

PSYCHIATRIE

Épreuve de Vérification des Connaissances Pratiques

Sujet : 1

.....

Une jeune femme de 23 ans arrive aux urgences transportée par les sapeurs-pompiers. Elle est inconsciente.

Il est noté dans le rapport d'intervention des secours qu'elle vit dans un squat avec d'autres personnes. Des seringues usagées et un blister de gélules de méthadone ont été retrouvés à ses côtés.

Question 1

Quel diagnostic devez-vous envisager en première intention ? Quels en sont les signes cliniques classiques ? Quel est le risque en l'absence de prise en charge rapide ?

Ses amis, témoins de l'épisode, auraient pu lui administrer un traitement médicamenteux en attendant les secours.

Question 2

Lequel ? Dans quel délai ? Par quelle voie d'administration ? Quel est son mécanisme d'action ? Quelles sont les précautions à prendre ?

Avec la prise en charge adaptée, l'état de la patiente s'améliore. Elle explique être sortie de prison il y a 5 jours. Elle a été incarcérée durant 6 mois pour vols et trafics de stupéfiants survenus 2 ans auparavant. Avant son incarcération, elle était suivie en CSAPA et bénéficiait d'un traitement par chlorhydrate de méthadone (2 gélules à 40 mg par jour), qu'elle a progressivement diminué, puis arrêté en prison depuis deux mois. A la sortie, elle s'est sentie en difficulté et a eu un épisode de craving pour l'héroïne. Elle a pu acheter dans la rue quelques gélules de méthadone, et c'est ainsi, dit-elle, qu'elle a fait ce coma. Elle souhaite reprendre ce traitement.

Question 3

Quel est le délai de mise en route du traitement ? A quelle posologie le traitement peut-il être prescrit de nouveau ? A quel rythme la posologie peut-elle être modifiée ? Qui peut prescrire le traitement ? Où le traitement peut-il être délivré ?

Compte-tenu des effets récents, il est convenu de ré-initier le traitement par méthadone sous forme de solution buvable.

Question 4

Quelles sont les modalités de prescription et de délivrance de ce traitement ?

Question 5

Quels sont les objectifs du traitement ?

Sujet : 2

.....

Une femme de 32 ans, sans antécédents psychiatriques connus, se présente au service d'accueil des urgences et demande à rencontrer un psychiatre, une semaine après avoir été impliquée dans un accident de voiture sur l'autoroute, sa voiture ayant été percutée latéralement. Elle n'a pas perdu connaissance, mais décrit une sensation de « déconnexion » lors de l'accident. Elle rapporte avoir depuis une anxiété majeure, ainsi que des flashbacks intrusifs de la scène de collision. Elle dit avoir l'impression par moments de « revivre l'accident ». Elle se plaint aussi de difficultés à se concentrer, d'avoir un sommeil très perturbé avec des cauchemars, ainsi qu'un état d'engourdissement émotionnel et une impression d'irréalité. Elle évite d'évoquer la scène accidentelle. Vous observez qu'elle est agitée et semble avoir une hypervigilance avec des sursauts fréquents.

Vous diagnostiquez un trouble de stress aigu.

Question 1

Quelles sont les 5 catégories de symptômes habituellement retrouvées dans ce trouble ?

La patiente avait été admise au service d'accueil des urgences après son accident, mais était sortie assez rapidement. Vous lisez l'observation médicale.

Question 2

Quels symptômes dissociatifs prédictifs d'une évolution vers un trouble de stress post-traumatique auraient pu être présents dans les suites immédiates de l'accident ?

Question 3

Quelle prise en charge aurait pu être proposée immédiatement au décours du traumatisme psychique ? Quels en sont les principaux objectifs ?

Vous revoyez la patiente trois mois plus tard en consultation. Depuis l'accident, elle a arrêté de conduire et évite même de prendre place en tant que passagère. Elle fait des cauchemars répétitifs du choc et des images intrusives envahissantes gênent son quotidien. Elle présente une irritabilité marquée, de l'hypervigilance lorsqu'elle est hors de chez elle, des difficultés de concentration et d'importantes ruminations anxieuses. Elle rapporte un retrait social progressif, une incapacité à retrouver ses loisirs habituels et décrit une humeur « éteinte ». Son conjoint note qu'elle sursaute au moindre bruit.

Elle souffre manifestement d'un trouble de stress post-traumatique.

Question 4

Quels sont les traitements non médicamenteux et médicamenteux recommandés dans ce contexte ?

Question 5

Quelles sont les modalités d'évolution du trouble de stress post-traumatique ?

Sujet : 3

.....

Mme K., âgée de 70 ans, est amenée au service d'accueil des urgences par la police, accompagnée de la concierge de l'immeuble où elle réside. La concierge vous explique avoir appelé la police car Mme K. a inondé volontairement son appartement et refusait de couper l'eau.

La patiente est veuve depuis deux ans et n'a pas d'enfant. Mme K. exprime sa conviction que vous ne lui serez pas d'un grand secours en tant que médecin. Elle est visiblement très agacée d'avoir fait l'objet d'un « *enlèvement qui a été minutieusement orchestré depuis plus d'un an par l'ensemble de son voisinage* ».

