

## Préface de l'Ouvrage

L'une des difficultés auxquelles sont confrontés les étudiants en médecine qui révisent les Epreuves Classantes Nationales (ECN) est la somme considérable de connaissances qu'ils doivent emmagasiner. Il leur faut surtout hiérarchiser ces connaissances et faire le distinguo entre ce qui est nécessaire et ce qui est accessoire.

Les enseignants qui posent des questions ou corrigent les ECN sont souvent confrontés à des étudiants qui éprouvent des difficultés à faire cette différence entre les points clés d'une question et ce qui relève de l'anecdote ou d'une pratique individuelle.

Les fiches présentées ici, relues avec rigueur et conscience, permettront à nos jeunes collègues d'éviter cet écueil. Elles sauront lui faire retrouver les signes principaux des maladies, les principales causes et les principales orientations thérapeutiques.

Je ne doute pas qu'elles pourront faciliter l'apprentissage de cette difficile épreuve que reste l'Examen Classant National. Et aussi, et j'allais dire surtout, elles aideront sa pratique médicale qui elle aussi est faite d'un travail permanent de distinction entre l'essentiel et l'accessoire.

Gageons que ce bagage avec lequel les futurs internes s'engageront dans leur vie professionnelle leur permettra d'assumer l'essentiel de leur tâche de soignant.

Voilà donc ce qui m'apparaît comme un travail utile au plan pédagogique, pragmatique pour les révisions et finalement structurant une pratique médicale en cours d'apprentissage.

**Professeur Michel LEJOYEUX,**  
Service de Psychiatrie et d'Addictologie,  
Hôpital Bichat, Université Paris Diderot-Paris 7

## Présentation de la Collection

### Global ECN : des fiches complètes et synthétiques pour réussir l'ECN

L'ECN est un concours d'une très grande exigence : la somme de connaissances à apprendre est très importante et l'esprit de synthèse indispensable.

Comment apprendre efficacement ? Comment mémoriser ? Comment réviser ?  
Global ECN répond à vos attentes.

#### Une nouvelle collection de fiches en couleurs pour apprendre, mémoriser et réviser

- Des fiches en couleurs, avec un code couleur identique, pour guider votre apprentissage et vous aider à mémoriser.
- Des fiches complètes et synthétiques réalisées selon un protocole standardisé : tout ce que vous devez savoir, sans explications superflues.
- Des fiches adaptées aux Premiers tours comme aux Derniers tours de révision ;
- Les intitulés et objectifs du Centre National des Concours d'Internat ;
- Les points importants de chaque item et les items liés ;
- Des mini-Fiches Dernier tour : PMZ, mots clés et réflexes.

#### Toutes les recommandations et une validation des fiches par les PU-PH et des CCA

- Des fiches validées par des Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers et Médecins séniors Universitaires et Hospitaliers ;
- Les Recommandations des Agences (HAS, ANSM/AFSSAPS...) et des Sociétés Savantes pour chaque Item : Recommandations pour la Pratique Clinique, Conférences de Consensus
- Les Polys Nationaux des Collèges pour chaque item

#### Les Bonus ECN

- Les Dossiers « tombables » et tombés à l'ECN ;
- Plus de 120 QROC des items de la matière pour s'auto-évaluer ou s'évaluer en sous-colles.

Cette nouvelle collection couvrira à terme l'ensemble du nouveau programme de l'ECN.  
Pour lancer la collection, 2 titres : Santé Publique et Psychiatrie.

#### Global ECN vous permet de mettre toutes les chances de votre côté !

Bon apprentissage et bonnes révisions !

#### Les directeurs de collection

**Pr Serge Perrot,** Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
à Paris Descartes, Service de médecine interne,  
Hôpital de l'Hôtel-Dieu, AP-HP, Paris.

**Willy Massoni-Sutter,** Interne en santé publique  
au siège du Département de la Recherche Clinique et  
du Développement (DRCD) de l'AP-HP,  
titulaire d'un master de santé publique de l'université Paris 7

**Programme Officiel de l'item**

- Module
- Intitulé de l'item
- Partie
- N° d'item
- Objectifs terminaux

**Répartition des items par GlobalECN®**

- Lettre du sous item
- Intitulé du sous item
- Indice de l'item
- Date de mise à jour

**Références**

- Polycopiés Nationaux
- Recommandations
- Site web

**Matières**

- Matières se rapportant à l'item

**Introduction**

- Points généraux, de physiologie, épidémiologie, législatifs/réglementaires et définitions

**Code Couleur**

**Clinique**

- Symptômes
- Etiologies
- Formes cliniques
- Complications
- Diagnostics différentiels
- ...

**Exams Compl.**

- Exams biologi<sup>ci</sup>
- Imagerie
- ECG
- ...

**Thérapeutique**

- Médicaments
- Interventions chirurgicales
- Psychothérapies
- ...

**Score/Classificat<sup>on</sup>**

- Scores diag./pronostiques
- Classifications
- ...

**Autres**

- Santé Publique
- Réglementaire & Législatifs
- Social
- ...

**0**

Intitulé de l'item

A Sous item

Objectifs terminaux

Mise à jour 07/08/13

Eléments Cliniques		PEC Diagnostique	
Symptomatologie		Anamnèse	
Etiologies			
Complications			
Diagnosics Différentiels ...		Anamnèse Examen physique • TA, FC, T, P, IMC, SpO <sub>2</sub>	
Examens Complémentaires		Bilan Complémentaire	
Biologiques			
Radiologiques ...			
Moyens Thérapeutiques		PEC Thérapeutique	
Médicaments			
Interventions...			
Scores / Classifications		Autres	
Scores Diag./pronostiques		Santé Publique	
Classifications			
Items Liés		Points Importants	
		Dossiers/Questions Tombées / Tombables / Classiques	
Notes & Remarques		Annuaire de l'ECN	
		2004 • D1, D2,	
		2005 • D2, D3	
		2006 • D4	
		2007 • D5, D6, D7	
		2009	
		QROC	Mes Notes
		p	p

**Items Liés**

- Items possédant des intitulés/objectifs ayant des liens avec l'item de la fiche

**Notes & Remarques**

- Notes et remarques hors programme ou précisant une notion

**Points Importants**

- Les points sur lesquels vous devez concentrer votre apprentissage, car les plus exigibles.

**Dossiers/Questions Tombées/Tombables/Classiques**

- Dossiers ou questions potentiellement tombables du fait du respect du programme officiel, des arguments de fréquence/gravité, des annales, des dossiers des collègues, des items liés...

**Tours**

- Pour noter la date de ses tours

**Mini-Fiche Dernier Tour**

**PMZ / NPO**

- «Pas Mis Zéro» / «Ne Pas Oublier» : erreurs à ne pas commettre et mots clés très importants (risque de zéro à la question ou de perte de points importante)
- Mots Clés / Tiroirs
- Réflexes : les associations d'idées à avoir pour l'ECN

**Annales de l'ECN**

- N° des dossiers des annales de l'ECN traitant de l'item

**QROC**

- Page des QROC traitant de l'item

**Mes Notes**

- Page où vous pouvez écrire des notes personnelles relatives à l'item

© Med-Line & GlobalECN – Tous droits réservés – Toute reproduction interdite – Pour plus d'informations connectez vous sur www.GlobalECN.org

VII

# 1. FICHES

# 19

## Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum

- Dépister les facteurs de risque prédisposant à un trouble psychique de la grossesse ou du post-partum.
- Reconnaître les signes précoces d'un trouble psychique en période anténatale et post-natale.

## Références

• PN CNGOF 2010	****	<input type="checkbox"/>
• PN CNUP 2007	****	<input type="checkbox"/>
• DSM IV-TR/CIM 10	**	<input type="checkbox"/>

I	2	*****
Mise à jour	05/08/13	

PSY / GYN-OBST		
1	/	/
2	/	/
3	/	/
4	/	/
5	/	/
D	/	/

- La grossesse et le post-partum sont des moments particulièrement propices aux troubles psychiques chez la mère, de par les modifications hormonales, physiques et psychologiques qu'ils entraînent.
- Les conséquences sur la relation mère-enfant et le développement de l'enfant peuvent être très graves. Il est donc important de dépister ces troubles de façon précoce, notamment lors de l'entretien de M4, et tout le long de la grossesse.
- Ces troubles sont dus :
  - soit à la décompensation d'une pathologie psychiatrique antérieure, connue ou non,
  - soit à la survenue d'une pathologie propre à la péri-natalité.

