL
- Anti Cholinergique : constipation, augmentation tension oculaire, troubles urinaires, allongement QT
- Adrénolytique : rares hypotensions

/!\ Abaissent le seuil épileptique

QI N°11



Q11. Concernant les traitements par antidépresseur

Ils sont indiqués pour tout épisode dépressif caractérisé en 1ère intention

Ils agissent sur l'ensemble des symptômes dépressifs en même temps

Ils agissent sur les symptômes dépressifs en dans un délai de 2 à 3 semaines

Ils peuvent présenter des effets indésirables digestifs transitoires

Ils sont formellement contre-indiqués lors d'un trouble d'usage lié à l'alcool

QI N°11 : Antidépresseurs



- Théorie monoaminergique (discutée)
 - Délai d'action en différé sur les différents symptômes, compter en semaine
 - Temporalité du traitement
-
- Retenir essentiellement les IRS, IRSNA
 - Autres moins fréquents : IMAO, tricycliques
 - Multiples indications !! “antidépresseur” = nom trompeur

QI N°12



Q12. Quelles sont les caractéristiques communes d'un trouble de la personnalité selon le DSM V ?

Ils associent une rigidification du mode de fonctionnement et une altération du fonctionnement

Ils se caractérisent par une labilité émotionnelle

Ils s'associent tous à un risque suicidaire accru par rapport à la population générale

Ils favorisent le risque d'apparition d'une schizophrénie

Le traitement médicamenteux tiendra une place centrale dans la prise en charge

Qi, Question 13 (item 71)



Q13) Concernant la boulimie quelle(s) réponse(s) est (sont) vraie(s) ?

- A) Les patients sont généralement en obésité
- B) Les comorbidités addictives sont rares
- C) La boulimie correspond à des épisodes de grignotages en dehors de repas
- D) Il existe toujours des vomissements
- E) L'ostéodensitométrie osseuse fait partie du bilan paraclinique

Qi, Question 13 (item 71)



Q13) Concernant la boulimie quelle(s) réponse(s) est (sont) vraie(s) ?

- A) Les patients sont généralement en obésité
- B) Les comorbidités addictives sont rares
- C) La boulimie correspond à des épisodes de grignotages en dehors de repas
- D) Il existe toujours des vomissements
- E) **L'ostéodensitométrie osseuse fait partie du bilan paraclinique**

Réponse E

Qi, Question 13 (item 71)



- **Obésité :**
 - **Boulimie = poids normal** (crises hyperphagiques + conduites compensatoires)
 - **Hyperphagie boulimique = poids élevé** (crises hyperphagiques sans conduites compensatoires)
 - **Anorexie = poids faible** (restrictions ou conduites compensatoires sans crises hyperphagiques)
- **Comorbidités addictives rares :**
 - **Très fréquentes !**
 - **30 à 40 %**
- **Boulimie = grignotages : Non !**
 - Absorptions alimentaires **largement supérieures à la moyenne en peu de temps** avec une **perte de contrôle**
 - + **conduites compensatoires**

Qi, Question 13 (item 71)



- **Vomissements :**
 - Pas forcément
 - **Conduites compensatoires** = vomissements, laxatifs, diurétiques, jeûne, exercices physiques excessifs....
- **Bilan paraclinique : risque ostéoporose**

Biologique	<ul style="list-style-type: none">* NFS, Plaquette, TP, TCA.* Ionogramme complet, urée, créatinine, clairance de la créatinine.* Calcémie, phosphorémie, 25OH-D3.* Bilan hépatique : ALAT, ASAT, PAL et TP.* Protidémie, albumine, préalbumine.* CRP.* TSH, à discuter si doute sur une hyperthyroïdie.* Recherche de dans le sang ou les urines au moindre doute.
Paraclinique	<ul style="list-style-type: none">* Ostéodensitométrie osseuse.* Imagerie cérébrale à discuter (pour éliminer un diagnostic différentiel).

