

**SEMESTRE 5
EVALUATION PROCESSUS PSYCHOPATHOLOGIQUES
UE 2.6 S5
(2 ECTS) SESSION 1**

- 7 questions
- Note sur 20 points
- Forme de l'épreuve : Ecrite
- Durée totale de l'épreuve : 2h00

CONSIGNES :

- Indiquer nom, prénom ainsi que le nom du conseiller pédagogique dans la partie à rabattre ci-dessous
- Répondre à l'ensemble des questions directement sur ce document
- N'utiliser que des stylos de couleur bleue foncée ou noire non effaçable
- Les documents ne sont pas autorisés

-----Rabattre le long des pointillés-----

NOM :

Session n : _____

PRENOM :

NOM DU CP :

1- Question 1 (1.5 points)

Définissez ce qu'est une stratégie de coping. Donnez deux exemples.

2- Question 2 (3 points)

Aubron, V. (juin 2007), Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence

Volume 55, numéro 3, pages 168-173

Hugo, 11 ans, consulte dans un service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent à la demande de ses parents et de l'école pour trouble du comportement et difficultés scolaires. Hugo a présenté des difficultés scolaires dès la maternelle (ex : bavardage, agitation psychomotrice, perturbation du fonctionnement de la classe).

À la maison, la mère rapporte des difficultés d'endormissement et un climat conflictuel au moment des devoirs. Elle décrit une lenteur au travail, Hugo ne persévere pas dans ses devoirs, il s'agit, se met en colère, refuse de travailler, trouve toujours une raison pour se lever. Hugo est suivi pour une rééducation orthophonique concernant une dyslexie depuis trois ans. Parallèlement, il a été suivi en psychothérapie pendant deux ans.

D'après les parents, la symptomatologie d'Hugo semble s'accentuer avec le temps. Sa scolarité devient de plus en plus difficile avec un risque de redoublement pour cette année.

Lors du premier entretien, Hugo se montre timide et inquiet mais s'inscrit facilement dans la relation. Alors que l'agitation psychomotrice et l'impulsivité (motrice et verbale) sont peu présentes en début d'entretien, elles augmentent de façon très nette au cours de celui-ci.

Hugo exprime une tension intérieure, des difficultés d'endormissement, des cauchemars fréquents et s'inquiète beaucoup pour son avenir professionnel. Hugo supporte difficilement l'échec et souffre d'une profonde disqualification du soi.

L'entretien avec les parents confirma lui aussi les résultats soulignés lors du bilan psychologique. Hugo a toujours été considéré comme un enfant rêveur, comme étant toujours dans la lune. Dans la vie quotidienne, il ne fait pas ce qui lui est demandé non par provocation ou refus mais par omission, alors que c'est un garçon qui a envie de bien faire et de faire plaisir à son entourage.

Le diagnostic de TDAH estposé.

2.1 Classez les symptômes d'Hugo en faveur d'un TDAH selon la triade symptomatique (1 point)

2.2 Citez les types de prise en charge du TDAH (1 point)

2.3 Quels conseils pouvons-nous donner aux parents d'Hugo pour les aider dans l'accompagnement quotidien de leur enfant ? (1 point)

2.1

2.2

2.3

3- Question 3 (7.5 points)

Amandine Klipfel, Elodie Pinheiro, Olivier Halleguen. L'Information psychiatrique 2021 ; 97 (9) : 797-802

Une jeune femme de 28 ans militaire de carrière depuis huit ans se présente au CMP adressée par son médecin traitant. La patiente ne présente aucun antécédent psychiatrique. Parmi des antécédents traumatisques, elle relate une agression physique au sein de son régiment datant de six ans sans développer un PTSD ultérieur. Elle ne présente pas de conduites addictives en dehors d'un tabagisme actif non sevré. La patiente décrit son engagement dans l'armée comme un choix de carrière qu'elle justifie en raison d'une tradition familiale militaire liée à la lignée de son père. Elle réalise plusieurs opérations militaires extérieures récentes. Son retour de l'étranger date de quelques mois.

On constate des reviviscences pluriquotidiennes et nocturnes (flash-back durant les journées, insomnies liées à des cauchemars récurrents et quotidiens), des conduites d'évitement (incapacité à se rendre dans un lieu public, détresse majeure au bruit d'une moto, angoisse de croiser un militaire en uniforme, incapacité à s'occuper d'enfant et une hypervigilance caractérisée par une tension interne, une insomnie, des sursauts au moindre bruit et des réflexes de défense inappropriés allant jusqu'à l'agressivité. Ces symptômes semblent invalidants depuis son retour avec une tendance nette à l'aggravation.