Très réticente initialement, Mme K. finit par demander votre avis sur ce qui lui arrive. Elle vous confie que depuis la mort de son mari, « *son voisin veut la chasser de chez elle pour agrandir son appartement* ». Pour ce faire, celui-ci utiliserait des « *technologies avec des ondes* » lui permettant de commenter « *à l'intérieur de sa tête* » ses actes et surtout de l'insulter à distance à longueur de journée. La patiente est arrivée à cette conclusion depuis qu'elle ressent des brûlures diffuses au niveau de sa peau. Elle ajoute que « *cette machine doit consommer beaucoup d'électricité* » et être à l'origine des pannes régulières de son réfrigérateur et de son poste combi TV/VHS. Mme K. a recouvert les murs de son appartement de papier aluminium pour « *empêcher les ondes de passer* », mais en vain.

L'examen physique est sans particularité. La patiente ne consomme pas d'alcool ni d'autres substances. Elle ne rapporte pas d'antécédent psychiatrique. Elle ne prend aucun traitement.

Question 1

Quel est votre diagnostic principal ? Sur quels arguments cliniques ?

Question 2

Quelles sont les particularités cliniques associées à ce diagnostic, présentes chez cette patiente ?

Question 3

Quel bilan devez-vous réaliser ?

Question 4

Quelles sont les grandes lignes de la prise en charge thérapeutique immédiate ?

Six mois plus tard, vous revoyez au service d'accueil des urgences Mme K. qui est très amaigrie. Elle vous explique, d'une voix lente et monotone, être adressée par son médecin traitant pour une insomnie sévère. Elle s'étonne que vous vous intéressiez à elle, « *en tout cas, moi, rien ne m'intéresse... je l'ai bien mérité, je suis un monstre...vous ne pouvez rien pour moi de toute façon ...* ». Vous accompagnez la patiente dans sa chambre, au bout du couloir, mais celle-ci demande à s'asseoir à mi-distance, épuisée. Vous décidez de l'hospitaliser pour un épisode dépressif caractérisé avec caractéristiques mélancoliques.

Une semaine après le début de sa prise en charge en hospitalisation, l'équipe de nuit rapporte que Mme K. présente une insomnie, de l'angoisse et des douleurs au bas ventre et ne va plus aux toilettes depuis 3 jours. Mme K. est obnubilée, assise par terre, habillée, sous la douche. Elle ne connaît pas la date du jour et vous demande si vous voulez « *monter dans le sous-marin* ».

Son traitement associe : clomipramine (Anafranil®) 150 mg/j, olanzapine (Zyprexa®) 5 mg/j, amlodipine (Amlor®) 5 mg/j, oxazépam (Seresta®) 30 mg/j et zopiclone (Imovane ®) 3,75 mg au coucher.

Question 5

Quel diagnostic vous semble le plus probable pour expliquer l'état actuel ?

Sujet : 4

.....

Vous recevez en consultation pour la 1^{ère} fois Mademoiselle A., 17 ans, à la Maison des Ados où vous exercez une demi-journée par semaine. Elle est adressée par son médecin généraliste en raison de crises de boulimie et de comportements d'automutilation.

Elle décrit des épisodes d'ingestion en grande quantité d'aliments hypercaloriques (gâteaux, chips, bonbons, etc.), en dehors des repas, environ 4 fois par semaine, souvent en soirée. Les épisodes débutent fréquemment alors qu'elle ressent un sentiment de vide intérieur ou de détresse émotionnelle, souvent lié à un conflit relationnel ou à un sentiment d'abandon. Elle rapporte alors se sentir angoissée, perdue et impuissante. Cela est souvent accompagné de pensées envahissantes, telles que : « Je vais tout perdre », « Il ne m'aime pas », « Je suis nulle ». Manger constitue une solution rapide pour soulager cette souffrance. Lors de la crise, elle dit qu'elle est « incapable de contrôler quoi que ce soit ». Après la crise, elle ressent un sentiment de honte et de culpabilité, ce qui la pousse à provoquer des vomissements pour éliminer la nourriture ingérée. C'est un moyen pour elle de reprendre un semblant de contrôle et de « réparer » ce qu'elle perçoit comme une erreur, ce d'autant qu'elle est très préoccupée par son image corporelle.

Elle décrit aussi des scarifications régulières, en particulier sur ses avant-bras, survenant dans les mêmes contextes. Lors de l'entretien, elle exprime des fluctuations émotionnelles rapides, passant de l'euphorie à une tristesse intense en quelques heures. Elle souffre surtout de son mode relationnel. Elle se sent dépendante des autres, « en attente ». Elle dit s'investir beaucoup dans les relations, qu'elles soient amicales ou amoureuses, mais être très souvent déçue, car elles ne sont pas à la hauteur de ses attentes. Elle n'a jamais fait de tentative de suicide, mais évoque des pensées fugaces de mort lors des crises.

Son histoire personnelle est marquée par des conflits parentaux violents, leur séparation quand elle avait 8 ans et une carence affective importante depuis.

Son IMC actuel est de 21 kg/m².

Question 1

Quel diagnostic de trouble du comportement alimentaire établissez-vous ? Précisez quels sont les critères diagnostiques (selon le DSM-5) présents dans cette observation et ceux que vous allez rechercher pour étayer votre diagnostic.

Question 2

Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer dans ce contexte ?

Question 3

Quel trouble de la personnalité devez-vous explorer en priorité chez cette patiente ? Identifiez dans le cas clinique au moins 4 critères diagnostiques évocateurs.

Question 4

Quels types d'intervention thérapeutique non médicamenteuse vous semblent appropriés pour aider cette patiente vis-à-vis de son trouble de la personnalité ?

Dans la perspective d'une thérapie cognitive et comportementale, vous décidez de réaliser une analyse fonctionnelle.

Question 5

Quels sont les éléments à prendre en compte dans la grille synchronique ?