Qi, Question 14 (item 74)



Q14) Quels sont les signes pouvant faire évoquer un syndrome sérotoninergique ?

- A) Tachycardie
- B) Diarrhée
- C) Hyperéflexie
- D) Bradycardie
- E) Myosis

Qi, Question 14 (item 74)



Q14) Quels sont les signes pouvant faire évoquer un syndrome sérotoninergique ?

- A) Tachycardie
- B) Diarrhée
- C) Hyperéflexie
- D) Bradycardie
- E) Myosis

Réponses A, B, C

Qi, Question 14 (item 74)

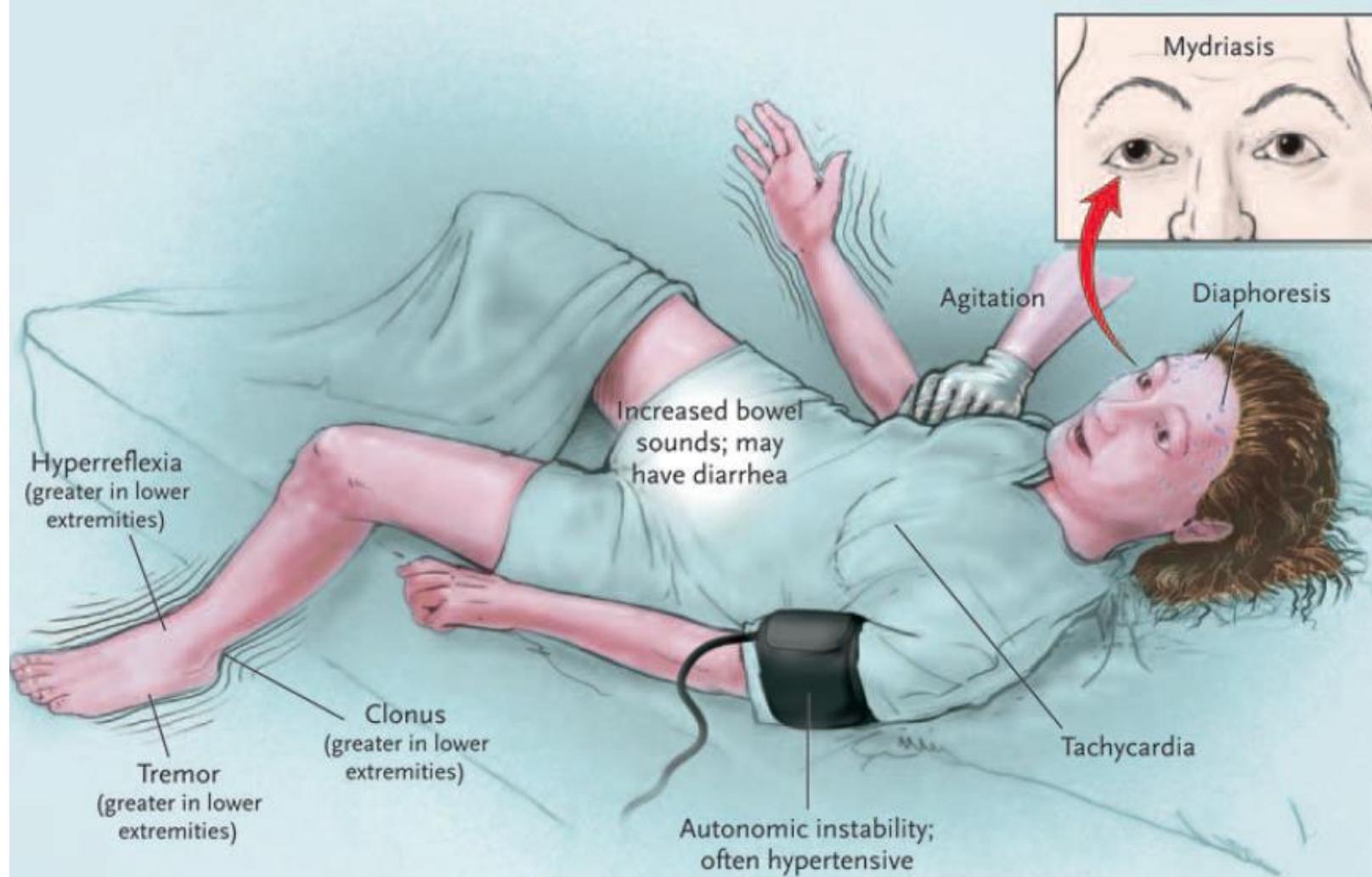


- **Syndrome sérotoninergique :**
 - **Signes neuro-végétatifs** : **tachycardie**, tachypnée, hyperthermie, sudation, hyper ou hypotension
 - **Signes digestifs** : nausées, **diarrhées**,
 - **Signes neurologiques** : confusion, agitation, tremblements, myoclonies, rigidité musculaire, **hyperéflexie**, troubles de la coordination, **mydriase**, akathisie, hallucinations
- **Effet indésirable grave** associé aux antidépresseurs (**en association ++**)
- Transfert immédiat en **réanimation**
- **Arrêt des traitements** concernés

Qi, Question 14 (item 74)



En résumé : syndrome sérotoninergique



Source : Boyer E.W. et al., NEJM, 2005

Qi, Question 15 (item 66h)



Q14) Parmi ces éléments lesquels font suspecter un trouble de personnalité borderline ?

- A) Théâtralisme
- B) Sentiment chronique de vide
- C) Automutilations
- D) Arrogance
- E) Peur de l'abandon

Qi, Question 15 (item 66h)



Q14) Parmi ces éléments lesquels font suspecter un trouble de personnalité borderline ?