## Mini Fiche «Dernier Tour»

### PMZ / NPO

- Dépister FdR à l'entretien de M4
- Dépister maltraitance de l'enfant
- PEC pluridisciplinaire mère/enfant
- Jms d'anti-dépresseurs si baby blues
- Baby blues / Dépression du post partum / Psychose puerpérale
- PEC sociale
- Lithium = tératogène
- Psychose puerpérale : risque suicidaire/infanticide
- PEC de l'arrêt de l'allaitement si psychotropes (mesures physiques)
- Bromocriptine CI si atcd psy
- Tjrs rechercher une cause organique (thrombophlébite cérébrale ++)

FdR de Troubles psychiques pendant la grossesse	
<b>FdR de vulnérabilité psychologique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atcd psychiatriques personnels ou familiaux</li> <li>• Atcd de maltraitance dans l'enfance</li> </ul>
<b>FdR obstétricaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primiparité</li> <li>• Malformation ou pathologie fœtale</li> <li>• Accouchement difficile / césarienne (en urgence++)/ prématurité</li> </ul>
<b>FdR psycho-sociaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Age jeune (adolescentes)</li> <li>• Mère célibataire / difficultés conjugales</li> <li>• Grossesse non désirée</li> <li>• Précarité socio-économique / isolement</li> <li>• Toxicomanie</li> </ul>

Pathologies du per-partum	
<b>Troubles somatiques</b>	
<b>Symptomatologie</b>	• Vomissements, nausées (physiologiques au 1er trimestre, rechercher un trouble psy au-delà)
<b>Troubles psychiques transitoires mineurs</b>	
<b>Symptomatologie</b>	• Labilité émotionnelle, dysphorie, anxiété ++, • Troubles du comportement alimentaire (compulsions), insomnie, ...
<b>Episodes dépressifs</b>	
<b>Généralités</b>	• Touchent 10% des femmes enceintes, surtout au 1er trimestre, favorisés par un contexte socio-économique ou familial défavorable, transitoires généralement.
<b>Symptomatologie</b>	• Tristesse, anxiété, crises de larmes, sentiment d'incapacité,...parfois vomissements incoercibles. • Très rares accès mélancoliques, surtout au 2ème trimestre
<b>PEC</b>	• Psychothérapie de soutien, • Hospitalisation si risque suicidaire ou délire
<b>Troubles psychotiques</b>	
<b>Généralités</b>	• Rares, rôle protecteur de la grossesse.
<b>Symptomatologie</b>	• Proches de la BDA, possible entrée dans la schizophrénie ou psychose délirante chronique autre.
<b>PEC</b>	• Hospitalisation, • ECT++ (si traitement médicamenteux nécessaire, attention tératogénicité !! balance bénéfice risque), • PEC multidisciplinaire.

### Mots clés / Tiroirs

- **FdR de troubles psychologiques :**
  - FdR psychologiques
  - FdR obstétricaux
  - FdR psycho-sociaux
- **3 étiologies principales dans le PP :**
  - Baby blues/PP blues/Sd du 3ème jr
  - Dépression du PP si >1 semaine
  - Psychose puerpérale confuso-délirante
- **Sites de PEC :**
  - Unité mère bébé
  - Crèche thérapeutique
  - HDJ
- **Baby blues**
- J3-6/montée de lait, < 7j
- Anxiété, irritabilité, labilité émotionnelle, dysphorie, troubles du sommeil, fatigue, plaintes somatiques
- NPO signes négatifs :
  - Pas de phobie de l'enfant
  - < 7 j : sinon dépression du post-partum
  - Pas de délire, ni de confusion
- Surveillance
- Réassurance, bénin, fréquent++
- Ø de médicaments

## Pathologies du post-partum (PP, <6 mois après accouchement)

Baby blues/ Post-partum blues/ Syndrome du 3ème jour	
Généralités	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fréquent ++ (30 à 80% des grossesses)</li> <li>Bénin ++</li> <li><b>Physiologique</b></li> <li>Contemporain de la <b>montée de lait</b> : 3ème - 6ème jour</li> </ul>
Symptomatologie	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Syndrôme dépressif mineur</b> : asthénie, irritabilité, anxiété, troubles du sommeil, sentiment d'incapacité, culpabilité ++</li> </ul>
Evolution	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Spontanément résolutif</b> en 1 à 4-5 jours max.</li> <li>Si persiste plus d'une semaine, craindre l'évolution vers un état dépressif post-partum.</li> </ul>
PEC	<ul style="list-style-type: none"> <li>PAS de traitement nécessaire.</li> <li>Soutien psychologique, réassurance, prévention de l'évolution vers un état dépressif, intervention des sages femmes à domicile, PMI.</li> </ul>

Dépression mineure du post-partum	
Généralités	<ul style="list-style-type: none"> <li>Après baby blues (&gt;7jours) ou après période normothymique</li> <li>En augmentation (15-20% des grossesses)</li> </ul>
Symptomatologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Syndrôme dépressif caché, <b>culpabilité</b> importante, sentiment d'<b>incapacité</b> à s'occuper de l'enfant</li> <li><b>Phobies d'impulsions</b> ++ (blesser, tuer l'enfant), <b>plaintes somatiques</b> ++ (asthénie, douleurs, troubles du sommeil...)</li> </ul>
Complications	<ul style="list-style-type: none"> <li>Troubles précoces de la relation mère-enfant, risque de troubles développementaux de l'enfant</li> </ul>
PEC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tt antidépresseur (ISRS → arrêt de l'allaitement !!)</li> <li>Psychothérapie mère-enfant</li> <li>PEC multidisciplinaire (psy, pédiatrique, sociale, sages femmes, PMI...)</li> </ul>

Dépression mélancolique du post-partum	
Généralités	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plus rare, plus tardive</li> </ul>
Symptomatologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dépression franche,</li> <li>Délire de culpabilité congruent à l'humeur centré sur l'enfant (indigne de s'en occuper...)</li> <li><b>!! Éliminer pathologie organique devant le délire !!</b></li> </ul>
Complications	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risque suicidaire / infanticide ++</li> </ul>
PEC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalisation en service mère-enfant (sans séparation)</li> <li>Tt antidépresseur (ISRS → arrêt allaitement !!),</li> <li>ECT si risque suicidaire ou infanticide important.</li> </ul>

Items liés	Points Importants
<ul style="list-style-type: none"> <li>16 (Grossesse normale)</li> <li>48 (psychothérapies)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bien connaître les troubles psychiques du post partum</li> <li>Éliminer la thrombophlébite cérébrale du post partum sur la psychose puerpérale</li> </ul>
Notes	Dossiers / Questions Tombées / Tombables / Classiques
<ul style="list-style-type: none"> <li>Théoriquement « pas la PEC »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Difficilement tombable car PEC hors programme</li> <li>Évoquer une PPP en diagnostic différentiel d'une thrombophlébite cérébrale</li> </ul>

Psychose puerpérale confuso-dépressive	
Généralités	<ul style="list-style-type: none"> <li>Début <b>brutal</b>, &lt;3 semaines après l'accouchement, après un intervalle libre (5 à 30 jrs)</li> </ul>
FDR	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atcd de psychose puerpérale/BDA, enfant illégitime</li> <li>Trouble de personnalité antérieur,</li> <li>Primiparité, complications obstétricales</li> </ul>
Symptomatologie	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Syndrôme confusionnel</b> (désorientation spatio-temporelle, inversion du rythme nyctéméral,...)</li> <li><b>Labilité de l'humeur</b> (alternance très rapide d'épisodes maniaques et mélancoliques, anxiété ++)</li> <li>Évoluant rapidement vers un <b>désintérêt</b> envers l'enfant</li> <li>Puis <b>délire oniroïde</b> polymorphe centré sur lui :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>hallucinatoire,</li> <li>thème de déni de parentalité, filiation mystique, ...</li> <li>mal structuré,</li> <li>adhésion variable</li> </ul> </li> </ul>
Diagnos différentiels	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>!! Éliminer une origine organo-toxique devant tout délire !!</b></li> <li>Thrombophlébite cérébrale++</li> <li>Rétention placentaire</li> <li>Encéphalite</li> <li>Comitialité</li> <li>Décompensation de schizophrénie</li> </ul>
Complications	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risque d'infanticide++, suicide ++</li> </ul>
Evolution	<ul style="list-style-type: none"> <li>Favorable en qq semaines si PEC adaptée,</li> <li>Risque de récurrence ++ (20% à la prochaine grossesse)</li> <li>Rare mode d'entrée ds la schizophrénie ou trouble dysthymique</li> </ul>
PEC	<ul style="list-style-type: none"> <li>URGENCE thérapeutique</li> <li>Hospitalisation en urgence en <b>unité mère-enfant</b> avec <b>séparation initiale puis rapprochement progressif</b> dès que possible sous surveillance</li> <li>Tt <b>neuroleptique</b> (→ arrêt allaitement !!)</li> <li>± ECT si sévère</li> <li>Psychothérapie de soutien</li> </ul>