Elle constate également des troubles de la mémoire avec des souvenirs extrêmement clairs, sous la forme de visualisations et d'hallucinations auditives, et des trous noirs étendus sur plusieurs heures, voire plusieurs jours. Son agressivité l'inquiète beaucoup.

Un antidépresseur par Sertraline 25 mg (Inhibiteur de la recapture de la sérotonine) est introduit ainsi qu'un hypnotique (zopiclone 7.5 mg) au coucher

3.1. Classer selon la triade symptomatique de l'état de stress post-traumatique les symptômes de la patiente **(6 points)**

3.2 Pharmacologie : (1.5 points)

- Expliquer le mécanisme de l'ISRS **(0.5 points)**
- Donner les effets secondaires de la Sertraline **(0. 5 points)**
- Expliquer à la patiente l'intérêt d'un traitement antidépresseur pour sa pathologie au regard des propriétés pharmacologiques **(0.5 points)**

3.1

3.2

4- Question 4 : (1.5 points)

Dans le trouble obsessionnel compulsif, citez et expliquez les caractéristiques des obsessions et des compulsions

5- Question 5 : (2 points)

Depuis mai 2021, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a enregistré deux nouveaux cas de décès chez des enfants survenus suite à l'ingestion accidentelle de méthadone prescrite à leurs parents. L'intoxication à la méthadone peut donc toucher les enfants.

5.1 Expliquez ce qu'est la méthadone.

5.2 Dans le contexte d'une prise en charge en urgence de l'enfant, suite à l'ingestion accidentelle de méthadone, expliquez les signes d'intoxication à reconnaître chez celui-ci.

5.1

5.2

6- Question 6 : (1.5 points)

Citez 6 signes cliniques du sevrage physique chez une personne éthylo-dépendante.

7- Question 7 : (3 points)

Mme P. âgée de 80 ans est hospitalisée pour des suites de soins chirurgicaux, dans le cadre d'une complication de colostomie ancienne.

Mme P. est veuve depuis 18 mois, elle vit seule dans sa maison.

Elle a un fils et des petits-enfants qu'elle voit régulièrement. Jusqu'au décès de son mari, Mme P. a vécu une vie relativement heureuse (hormis une période angoissante il y a quelques années où elle a été traitée pour un cancer colorectal). Elle se décrit elle-même comme ayant un caractère gai. Elle a un bon niveau intellectuel et culturel. Elle n'a pas de difficultés financières.

Les antécédents psychologiques de Mme P. sont marqués par de l'angoisse : lorsqu'il faut aller dans la foule, comme au marché par exemple, mais cela ne la handicape pas au point d'éviter d'y aller.

L'événement qui marque le début du trouble actuel est le décès du mari, il y a 18 mois. La solitude est alors assez mal vécue, Mme P. rumine beaucoup, n'arrive pas à sortir de son état de tristesse lié au décès de son mari. Peu après, elle commence à avoir des idées de mort avec des scénarios pour se suicider (elle dit par exemple garder à proximité d'elle un revolver chargé). Alors que l'envie de mourir semblait manifeste, ces sensations ont disparu après quelques semaines.

Depuis 18 mois, Mme P. se sent toujours triste. Elle pleure tous les jours, surtout le matin, mais ne le montre pas aux à son entourage. Les activités ont été fortement réduites : moins de goût pour les activités plaisantes, pour le jardinage, la télévision, la lecture... Le fonctionnement quotidien est très routinier. Mme P. n'a pas bon appétit. Elle mange peu, de moins en moins, d'autant que ses angoisses et sa tristesse lui coupent l'appétit. Elle déclare avoir perdu 20 kg depuis 18 mois. Son IMC est à 18.

Le sommeil n'est pas bon. Elle prend un traitement hypnotique pour s'endormir. Elle se réveille de très bonne heure le matin (vers 05h 45 ou 06h 00), sans pouvoir se rendormir. Les ruminations négatives sont très fréquentes pendant la journée, elle dit avoir des idées noires. Mme P. se plaint d'une légère agitation psychomotrice, sans excès, avec des difficultés de concentration. Mme P. se soucie beaucoup de son image et du regard des autres.

Le diagnostic retenu par le psychiatre de liaison est celui d'un trouble dépressif majeur.

Rusinek, S. (2017). *Traiter la dépression et les troubles de l'humeur: 10 cas pratiques en TCC*. Paris: Dunod

7.1 Quels sont les facteurs de risque liés à une crise suicidaire chez Mme P. ?

(1 point)

7.2 Quels sont les facteurs protecteurs par rapport à ce risque de crise suicidaire chez Mme P. ?

(1 point)

7.3 Relevez dans le texte 6 symptômes en faveur d'un épisode dépressif. **(1 point)**

7.1

7.2

7.3