- A) Théâtralisme
- B) Sentiment chronique de vide**
- C) Automutilations**
- D) Arrogance
- E) Peur de l'abandon**

Réponses B, C, E

Qi, Question 15 (item 66h)



- **Trouble de personnalité borderline :**
 - **Instabilité affective :**
 - Oscillations entre euthymique et dépression
 - Anxiété
 - Colère inappropriée
 - **Sentiment de vide chronique**
 - **Instabilité interpersonnelle :**
 - Relations intenses et chaotiques, idéalisation ou rejet
 - **Peur intense de l'abandon**
 - Efforts effrénés pour éviter l'abandon
 - **Instabilité de l'identité/de l'image de soi**
 - **Impulsivité :**
 - **Automutilations** / tentatives de suicide
 - Conduites à risques
 - **Symptômes dissociatifs en situation de stress** (dépersonnalisation, déréalisation voire symptômes « psychotiques » avec hallucinations)

Qi, Question 15 (item 66h)



En résumé : le trouble de personnalité borderline



9 CRITÈRES DONT AU MOINS 5 SUFFISENT AU DIAGNOSTIC



JE CRAINS QU'ON M'ABANDONNE

Au point d'en arriver à des efforts effrénés pour ne pas me retrouver seul·e, rejeté·e ou abandonné·e

J'AI DES PROBLÈMES RELATIONNELS

Mes relations sont fusionnelles et conflictuelles, et je change souvent d'opinion sur les autres

JE NE SAIS PAS QUI JE SUIS

Je change souvent d'avis et je ne sais pas ce que je veux vraiment à court ou à long terme

JE SUIS IMPULSIF·IVE

J'ai des conduites à risques (dépenses, sexualité, substances, médicaments, boulimie etc.)