### Dépression du post-partum

- « Baby blues » > 7 j
- ISRS : paroxetine
- ECT si mélancolique

### Psychose puerpérale

- Psychose confuso-dépressive
- Intervalle libre après l'accouchement, début brutal
- Triade clinique :
  - Sd confusionnel
  - Sd dysthymique
  - Sd délirant polymorphe centré sur l'enfant
- PEC :
  - Éliminer une cause organique ou toxique
  - Hospitalisation unité mère-enfant
  - Séparation initiale puis rapprochement progressif de l'enfant
  - Neuroleptiques atypiques
  - PEC de l'arrêt de l'allaitement
- Evolution :
  - Isolée (70%)
  - Récurrence à la prochaine G (20%)
  - Schizophrénie
  - Troubles bipolaires

### Réflexes

- Psychose puerpérale = confuso-dépressive → Sd confusionnel + délire
- Baby blues > 1 semaines → dépression du post partum
- Bromocriptine → CI si atcd psychiatriques
- ECT + grossesse → prévention de MAP par tocolyse IVSE si > M6

Dossiers Tombés à l'ECN	
QROC	Mes Notes
p 69	p 89

# 39

## Troubles du comportement de l'adolescent

- Expliquer les caractéristiques comportementales et psychosociales de l'adolescent normal.
- Identifier les troubles du comportement de l'adolescent et connaître les principes de la prévention et de la prise en charge.

## Références

• PN CNUPP 2007 item 39	***	<input type="checkbox"/>
• DSM IV-TR	***	<input type="checkbox"/>

I	3	*****
Mise à jour	05/08/13	

PSY		
1	/	/
2	/	/
3	/	/
4	/	/
5	/	/
D	/	/

- L'adolescence correspond à la maturation normale de l'enfant vers l'adulte sur les plans physiologique (puberté), sociologique et psychologique
- Les caractéristiques normales de cette phase de transition sont :
  - Comportementales : la classique « crise d'adolescence » marquée par la rébellion contre l'autorité parentale, les conduites à risque, dépression, ...
  - Psychiques : autonomisation psychique, angoisse, intégration des modifications corporelles et des pulsions sexuelles, générant parfois une somatisation de ce mal-être.
  - Sociales : intégration dans un groupe caractérisé par des valeurs communes (centre d'intérêt, look, langage, ...) habituellement en rupture avec les valeurs parentales.
- La personnalité est par définition fixée seulement à l'âge adulte, on ne peut par conséquent pas parler de troubles de la personnalité avant l'âge de 18 ans.

## PEC générale de Pédopsychiatrie

Bilan initial	
Evaluer le retentissement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Entretien avec les parents</b>: ancienneté / sévérité / retentissement</li> <li>• <b>Bilan scolaire</b> (entretien avec l'instituteur) / niveau et comportement</li> <li>• <b>Bilan orthophonique / psychomoteur / neuropsychologique (QI)</b></li> </ul>
Eliminer un diagnostic différentiel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Eliminer une cause Organo-Toxique</b> :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Déficit sensoriel</b> : audition ++ / vision</li> <li>– <b>Cause neuro / métabolique</b> : Cs neuropédiatrique ± IRM,</li> <li>– <b>Cause génétique</b> : X fragile +++ (cf item 31)</li> </ul> </li> <li>• <b>Cause psychiatrique</b> : psychose infantile (signes dissociatifs)</li> </ul>
PEC thérapeutique	
Généralités	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ambulatoire</b></li> <li>• <b>Pluridisciplinaire ++</b> / coordonnée par un <b>pédopsychiatre</b></li> </ul>
Psychothérapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Systématique</b> :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– De soutien</li> <li>– TCC</li> <li>– Thérapie familiale</li> </ul> </li> </ul>
Tt médicamenteux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rare (<i>methylphénidate</i> pour le THADA)</li> </ul>
Mesures associées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Soutien scolaire / Aide Educative en Milieu Ouvert (AEMO)</b> si nécessaire</li> <li>• Rééducation orthophonique et psychomotrice</li> <li>• <b>PEC des parents</b> :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Guidance parentale</b> : information et conseil de la famille</li> <li>– Groupe de parole/association</li> </ul> </li> <li>• <b>Thérapie familiale</b></li> <li>• <b>PEC addictions</b> associées : tabac, cannabis</li> <li>• Si possible garder l'enfant en milieu familial, sinon institut psycho-pédagogique</li> </ul>
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi au <b>long cours</b> en ambulatoire</li> <li>• Dépistage des <b>complications</b></li> </ul>

## Trouble des Conduites (TC)

Clinique	
Généralités	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévalence : 10% des garçons, 2% des filles &lt; 18 ans, prédominance masculine (SR ≈ 4/1)</li> <li>• Peut débuter dans l'enfance ou vers 10-12 ans, association fréquente au <b>THADA</b></li> </ul>	
Symptomatologie	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conduites répétitives bafouant les droits d'autrui et les normes sociales                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Agressivité envers les personnes ou les animaux</li> <li>– Destruction de biens matériels / fraude / vol / fugues</li> <li>– Transgression des lois / règles établies</li> <li>– Intolérance à la frustration / absence de culpabilité</li> </ul> </li> <li>• Souvent associé : THADA, tb de l'humeur, tb anxieux, addictions, conduites suicidaires</li> </ul>	
Complications	
Autres troubles de l'ado	• THADA / TOP
Sociales	• Echec scolaire / délinquance / conséquences judiciaires / marginalisation
Psychiatriques	• Personnalité antisociale et addictions
Somatiques	• Traumas (conduites à risques), intoxications,...
PEC	
Généralités	• Diagnostic <b>précoce</b> nécessaire ++
Psychothérapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cognitivo-comportementale</b></li> <li>• <b>Thérapie familiale</b></li> </ul>
Tt médicamenteux	• <b>Ø Tt spécifique</b> → Tt symptomatique de l'agitation (neuroleptique), etc
Aide Educative en Milieu Ouvert (AEMO)	• Si nécessaire
Complications	• Dépistage et Tt des complications (addictions ++)
Mesures associées	• Soutien scolaire, guidance parentale (Ø de films / jeux vidéos violents), éloignement du milieu déviant,...
Surveillance	• Suivi au <b>long cours</b> , dépistage des complications, aide sociale

## Mini Fiche «Dernier Tour»

### PMZ / NPO

- **Eliminer les causes organo-toxiques** :
  - Déficits sensoriels : audition/vision
  - Causes génétiques : X fragile
- **Thérapie familiale**
- **Guidance parentale, AEMO**
- **PEC des parents**
- **Retentissement scolaire, social, psychique**
- **Pédopsychiatre**
- **Durée > 6 mois**

### Mots clés / Tiroirs

- **Adolescent ≈ 13-19 ans**

### Trouble des conduites (TC)

- **> 6 mois**
- **Retentissement social, scolaire, professionnel**
- **Conduites répétitives bafouant** :
  - Droits
  - Normes
  - Morales
- **Types** :
  - Fraudes
  - Agressions
  - Vols
  - Destructions de biens
- **Evolution possible vers une personnalité antisociale**
- **PEC : psychothérapie + sociothérapie**

