

# Module 1 : 009

## HDT ET HO

*Validé par le Dr Travers*

### Généralités

- Les H° sous contraintes doivent rester exceptionnelles et réservées à des indications précises lorsque la mise en place autoritaire d'une hospitalisation est plus bénéfique qu'une absence de soin



### Hospitalisation sous contrainte

Évaluation du patient :

**Somatique** : Ex. clinique appréciant la vigilance, l'état de conscience, les paramètres vitaux (pouls, TA, T°, FR) et la glycémie capillaire

**Psychiatrique** : évaluer :

- le risque suicidaire,
- ATCD de trouble du comportement,
- fonctionnement cognitif,
- trouble de l'humeur
- le contenu et le cours de la pensée (idées délirantes, hallu, tachypsychie)
- présence d'une toxique associée
- degrés d'incurie.

**Capacité à consentir l'H°** basée sur 5 éléments :

- capacité à recevoir une information adaptée
- capacité à comprendre et écouter
- capacité à raisonner
- capacité à exprimer librement sa décision
- capacité à maintenir sa décision dans le temps

**Évaluation de l'entourage** : famille, amis

Sédation ou contention d'une éventuelle agitation (afin de permettre l'examen somatique et psy)

### H° à la demande d'un tiers (HDT)

- **3 conditions sont nécessaires :**
  - présence de troubles mentaux
  - incapacité du patient à donner son consentement du fait de ces troubles
  - nécessité de soins immédiats et d'une surveillance constante en milieu spécialisé
- **Indications :**
  - idées suicidaires (à plus forte raison si : patient décidé, froid ou très émotif, troubles psychomoteurs, souffrance  $\Psi$  omniprésente, dangerosité du moyen annoncé, isolement)
  - risque d'atteinte à autrui
  - prise d'alcool ou de toxiques
  - idées délirantes ou hallucinations
  - trouble de l'humeur ; ex : dépression ou épisode maniaque
  - incurie
- **Modalités :** demande d'H° :
  - faite par un tiers (membre de la famille ou proche agissant dans l'intérêt du patient) sauf s'il travaille dans l'établissement d'accueil
  - formulation manuscrite, sur papier libre, datée signée et doit comporter
    - nom, prénom, âge, profession, domicile, nature du lien avec le patient
    - identité du patient avec la photocopie de la carte d'identité du tiers
- **Certificats médicaux :**
  - rédigés par 2 médecins thésés, inscrits au Conseil de l'Ordre, sans lien de parenté entre eux (4<sup>e</sup> degrés inclus) ni avec le tiers demandeur, ni avec le directeur de l'établissement d'accueil ni avec le patient.
  - datent de moins de 15 jours
  - le 1<sup>er</sup> certificat doit être rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil
  - rédaction manuscrite
  - ils précisent :
    - le nom, prénom, date de naissance, domicile du patient
    - état mental en termes simples
    - que les troubles du patient rendent impossible un consentement à l'H°  
Son état impose des soins immédiats ainsi qu'une surveillance hospitalière et nécessite un transfert en HDT dans un établissement régi par la loi du 27 juin 1990.
    - "selon l'article 3212.1 de la loi du 27 juin 1990 du Code de la santé publique "
    - Maintient de l'H° par certificats à J1, J15 puis mensuels
- **Cas particulier du péril imminent :** si péril imminent, 1 seul certificat suffit  
Il faut justifier le péril imminent, écrire "selon l'article 3212.3 de la loi du 27 juin 1990" et la demande du tiers reste obligatoire.
- **Sortie :** possible sur demande du tiers, avis du médecin, demande d'un proche ou du directeur de l'établissement.

### H° d'office (HO)

- **3 conditions sont nécessaires :**
  - présence de troubles mentaux
  - besoin de soins immédiats et d'une surveillance constante en milieu spécialisé
  - atteinte à la sûreté des personnes et, de façon grave, à l'ordre public.
  
- Selon l'article L.3213.1 du code de santé publique :
  - rédaction sur papier libre d'un certificat médical par un psychiatre circonstancié décrivant les troubles du patient et précisant que l'état du patient compromet l'ordre public ou la sûreté des personnes
  - arrêté préfectoral ordonnant l'H° au vu du certificat médical
  - certificats médicaux à J1, J15 puis mensuels.
  