JE ME FAIS DU MAL

Je me blesse volontairement, j'annonce que je vais me tuer ou me faire du mal, j'essaye de me tuer

JE CHANGE TOUJOURS D'HUMEUR

Je peux me sentir brutalement très triste, anxieux·se, irritable pendant quelques heures à quelques jours

JE ME SENS VIDE

J'ai souvent le sentiment douloureux de ne plus rien ressentir, de ne plus avoir d'existence

J'EXPLOSE

J'ai souvent des accès de colère si intenses que j'ai beaucoup de mal à me contrôler

JE ME SENS BIZARRE OU PARANO

Dans les situations de stress, j'ai l'impression qu'on cherche à me nuire ou je me sens déconnecté·e

Qi, Question 15 (item 66h)



- **Théâtralisme** : concerne la personnalité histrionique
- **Arrogance** : concerne la personnalité narcissique

En résumé : les 3 clusters de troubles de personnalité

Cluster	Caractéristique principale	Troubles de personnalité
A	Psychotique	Personnalité paranoïaque Personnalité schizotypale Personnalité schizotypique
B	Emotionnelle	Personnalité antisociale Personnalité borderline Personnalité histrionique Personnalité narcissique
C	Anxieuse	Personnalité évitante Personnalité dépendante Personnalité obsessionnelle-compulsive

Qi, Question 16 (item 399)



Q16) Concernant le juge des libertés et des détentions quelles sont les réponses vraies ?

- A) Il doit être saisi, via un avis motivé rédigé par le directeur d'établissement, avant le huitième jour suivant l'admission
- B) Si l'hospitalisation se prolonge il doit être saisi tous les mois
- C) Il doit examiner toutes les situations de soins sans consentement dans les douze jours suivant l'admission
- D) Il n'intervient pas dans les réintégrations de programme de soins
- E) Il peut lever une mesure de soins sans consentement malgré l'avis contraire du psychiatre

Qi, Question 16 (item 399)



Q16) Concernant le juge des libertés et des détentions quelles sont les réponses vraies ?

- A) Il doit être saisi, via un avis motivé rédigé par le directeur d'établissement, avant le huitième jour suivant l'admission
- B) Si l'hospitalisation se prolonge il doit être saisi tous les mois
- C) Il doit examiner toutes les situations de soins sans consentement dans les douze jours suivant l'admission**
- D) Il n'intervient pas dans les réintégrations de programme de soins
- E) Il peut lever une mesure de soins sans consentement malgré l'avis contraire du psychiatre**

Réponses C, E

Qi, Question 16 (item 399)



- **Avis motivé rédigé par le directeur : Non !**
 - Rédigé avant le 8ème jour (pour saisir le JLD)
 - **Par le psychiatre**
 - *Stipule s'il souhaite un maintien ou une levée des SSC*
- **Saisine du juge tous les mois : Non !**
 - **Tous les 6 mois**
 - *Tous les mois : certificat de maintien rédigé par psychiatre*
- **Examen de la situation par le juge dans les 12 jours :**
 - Saisi dans les 8 jours et examen dans les 12 jours post admission

Qi, Question 16 (item 399)



- **Juge n'intervient pas dans les programmes de soin : Faux !**
 - Programme de soin = mesure de **soins sans consentement** sous forme de **programme à l'extérieur de l'hôpital**
 - Juge intervient aussi si réintégration (= si retour en hospitalisation)
- **Peut lever des SSC malgré avis contraire du psychiatre :**
 - Rare mais possible
 - Souvent sur vices de formes plus que de fond (certificat mal daté, non réalisé dans les temps, insuffisamment justifié...)

Qi, Question 16 (item 399)



Résumé : rappel sur les soins sans consentement

Types de mesures	SPDT (Art. L3212-1 du CSP)	SPDT en urgence (Art. L3212-3 du CSP)	SPPI (Art. L3212-1-II-2 du CSP)	SPDRE (Art. L3213-1 du CSP)
Indications	- Troubles mentaux qui nécessitent des soins immédiats et une surveillance médicale - Les troubles rendent impossibles le consentement	Pas de condition supplémentaire	Risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade	- Péril imminent - Absence de tiers
Pièces nécessaires	- 2 CM, dont 1 réalisé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil - Demande de Tiers (accompagnée d'une copie de sa pièce d'identité)	- 1 CM réalisé partout médecin (exerçant ou non dans l'établissement d'accueil) - Demande de tiers (accompagnée d'une copie de sa pièce d'identité)	- 1 CM réalisé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil - Relevé des démarches de recherche et d'information de la famille et de proches	- 1 CM réalisé partout médecin excepté un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil
Instauration de la mesure	Décision du directeur de l'établissement			Arrêté du représentant de l'État (Préfet)
Période initiale d'observation et de soins	Examen médical somatique complet CM de 24 h par un psychiatre CM de 72 h par un psychiatre			
Hospitalisation complète continue après la période initiale	6 ^e -8 ^e jour : Avis motivé Avant le 12 ^e jour : JLD Tous les mois : CM de maintien par un psychiatre Tous les 6 mois : JLD Tous les ans : Avis d'un collège pluridisciplinaire			