Trouble Oppositionnel avec Provocation (TOP)	
Clinique	
Généralités	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prévalence = 2-10% des adolescents, apparition vers la fin de l'enfance (8-10 ans)</li> <li>Prédominance <b>masculine</b> (SR = 4/1), association fréquente avec <b>THADA ++</b></li> </ul>	
Symptomatologie	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Comportements persistants de <b>désobéissance, hostilité</b> et <b>provocation</b> envers l'autorité (plus fréquents que chez l'adolescent normal) :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Contestation / désobéissance / méchanceté / colère</li> <li>Susceptibilité / intolérance à la frustration / irritabilité</li> </ul> </li> <li>Si les caractéristiques du trouble des conduites sont présentes, on retient le diagnostic de <b>trouble des conduites</b> et non celui de TOP</li> </ul>	
Complications	
Autres troubles de l'adolescent	<ul style="list-style-type: none"> <li>THADA / trouble des conduites</li> </ul>
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Echec scolaire / délinquance / poursuites judiciaires</li> </ul>
Psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Décompensation anxieuse ou dépressive / risque suicidaire</li> </ul>
Somatiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conduites à risque et donc traumatismes / intoxications,...</li> </ul>
PEC	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Identique au trouble des conduites</li> </ul>	

Trouble Hyper-Activité/ Déficit de l'Attention (THADA)	
Clinique	
Généralités	
<ul style="list-style-type: none"> <li>THADA = TDAH (Trouble Déficit de l'Attention avec Hyperactivité)</li> <li>5% des enfants d'âge scolaire, début &lt; 7ans (souvent lors de l'acquisition de la marche, pathologique si persiste après 3-4 ans)</li> <li>Multifactoriel:               <ul style="list-style-type: none"> <li>génétique</li> <li>neurobiologique (hypofonctionnement dopa et noradrénergique)</li> <li>environnemental (bas niveau socio-économique)</li> </ul> </li> <li>Prédominance masculine (SR ≈ 3), souvent ATCD familiaux</li> </ul>	
Symptomatologie (Triade + sgn associés)	
Hyperactivité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agitation permanente, désordonné, changement d'activité, prise de risque, parle trop</li> </ul>
Inattention	<ul style="list-style-type: none"> <li>Troubles de concentration et d'organisation, distractibilité, oublis fréquents, évitement des tâches nécessitant un effort mental soutenu</li> </ul>
Impulsivité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Besoins impérieux d'accomplir un acte, impossibilité de le différer</li> </ul>
Signes associés	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caractère envahissant du trouble +++</li> <li>Irritabilité, intolérance aux frustrations</li> <li>Enurésie, troubles du sommeil, retard de langage</li> <li>Labilité émotionnelle avec quête affective</li> </ul>
Complications	
Psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> <li>TOP / trouble des conduites à l'adolescence, dépression, troubles du sommeil, abus de substances,...</li> </ul>
Socio-scolaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>Echec scolaire et professionnel, conflits familiaux et scolaires, rejet</li> </ul>
Somatiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Traumatismes multiples liées à l'hyperactivité physique (prise de risques)</li> </ul>

Evolution	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Généralement disparition spontanée à la fin de l'adolescence</li> <li>Sous traitement : bon pronostic</li> <li>20% de persistance à l'âge adulte : conséquences sur vie personnelle et professionnelle</li> </ul>	
Facteurs de bon pronostic	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Niveau socio-économique élevé</li> <li>Bon niveau intellectuel</li> <li>Faible agressivité</li> </ul>	
PEC Thérapeutique	
Bilan initial	
Evaluer le retentissement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entretien avec les parents: ancienneté / sévérité / retentissement</li> <li>Bilan scolaire (entretien avec l'instituteur) / niveau et comportement</li> <li>Bilan orthophonique / psychomoteur / neuropsychologique (QI)</li> </ul>
Eliminer un diagnostic différentiel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eliminer une <b>cause Organo-Toxique</b> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Déficit sensoriel : audition ++ / vision</li> <li>Cause neuro / métabolique : Cs neuropédiatrique ± IRM,</li> <li>Cause génétique : X fragile +++ (cf item 31)</li> </ul> </li> <li>Cause <b>psychiatrique</b> : psychose infantile (signes dissociatifs)</li> </ul>
PEC thérapeutique	
Généralités	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Ambulatoire</b></li> <li><b>Pluridisciplinaire ++</b> / coordonnée par un <b>pédopsychiatre</b> :</li> </ul>
Psychothérapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Systématique               <ul style="list-style-type: none"> <li>De soutien</li> <li>TCC</li> <li>± thérapie familiale</li> </ul> </li> </ul>
Tt médicamenteux	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>2de intention</b></li> <li>Après élimination des CI</li> <li>Prescription initiale hospitalière               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Psychostimulant (amphétamine) = <i>méthylphénidate</i></li> </ul> </li> </ul>
Mesures associées	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Soutien scolaire</b> / Aide Educative en Milieu Ouvert (AEMO)</li> <li>PEC des <b>parents</b> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Guidance parentale : information et conseil de la famille</li> <li>Groupe de parole/association</li> <li>Thérapie familiale</li> </ul> </li> <li>PEC <b>addictions</b> associées : tabac, cannabis</li> </ul>
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suivi au <b>long cours</b> en ambulatoire</li> <li>Dépistage des complications</li> </ul>

Trouble oppositionnel avec opposition (TOP)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;6 mois</li> <li>Désobéissance, hostilité, provocation</li> <li>PEC : psychothérapie + sociothérapie</li> </ul>	
Trouble HA/DA	
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Clinique</b> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Hyperactivité (conduites à risque)</li> <li>Impulsivité (retentissement social)</li> <li>Déficit attentionnel (retentissement scolaire)</li> </ul> </li> <li>Début &lt; 7 ans, Durée &gt; 6 mois</li> <li><b>Bilan</b> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Cs Génétique : X fragile+++++</li> <li>Entretien avec les parents</li> <li>Bilan neuro-sensoriel</li> <li>Bilan scolaire</li> <li>Bilan orthophonique</li> <li>Bilan psychomoteur</li> <li>Bilan neuropsychologique (QI)</li> </ul> </li> <li><b>PEC enfant/parents</b> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Pluridisciplinaire</li> <li>Enfant :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>Pédopsychiatre</li> <li>Soutien scolaire</li> <li>± Aide éducative en milieu ouvert</li> <li>1/ Psychothérapie</li> <li>2/ Médicaments : méthyl-phénidate (MPH) (amphétamine)</li> </ul> </li> <li>Parents :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>Guidance parentale</li> <li>Thérapie familiale, associat° de parents</li> </ul> </li> </ul> </li> <li><b>Surveillance</b> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Addictions+++</li> </ul> </li> <li><b>Evolution</b> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Disparaît à la fin de l'adolescence</li> <li>20% de persistance</li> </ul> </li> </ul>	

## Annexe : critères DSM IV - TR

DSM IV-TR : TOP		indicatif
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ≥ 4 comportements hostiles, négativistes ou provocateurs pendant ≥ 6 mois :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Colères fréquents</li> <li>– Méchanceté</li> <li>– Contestation des dires des adultes</li> <li>– Opposition / refus de se plier aux demandes ou règles des adultes</li> <li>– Rejet sur autrui de la responsabilité de ses erreurs/conduites</li> <li>– Susceptibilité/ressentiment</li> </ul> </li> </ul>	
B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retentissement social, scolaire ou professionnel</li> </ul>	
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exclusion d'une psychose ou d'un trouble de l'humeur</li> </ul>	
D	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exclusion d'un trouble des conduites (&lt; 18ans) ou personnalité antisociale (&gt; 18ans)</li> </ul>	

DSM IV-TR : TC		indicatif
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conduites répétitives et persistantes (≥ 6 mois) bafouant les droits d'autrui et normes sociales (agression, vols, fraudes, destruction de biens)</li> </ul>	
B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retentissement social / scolaire / professionnel</li> </ul>	
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si patient &gt; 18 ans: exclusion d'une personnalité antisociale (cf item 286)</li> </ul>	

DSM IV-TR : THADA		indicatif
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ≥ 6 symptômes d'inattention + 6 d'hyperactivité-impulsivité depuis plus de 6 mois</li> </ul>	
B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apparition des premiers symptômes avant l'âge de 7 ans</li> </ul>	
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présents dans ≥ 2 contextes différents (maison / école / travail...)</li> </ul>	
D	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retentissement sociale, scolaire, professionnel</li> </ul>	
E	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exclusion d'un autre trouble psychiatrique (psychose, manie...)</li> </ul>	

Items liés	Points Importants
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 33 (Suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal)</li> <li>• 48 (psychothérapies)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaître le THADA (triade) : diagnostic différentiel avec un Sd de l'X fragile (dominant lié à l'X), même si normalement hors programme car concerne l'enfant et non l'adolescent.</li> <li>• Connaître la PEC générale de pédopsychiatrie</li> </ul>
Notes	Dossiers/Questions Tombées / Tombables / Classiques
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Par définition pas de troubles de la personnalité chez l'enfant (&lt; 18), car elle est théoriquement non fixée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cas clinique de pédiatrie avec versant psy et principes de PEC pédopsy à intégrer dans la réponse</li> </ul>

**Réflexes**

- Age < 18 ans → Ø tb de la personnalité
- Sd X fragile → Dominant lié à l'X

Dossiers Tombés à l'ECN	
QROC	Mes Notes
p 69	p 89



<h1>45</h1> (B)	<b>Addiction et conduites dopantes : épidémiologie, prévention, dépistage. Morbidité, comorbidités et complications. Prise en charge, traitement substitutif et sevrage : alcool, tabac, psycho-actifs et substances illicites</b>		<b>Références</b>	
	<b>B</b>	<b>Addictions : Alcool</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PN CDU-HGE 2012 item 45</li> <li>PN CNUP 2007 item 45</li> <li>PN CEN 2012 item 45</li> <li>INCA/INPES_RPC_OH et MG_2008</li> <li>ANAES-SFA_CC_accompagnement_alcoolodépendant_post_sevrage_2001</li> <li>ANAES-SFA_CC_sevrage_alcool_1999</li> <li>www.inpes.fr</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>****</li> <li>***</li> <li>**</li> <li>**</li> <li>**</li> <li>**</li> </ul>
<b>1</b>	<b>3</b>	<b>*****</b>		
Mise à jour	10/08/13	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expliquer les éléments de prévention et de dépistage des conduites à risque pouvant amener à une dépendance vis-à-vis du tabac, de l'alcool ou de la drogue</li> <li>Diagnostiquer une conduite addictive (tabac, alcool, psychotropes, substances illicites, jeux, activités sportives intensives...)</li> <li>Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.</li> <li>Décrire les principes de la prise en charge au long cours.</li> </ul>		

• L'intoxication aiguë (formes cliniques, complications, PEC...) est traitée dans l'**item 214-E** (Intoxication Aiguë : Alcool).

## Généralités

- L'alcool éthylique (éthanol) est un agoniste du GABA (fonction inhibitrice), il possède également une toxicité nerveuse directe. Les complications carentielles ne sont pas induites directement par l'alcool, mais sa consommation entraîne une mauvaise alimentation à l'origine du déficit vitaminique.
- Calcul de la masse d'alcool ( $m_{OH}$ ) contenue dans un volume (V) avec :  $\rho_{OH}$  = masse volumique de l'éthanol (= 0,8 g/ml); %vol<sub>OH</sub> = % d'alcool en volume dans la boisson (= degrés (°) de la boisson) →  $m_{OH}(g) = V (mL) \times \%vol_{OH} \times 10^{-2} \times \rho_{OH} = V (mL) \times \%vol_{OH} \times 8 \times 10^{-3}$ . Exemple : masse d'alcool dans 1 bouteille de vin (0,75 L à 12°) =  $0,75 \times 12 \times 8 = 72$  g
- Epidémiologie : Conso de 9L/an d'éthanol, cause directe/indirecte de 25 % des maladies et 30 000-40 000 décès/an, 1,5 millions d'OH-dpdt en France et 5 millions de consommateurs à risque.
- Consommation maximum selon l'OMS** : 21 verres/semaine pour les hommes (210 g), 14 verres pour les femmes (140 g), 4 verres en une occasion (40 g).
- Consommation à risque** : consommation supérieure aux seuils considérés comme toxiques
- Mesusage/Consommation excessive** : présence de complications somatiques en l'absence d'alcoolodépendance
- Alcoolodépendance (OH-D)**: relation vis-à-vis de l'alcool marquée par une incapacité de réduire sa consommation et/ou une obligation de consommation.
- !!! : Le dépistage d'une consommation d'alcool trop élevée repose sur l'anamnèse avec l'utilisation de questionnaire de dépistage (DETA, AUDIT-C) et non sur des marqueurs biologiques.

Facteurs de Risque & Prévention	
<b>Facteurs de Risque</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Génétiques</b> : Facteurs génétiques communs aux autres addictions probables, ATCD familiaux fréquents.</li> <li><b>Socio-professionnels</b> : Professions à risque (commerciaux, viticulteurs...), milieu social défavorisé, chômage...</li> <li><b>Psycho</b> : Tb de l'humeur/Bipolaire++, Personnalité impulsive, ...</li> </ul>
<b>Prévention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Primaire : campagne d'information, taxes</li> <li>Secondaire : dépistage par entretien/questionnaire (DETA, AUDIT-C)</li> <li>Tertiaire : PEC des complications</li> </ul>
Symptomatologie	
<b>Signes d'intoxication aiguë</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Odeur d'alcool</li> <li>Ivresse simple (cf 214) : euphorie, désinhibition, Sd cérébelleux...</li> <li>Ivresse pathologique (cf 214) : crise d'épilepsie, violence,...</li> </ul>
<b>Signes d'imprégnation chronique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rhynophima, hypertrophie des parotides</li> <li>Erythrose faciale...</li> </ul>
<b>Signes de sevrage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Craving ++: envie irrésistible de consommer</li> <li>Neurovégétatifs (Adr): tachycardie, sueurs, tremblements, hypotension, nausées/vomissements</li> <li>Musculaires : crampes, myalgies</li> <li>Psychiques : anxiété, irritabilité, cauchemars, insomnie</li> </ul>
Complications	
<b>Accidents de sevrage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Convulsion, Délirium Tremens (DT)</li> </ul>
<b>Digestives</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hépatopathie alcoolique (IHC, HTP), Carcinome Hépatocellulaire (CHC), K épidermoïdes des VADS</li> </ul>
<b>Néoplasiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CHC, K épidermoïdes des VADS/œsophage, K du sein ...</li> </ul>
<b>Neurologiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Polyneuropathie, NOAT, épilepsie, atrophie cérébelleuse...</li> <li>Encéphalop : Gayet-Wernicke, pellagreuse, Machiavava-Bignami</li> <li>Indirecte : myélinose centro pontique, encéphalopathie hépatique, AVC, trauma</li> </ul>

<b>Cardiovasculaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cardiomyopathie dilatée +++, HTA, athérosclérose</li> </ul>
<b>Hématologiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Macrocytose, thrombopénie, troubles de la coagulation (IHC)</li> </ul>
<b>Infectieuses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Immunodépression, pneumopathies d'inhalation</li> </ul>
<b>Gynéco-Obstétriques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sd d'Alcoolisation Foetale (SAF), aménorrhée</li> </ul>
<b>Psychiatriques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dépression, Tb anxieux, Tb du sommeil, Sd Korsakov (post G-W)</li> </ul>
<b>Socio-professionn<sup>l</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Désinsertion SP, marginalisation, précarité et patho associées</li> </ul>

Questionnaires de dépistage	
DETA	
<b>Items</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Avez-vous déjà ressenti le besoin de DIMINUER votre consommation de boissons alcoolisées ?</li> <li>Votre ENTOURAGE vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?</li> <li>Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez TROP ?</li> <li>Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès l'AUBE pour vous sentir en forme ?</li> </ol>
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consommation à risque si ≥ 2 réponses affirmatives</li> </ul>
AUDIT-C	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Constitué des 3 premières questions du Alcohol Use Disorders Identification Test (Audit).</li> </ul>	
<b>Items</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ? : Jamais (0), ≥ 1/mois (1) ; 2-4 fois/mois (2), 2-3/semaine (3) ; ≥ 4 fois par semaine (4)</li> <li>Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ? : 1-2 (0) ; 3-4 (1) ; 5-6 (2) ; 7-9 (3) ; ≥10 (4)</li> <li>Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ? : (0) Jamais, &lt; 1/mois (1) ; 1/mois (2) ; 1/semaine (3) ; (4) Tous les jours ou presque</li> </ol>
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consommation à risque si ≥ 5 pts Homme et ≥ 4 pts Femme</li> </ul>