Source : Référentiel collège de Psychiatrie

QI N°17



Q17. Concernant les prévalences des pathologies psychiatriques lesquelles de ces propositions sont vraies ?

La prévalence de la schizophrénie est d'environ 0.7%

La prévalence des troubles de personnalités en population générale est inférieure à 5%

L'épisode dépressif du post-partum touche 15% des femmes

La prévalence du trouble de stress post-traumatique se situe entre 5 et 10% de la population générale

Le trouble anxieux généralisé est un trouble fréquent touchant au moins 15% de la population générale

QI : N°17



Diagnostic	Prévalence en population générale
Episode dépressif caractérisé	1/3
Dépression du post-partum	10% (des femmes)
Trouble de la personnalité (tous confondus)	10%
Borderline (plus fréquent des troubles de personnalité)	6%
Trouble de stress post traumatique	5-10%
Trouble phobique	5%
Trouble anxieux généralisé	5%
Bipolarité	1-4%
Trouble panique	1-3%
Trouble comportement de l'enfant	3% (trouble oppositionnel) 1,5% (trouble des conduites)
Trouble obsessionnel compulsif	2%
Anorexie mental	1,4% (fille) 0,4% (homme)
Schizophrénie	0,7%

Q18 : Parmi cette liste de molécule, laquelle ou lesquelles est/sont des antipsychotiques de seconde génération ?

Halopéridol

Amisulpride

Cyamemazine

Paliperidone

Moclobémide

Antipsychotiques atypiques
ou de deuxième génération

Amisulpride (Solian®)

Loxapine (Loxapac®)

Olanzapine (Zyprexa®)

Clozapine (Leponex®)

Quetiapine (Xeroquel®)

Risperidone (Risperdal®)

Paliperidone (Xeplion®)

Aripiprazole (Abilify®)

QI : N°19



Q19. Parmi ces propositions sur la crise suicidaire laquelle ou lesquelles est/sont justes ?

L'évaluation du risque suicidaire se base sur la triade risque-urgence-dangerosité

Un patient en crise suicidaire se présentant comme calme, en retrait sans réactivité émotionnelle est à risque de passage à l'acte imminent

Questionner les idées suicidaires est à risque de majoration de risque de passage à l'acte suicidaire

Le suicide est la première cause de mortalité chez les 25-34 ans

La succession de passage à l'acte chez un adolescent n'est pas quelque chose d'inquiétant

NUMÉRO NATIONAL DE PRÉVENTION DU SUICIDE

3114

Écoute professionnelle
et confidentielle
24h/24 · 7j/7
Appel gratuit

www.3114.fr



QI : N°20



QI 20. (QRU) Concernant les troubles de personnalité, quelle proposition est juste ?

Un trouble de la personnalité peut survenir à n'importe quel âge

Le trouble de personnalités borderline se caractérise par l'instabilité (de soi, des relations ...)

Le trouble de personnalité obsessionnel-compulsif est associé à des idées obsédantes et des compulsions.

Le trouble de personnalité schizotypique est caractérisé par une absence d'intérêt pour autrui ainsi qu'un faible plaisir à la participation aux activités sociales.

Des traits de personnalités marqués et rigides sans altération du fonctionnement permettent de diagnostiquer un trouble de personnalité



MERCI POUR VOTRE ATTENTION
Et prenez soin de vous