PSY / HEPATO-GASTRO / NEURO		
1	/	/
2	/	/
3	/	/
4	/	/
5	/	/
D	/	/

## Mini Fiche «Dernier Tour»

### PMZ / NPO

- PEC Multidisciplinaire
- Globale : Médico-Psycho-Sociale
- Addictologue
- K : CHC, K VADS
- Groupe de parole/entretien motiv
- Contrat thérapeutique : ↓ alcool brutal et définitif
- Centre de post-cure
- Urgence Médicale/Thérapeu<sup>q</sup> (DT)
- Facteur déclenchant (DT)
- Éliminer HED si convulsion
- Glycémie capillaire
- DT : Hydratation/Vit B1/ BZD

### Mots clés / Tiroirs

- #### Généralités
- $mOH(g) = V(L) \times \%vol_{OH} \times 8$
  - FdR :
    - Génétiques
    - Socio-Professionnels
    - Psychologiques : Tb de l'humeur
  - Symptomatologie
    - Intoxication aiguë : odeur, ivresse
    - Intoxication chronique : complications
    - Signes de sevrage : craving, signes adrénergiques, psychiques, myalgie,...
  - Complications :
    - Sevrage : DT, convulsions
    - Digestives : hépatopathie alcoolique, IHC, HTP, CHC, K œsophage
    - Cancers : VADS, œsophage, sein
    - Neuro : Neuropathie, épilepsie, atrophie cérébelleuse, G-W, Korsakov
    - Cardiomyopathie dilatée +++)
    - Macrocytose
    - ImmunoD
    - SAF
  - Marqueurs biologiques
    - Aucun très sensible / spécifique
    - CDT : le plus spécifique
    - GGT : le plus sensible
    - VGM : macrocytose
    - TRANSA : ASAT > ALAT

Marqueurs Biologiques de consommation chronique d'OH	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucun n'est très sensible et spécifique, ils ne doivent pas être utilisés pour le dépistage mais seulement pour le suivi !!! (le dépistage se fait par l'anamnèse : entretien/questionnaire).</li> <li>Ils reflètent la consommation d'éthanol et non la dépendance à celui-ci</li> </ul>	
CDT	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Carbohydre Deficient Transferrin (CDT) ou transférine désialylée</b></li> <li>↑ dès 6verres/j</li> <li>Marqueurs le plus spécifique</li> </ul>
Gamma-GT	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le plus sensible mais très peu spécifique (1ère cause ↑ GGT: NASH)</li> <li>↑ dès 10 verres/jour</li> </ul>
VGM	<ul style="list-style-type: none"> <li>Macrocytose (↑ VGM) sans anémie associée</li> <li>Marqueur tardif, normalisation lente</li> </ul>
Transaminases	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cytolyse avec ASAT &gt; ALAT</li> </ul>

Moyens Thérapeutiques	
Moyens Non Médicamenteux	
Intervention Brève	<ul style="list-style-type: none"> <li>En l'absence d'alcoolodépendance (abus, mesusage)</li> <li>Soins minimaux dispensés individuellement en un temps court (5-20 min) dans l'optique de favoriser la motivation.</li> <li>30 % de résultats positifs (modification de la consommation)</li> </ul>
Entretien Motivationnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aider la personne à engager le changement en renforçant les motivations intrinsèques par l'exploration et la résolution de l'ambivalence ou de la résistance envers ce changement</li> <li>Eviter la confrontation, la motivation ne doit pas être imposée</li> </ul>
Groupes de parole	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alcooliques Anonymes (AA)</li> </ul>
Moyens Médicamenteux	
Benzodiazépines	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>diazépam</i> en l'absence d'IHC, sinon <i>oxazépam</i></li> </ul>
Médicaments Réducteurs d'Appétence (MRA)	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Acamprosate</i> (agoniste GABA) pendant 1 an</li> <li><i>Naltrexone</i> (antagoniste opioïde) pendant 3 mois</li> <li><i>Baclofène</i><sup>1</sup></li> </ul>
«Antabuse »	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Disulfirame</i> : reproduit les effets de la «gueule de bois» (Vomissements, rougeurs, Tachycardies,...)</li> </ul>

PEC Diagnostique	
Anamnèse	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Terrain : âge, complications/comorbidités</li> <li>Signes de sevrage, consommation (questionnaire DETA/AUDIT-C), co-addiction (tabac, cannabis,...)</li> <li>Contexte social : SDF</li> </ul>	
Examen Physique	<ul style="list-style-type: none"> <li>TA, FC, T, P, IMC</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen général : poids, IMC, TA</li> <li>Examen abdominal : recherche de signes de cirrhose <ul style="list-style-type: none"> <li>Signes d'IHC : érythrose palmaire, astérisis, angiomes stellaires,...</li> <li>Signes d'HTP : hépatomégalie, circulation veineuse collatérale</li> </ul> </li> <li>ORL : recherche d'arguments pour un K des VADS (dysphagie, dysphonie)</li> <li>Cardiovasculaire : signes d'insuffisance cardiaque</li> </ul>	
Bilan Complémentaire	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucun bilan n'est systématique</li> </ul>	
Hépatopathie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bilan Hépato-Cellulaire : Transa, GGT</li> <li>Echographie abdominale, alphafoeto-protéine..</li> </ul>
Cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> <li>Echographie Trans Thoracique</li> </ul>

PEC Thérapeutique	
Modalités	<ul style="list-style-type: none"> <li>PEC Globale : <b>Médico-Psycho-Sociale</b></li> <li>PEC <b>Multidisciplinaire</b> : médecin traitant, addictologue, psychologue, assistante sociale...</li> <li>Sevrage en milieu hospitalier (HL) ++ PEC en ambulatoire possible dans un Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA)</li> <li><b>Contrat thérapeutique</b> : date de sevrage, PEC des co-facteurs</li> </ul>
Bilan Initial	
Consommation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Produits, début, durée, évolution quantification, mode de conso.</li> </ul>
Dépendance	<ul style="list-style-type: none"> <li>Test/Questionnaire : DETA, AUDIT-C, Questionnaires de fréquence</li> <li>Seuil d'apparition de signes de sevrage</li> </ul>
Motivation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Raisons motivant la tentative de sevrage</li> <li>Tentatives antérieures</li> </ul>
Comorbidités/complications	<ul style="list-style-type: none"> <li>Co-addictions +++ : tabac/ alcool / substances illicites (cannabis ++)</li> <li>Complications/causes psychiatriques : dépression, psychose, personnalité,...</li> <li>Complications somatiques : cirrhose, K des VADS....</li> </ul>
Contexte social	<ul style="list-style-type: none"> <li>Emploi, logement, couverture maladie, ressources, statut légal</li> <li>Traitement ambulatoire possible</li> </ul>
PEC Thérapeutique	
Contrat Thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Information et consentement éclairé du patient / fixer une date</li> <li>Abstinence totale dès le début, au début Ø visite et sortie</li> <li>Si non respect du contrat =&gt; arrêt du sevrage thérapeutique</li> </ul>
Médicale	<ul style="list-style-type: none"> <li>PEC/prévention du Sd de sevrage : <ul style="list-style-type: none"> <li>Traitements symptomatiques : <ul style="list-style-type: none"> <li>Hydratation, antalgiques..</li> <li>Vitaminothérapie<sup>2</sup> PO : B1</li> </ul> </li> <li>Traitement substitutif : Benzodiazépine (<i>diazépam</i>)</li> <li>± bêtabloquant non cardioselectif (propranolol) : si signes adrénergiques francs</li> </ul> </li> <li>± Médicaments Réducteurs d'Appétence (MRA) : <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Acamprosate</i> (agoniste GABA) pendant 1 an</li> <li><i>Naltrexone</i> (antagoniste opioïde) pendant 3 mois</li> </ul> </li> <li>Éducation du patient : signes de manque, signes de surdosage</li> <li>PEC des comorbidités : cirrhose, K VADS, ..</li> </ul>
Psychologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psychothérapie de Soutien</li> <li>Entretiens Motivationnels</li> <li>Thérapie de groupe / groupes de parole / associations de patients</li> </ul>
Sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arrêt de travail, ALD (VIH, VHC, psychose chronique....)</li> <li>Couverture maladie : CMU, CMUc, AME,...</li> </ul>
Surveillance	
Modalités	<ul style="list-style-type: none"> <li>Multidisciplinaire : Médecin traitant, addictologue, ...</li> <li>Consultations régulières, ...</li> <li>± Marqueurs de consommation : CDT, transa, VGM</li> </ul>

Les 5 Etapes de changement (INPES/INCA 2008)	
Pré-intention	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas d'envie de modifier la consommation, peut être inconscient des risques</li> </ul>
Intention	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambivalence face au changement, peut être conscient des risques</li> </ul>
Préparation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le consommateur a déjà décidé de changer et prévoit d'agir</li> </ul>
Action	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le consommateur a commencé à diminuer sa consommation ou l'a arrêtée mais le changement n'est pas devenu permanent.</li> </ul>
Maintien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le consommateur a atteint un niveau de consommation modéré ou l'abstinence de manière relativement permanente.</li> </ul>

- Questionnaires de dépistage
  - DETA :
    - Diminuer : tentative
    - Entourage : remarques
    - Trop : impression
    - Aube : consommation
    - A risque si ≥ 2 «oui»
  - AUDIT-C :
    - 3 premières questions de l'AUDIT
    - A risque si ≥ 4 pts si femme / ≥ 5 si homme
- Questionnaires de fréquence

### Moyens Thérapeutiques

- Non médicamenteux :
  - Interventions brèves
  - Entretiens motivationnels
  - Groupes de parole / Associations
- Médicamenteux :
  - Substitution par BZD : diazépam (oxazépam si IHC)
  - Médicaments Réducteurs d'Appétence :
    - Acamprosate* : agoniste GABA, pendant 1an
    - Naltrexone* : antagoniste opioïde, pendant 3 mois
    - Antabuse* : *disulfirame*

### PEC générale

- Cf : PEC Générale d'une addiction
  - PEC Médico-Psycho-Sociale
  - Sevrage en milieu hospitalier ou CCAA
  - Contrat thérapeutique
  - Bilan initial : consommation, dépendance, motivation, complications, contexte social
  - PEC psychologique
- PEC Signes de sevrage :
  - Hydratation
  - Vitaminothérapie : B1
  - Benzodiazépine (*diazépam*)
  - ± Médicaments Réducteurs d'Appétence (MRA)
- Surveillance :
  - Régulière
  - ± CDT, transa, VGM

### 5 étapes du changement

- Pré-intention
- Intention
- Préparation
- Action
- Maintien

## Complications Neurologiques de la consommation chronique d'alcool

Délirium Tremens (DT) (ou Sd Confuso-onirique)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sd de sevrage majeur compliqué par un délire onirique, spécifique du sevrage d'alcool, urgence médicale</li> </ul>	
<b>Symptomatologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sd confuso-onirique :                             <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Sd confusionnel</b> : inversion nyctémérale / désorientation / vigilance</li> <li><b>Sd délirant</b> : hallucinations visuelles (zoopsies +++++), thème onirique</li> </ul> </li> <li>Signes neuro végétatifs de sevrage: (↑ T°, FC, TA) : fièvre, sueurs, tremblements, tachycardie, TdR, HTA,</li> <li>± Convulsions, Etat de Mal Epileptique</li> </ul>
<b>PEC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalisation en urgence en médecine / éliminer cause somatique (PMZ)</li> <li>Triade :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>hyperhydratation IV</li> <li>vitaminothérapie : B1</li> <li>BZD : diazépam</li> </ul> </li> <li>± propanolol : si signes adrénergiques francs</li> <li>Agitation: sédation par BZD +/- neuroleptique sédatif (!! éviter contention)</li> <li>Surveillance: conscience, constantes, orientation vers consultation après +++</li> </ul>
<b>Prévention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Triade : Hyperhydratation, BZD, vitamines B1</li> </ul>

Complications Toxico-carencielles	
Encéphalopathie de Gayet Wernicke (Wernicke-Korsakoff)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Causée par une carence en vitamine B1, secondaire à une diminution de l'absorption gastrique, parfois induite par apports glucidiques (glucose IV !!!)</li> </ul>	
<b>Symptomatologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sd confusionnel (Désorientation spatio-temporelle)</li> <li>Signes oculomoteurs : paralysie oculomotrice, nystagmus, paralysie de fonction</li> <li>Syndrome cérébelleux statique</li> </ul>
<b>Complications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En l'absence de traitement, l'évolution se fait vers un Sd de Korsakoff (Korsakov)</li> </ul>
<b>PEC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Traitement préventif : Vitamine B1 systématique si OH-D + dénutri (!! : glucose)</li> <li>Traitement en urgence : Vitamine B1 IV</li> </ul>

Items Liés
<ul style="list-style-type: none"> <li>20C (Risq. fœtaux : Toxiq.) • 46 (Précarité) • 47 (Psycho. Médicale) • 48 (Psychothérapies)</li> <li>139 (Cancer : FdR / Prévent° / Dépistage)</li> <li>145 (Tumeurs Cav. Bucale &amp; VADS) • 152 (K œsophage)</li> <li>184 (Agitat° &amp; Délire Aiguë)</li> <li>214-A (Intoxicat° Aiguë : Généralités) • 214E (Intoxicat° Aiguë : Alcool)</li> <li>228 (Cirrhose)</li> </ul>
Notes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rq : Préférer le terme d'alcoolodépendance à alcoolisme ou éthyliste chronique.</li> <li><sup>1</sup> : Dans le cadre d'une Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) de l'ANSM</li> <li><sup>2</sup> : Il n'y a pas d'indication à la prescription de vitamine B6 ni de vitamine PP (mais fréquemment retrouvé et parfois même coté dans les cas cliniques).</li> </ul>

Autres complications toxico-carencielles	
<b>Polyneuropathie Longueur Dépendante (PLD) (265)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Polynévrite alcoolique » : Toxicité directe OH + carence B1 + carence Folates</li> <li>Petites fibres : thermo-algiques → douleurs neuropathiques, aréflexie achilléenne</li> <li>Tt : vitamine B1 IM++</li> </ul>
<b>Atrophie cérébelleuse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atrophie du vermix (IRM) : Sd cérébelleux = ataxie + élargissement du polygone de sustentation</li> </ul>
<b>Névrte Optique Alcool-Tabagique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>BAV, dyschromatopsie, scotome central, pâleur papillaire au FO</li> <li>Tt : Vitaminothérapie + arrêtt alcool/tabac</li> </ul>
<b>Encéphalopathie pellagreuse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Carence en vitamine PP : Confusion + hypertension extra pyramidale</li> <li>± Tb digestifs et cutanéomuqueux (desquamation, glossite)</li> <li>Tt : vitamine PP IV (prévention par vitamine PP systématique)</li> </ul>
<b>Encéphalopathie de Marchiafava-Bignami</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mécanisme incertain, nécrose des corps calleux (IRM)</li> <li>Coma ou confusion avec ataxie, évolution vers une démence avec dysconnexion</li> </ul>

Syndrome de Korsakoff	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nécrose des corps mamillaires (lésion irréversible), induisant une interruption dans le circuit de Papez (mémoire)</li> </ul>	
<b>Etiologies</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Post encéphalopathie de Gayet-Wernicke ++</li> <li>Autres possibles : AVC (hématome), tumeur...</li> </ul>
<b>Symptomatologie (Triade)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sd amnésiant antérograde et rétrograde</li> <li>Fabulations / Fausses reconnaissances</li> <li>Anosognosie</li> </ul>
<b>Diagnostic</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IRM cérébrale injectée centrée sur les corps mamillaires : pas de réhaussement (=&gt; nécrose)</li> </ul>
<b>PEC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas de traitement curatif : PEC du handicap</li> <li>Mise sous Tutelle</li> <li>PEC dans établissement adapté, ...</li> </ul>

Réflexes : Sd confusionnel chez l'éthylique chronique	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hypoglycémie +++++</li> <li>Encéphalopathies +++++ :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Gayet-Wernicke (B1),</li> <li>Encéphalopathie hépatique (IHC)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trauma Crânien : HED, HSD</li> <li>Crise épileptique partielle</li> <li>Infections : méningite +++, pneumopathie</li> </ul>

Points Importants
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ne pas oublier de rechercher les complications de l'alcoolisme (DHC+++ ) et cancer des VADS</li> </ul>
Dossiers / Questions Tombées / Tombables / Classiques
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dossier ambiance hépato : dossier de cirrhose secondaire à une alcoolodépendance puis compliquée d'un CHC, avec PEC de l'alcoolodépendance dans la PEC globale du patient</li> <li>Dossier ambiance neuro-psy :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Patient avec DT, discussion d'une BDA/psychose aiguë, PEC du DT puis secondairement GW et/ou Sd de Korsakoff</li> <li>PEC d'une alcoolodépendance dans le cadre d'une polyconsommation avec diagnostic et traitement d'une dépression associée.</li> </ul> </li> </ul>

## Complications Neurologiques

- Délirium Tremens (DT) = Sd confuso-onirique**
  - Symptômes :
    - Sd confusionnel
    - Sd délirant : onirique, zoopsie
    - Signes neuro-végétatifs
  - PEC :
    - Hospitalisation
    - IV : hyperhydratation + B1 + BZD
    - Surveillance
    - Prévention : hydratation + B1 + BZD
- Encéphalopathie de Gayet-Wernicke**
  - Carence en B1, réversible
  - Triade :
    - Sd confusionnel
    - Signes oculomoteurs
    - Sd cérébelleux statique
  - PEC : idem DT (B1 IV++)
- Sd de Korsakoff**
  - Nécrose des corps mamillaires (IRM)
  - Interruption du circuit de Papez
  - Irréversible
  - Triade :
    - Amnésie antérograde et rétrograde
    - Fabulations / Fausses reconnaissances
    - Anosognosie
  - PEC = PEC handicap

## Réflexes

- zoopsie → DT JPDC
- Grossesse → Objectif 0 verre
- Sd de Korsakov ≠> Alcoolisme
- IHC → oxazépam
- Bière classique → 5 % vol d'éthanol
- Vin → bouteille de 75 cl à 12 % vol ≈ 70 g
- Whisky/Vodka → bouteille de 70 cl avec 40 %vol ≈ 220 g
- 1 verre au bar ≈ 10 g d'OH
- 1 bouteille de vin ≈ 70 g d'OH
- Polynévrite OH → B1 IM
- Sd de Korsakov ≠> Alcoolisme
- Signe de loc → TDM (HED JPDC)

Dossiers Tombés à l'ECN	
2004	• D6
2010	• D9
QROC	Mes Notes
p 71	p 90

## 2. QROC

48	<b>Quelles sont les principales techniques de la TCC?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Désensibilisation</li> <li>• Exposition graduée</li> <li>• Immersion</li> <li>• Affirmation de soi</li> <li>• Correction des cognitions erronées</li> <li>• Renforcement des cognitions positives</li> <li>• Développement des compétences sociales</li> </ul>
48	<b>Quel est le principal trouble mental dans lequel la psychanalyse est contre-indiquée?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les psychoses</li> </ul>
48	<b>Quelles sont les principales indications de la psychanalyse?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles anxieux</li> <li>• Troubles de l'humeur</li> <li>• Certains troubles de la personnalité</li> </ul>
48	<b>Citez quelques autres types de psychothérapie existants</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thérapie à médiation corporelle</li> <li>• Psychodrame</li> <li>• Thérapie systémique</li> <li>• Hypnose</li> </ul>
52-B	<b>Citer les 3 conditions nécessaires pour l'ouverture d'une mesure de Tutelle</b>
	<p><i>www.legifrance.fr : CC ; loi du 05/03/2007</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessité d'être représenté d'une manière continue dans tous les actes de la vie civile</li> <li>• Altération des capacités mentales ou corporelles</li> <li>• Mesures de Sauvegarde De Justice (SDJ) ou Curatelle insuffisantes</li> </ul>
52-B	<b>Quelles sont les personnes pouvant demander l'ouverture ou la fermeture d'une Curatelle ou d'une Tutelle ?</b>
	<p><i>www.legifrance.fr : CC ; loi du 05/03/2007</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient</li> <li>• Médecin</li> <li>• Tiers/Proches : concubin, famille, autres</li> <li>• Procureur de la république</li> <li>• Juge des tutelles : auto saisie</li> </ul>

52-B	<b>Quelles sont les 4 situations permettant de faire cesser une Sauvegarde De Justice (SDJ) (ouverte par déclaration médicale)</b>
	<p><i>www.legifrance.fr : CC ; loi du 05/03/2007</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin attestant que la situation a changé</li> <li>• Radiation par le procureur de la république</li> <li>• Expiration du délai/non renouvellement de la mesure</li> <li>• Ouverture d'une Tutelle ou Curatelle</li> </ul>
52-B	<b>Quelle est la durée de la Sauvegarde De Justice et combien de fois peut elle être renouvelée ?</b>
	<p><i>www.legifrance.fr : CC ; loi du 05/03/2007</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 an</li> <li>• Renouvelable 1 fois (durée de 2 ans maximum)</li> </ul>
52-B	<b>Au bout de quelle durée une mesure de curatelle ou de tutelle est systématiquement réévaluée ?</b>
	<p><i>www.legifrance.fr : CC ; loi du 05/03/2007</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 ans</li> </ul>
52-B	<b>Citer les 3 étapes d'ouverture d'une curatelle ou d'une tutelle</b>
	<p><i>www.legifrance.fr : CC ; loi du 05/03/2007</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1/ Demande au juge des tutelles par : médecin, procureur, proches, juge des tutelles (auto-saisie) (la personne est généralement mise sous sauvegarde de justice dans cette situation)</li> <li>• 2/ Expertise médicale auprès d'un médecin expert de la Cour avec réalisation d'un certificat médical circonstancié</li> <li>• 3/ Décision du juge des tutelles : curatelle, tutelle, aucune mesure</li> </ul>
52-B	<b>Citer les 3 situations requérant l'ouverture d'une Sauvegarde De Justice (SDJ)</b>
	<p><i>www.legifrance.fr : CC ; loi du 05/03/2007</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacité temporaire (mentale ou corporelle)</li> <li>• Ou protection immédiate en attente d'une mesure de curatelle ou de tutelle</li> <li>• Ou nécessité d'être représenté pour certains actes déterminés ponctuels (ex : une vente) pour cause de facultés altérées ne nécessitant pas une curatelle</li> </ul>
70	<b>Quelles sont les 5 étapes du deuil selon Kübler-Ross?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choc/déni</li> <li>• Colère/agressivité</li> <li>• Marchandage</li> <li>• Dépression</li> <li>• Acceptation</li> </ul>

70	<b>Quelles sont les 4 formes d'un deuil compliqué?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deuil retardé</li> <li>• Deuil inhibé</li> <li>• Deuil intensifié</li> <li>• Deuil prolongé</li> </ul>
70	<b>Qu'est-ce qu'un deuil pathologique?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apparition d'un trouble psychiatrique (de novo ou décompensation si pré-existant) pendant le deuil</li> </ul>
70	<b>Quels sont les éléments de prévention d'un deuil compliqué ou pathologique?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification des FDR de deuil pathologique</li> <li>• Impliquer les proches dans la fin de vie</li> <li>• Annonce dédiée +++ (empathie, lieu calme, progressive,...)</li> <li>• Favoriser la verbalisation des émotions</li> </ul>
70	<b>Quelle est la PEC d'un deuil normal? Compliqué? Pathologique?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal : Pas de PEC spécifique</li> <li>• Compliqué : Psychothérapie de soutien, pas de tt ++</li> <li>• Pathologique : Psychothérapie, tt médicamenteux selon la symptomatologie</li> </ul>
177	<b>Quelle est la principale classe médicamenteuse utilisée dans le Tt des EDM ?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ISRS / IRSNa</li> </ul>
177	<b>Quels sont les principaux effets indésirables des ISRS/ IRSNa ?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virage maniaque / levée d'inhibition</li> <li>• Sd sérotoninergique (++) si asso à IMAO non sélectifs, triptans, digitaliques, ségélène, agonistes dopaminergiques)</li> <li>• SIADH (hyponatrémie)</li> <li>• Risque de surdosage en AVK ou autres car inducteur enzymatique</li> <li>• Effets transitoires et bénins : insomnie, céphalées, NV, diarrhées, prise de poids, tr. de libido,...</li> </ul>
177	<b>Quels sont les principaux effets indésirables des imipraminiques ?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virage maniaque / levée d'inhibition</li> <li>• Effet «quinidine-like» avec TDR, TDC, hypoTA orthostatique, allongement du QT</li> <li>• Effet anti-cholinergique : RAU, GAFA, sécheresse buccale,...</li> <li>• Convulsion (abaissement du seuil épiléptogène)</li> </ul>