- **Cas particulier du péril imminent (L.3213.2)**
  - Pas de certificat médical, H° décidée par le maire
  
- **Sortie :**
  - Possible sur arrêté préfectoral, après avis du praticien en charge du patient



## Module 2 : 019

# TROUBLES PSYCHIATRIQUES PENDANT LA GROSSESSE

*Validé par le Dr Bertel*

### FdR de survenue de troubles psychiatriques

- ATCD psychiatriques personnels et familiaux
- ATCD d'accidents obstétricaux (mort fœtale in-utero, syndrome polymalformatifs ± handicapé)
- Contexte psycho-social (γ illégitime, enfant non désiré, isolement social, toxicomanie...)
- Situation de stress dans le per-partum (accouchement difficile, séparation mère enfant précoce)

### AU COURS DE LA GROSSESSE

#### Troubles mineurs du comportement « quasi-physiologiques »

- Labilité de l'humeur avec irritabilité
- Tb alimentaire : grignotage et boulimie
- **Vomissements gravidiques** (1<sup>er</sup> T) si persistance au-delà évoquer un problème psychiatrique **après avoir éliminé une cause organique +++**

#### Décompensation : troubles anxieux

- Symptômes anxieux, obsessionnels, phobiques, hystériques

#### Décompensations dépressives

(favorisées par situation sociale ou conjugale difficile, non désir de γ...)

- Dépression +++ (1<sup>er</sup> T)
- Dépression mélancolique (rare)

#### Décompensation psychotique (rare)

- BDA (entrée dans schizophrénie)
- Aggravation ou amélioration d'un état psychotique antérieur +++

### **SYNDROME DU 3<sup>e</sup> JOUR (« post-partum blues »)**

- **Très fréquent** (50 % à 85 %)
- **Épisode dépressif bénin et transitoire** (< à 8 j) et sans gravité
- Survient sur n'importe quel terrain
- **Contemporain de la montée laiteuse**

#### **Associe**

- Irritabilité, susceptibilité
- Asthénie, tristesse, pleurs
- Insomnie, plaintes somatiques
- Angoisse centrée sur le nouveau-né (sentiment d'incapacité, crainte pour l'enfant)
- **Risque évolutif : dépression majeure** (20 %) à rechercher si prolongation > 2 semaines

#### **Traitement**

- **Attitude de réassurance**
- Surveillance de signes de dépression ou de psychose du post-partum +++

## DÉPRESSION DU POST-PARTUM

- **Fréquent** (10 à 20 %)
- Parfois prolongeant un « post-partum blues »
- **En général : début précoce après l'accouchement**  
(dans les 2 premières semaines) mais peut survenir plus tard

### Facteurs de risque

- Antécédents dépressifs personnels ou familiaux
- Grossesse pathologique ou non désirée
- Mésentente conjugale
- Anxiété et dépression durant la grossesse
- **1<sup>er</sup> épisode dépressif dans 60 % des cas**

### 2 Tableaux cliniques possibles

- Accès mélancolique
  - Dépression simple
  - **Syndrome dépressif classique associant :**
    - asthénie, irritabilité, pleurs, insomnie, ralentissement p
    - auto-culpabilité, auto-accusation, auto-dévalorisation
    - **évitement des soins de l'enfant**
    - **phobies d'impulsions** (peur de blesser l'enfant)
    - ∅ **éléments délirants ++**
  - **Dépression mélancolique associant :**
    - thème de culpabilité **anxio-délirante** centré sur l'enfant
    - sentiment de culpabilité sur sa responsabilité envers la mort ou un malheur concernant l'enfant
    - conviction délirante d'être incapable de s'en occuper
- RISQUE DE TS et INFANTICIDE important +++**
- **Évolution** : - Épisode unique sans récurrence  
- Évolution traînante  
- Entrée dans une PMD

### Traitement

- QS sd dépressif (hospitalisation unité mère-enfant, ATD, anxiolytiques voire sismothérapie, mise en place précoce d'une relation mère-enfant, TCC)
- **Penser à arrêter l'allaitement (traitement) +++ si le traitement l'exige**

## PSYCHOSES PUERPÉRALES

- **Fréquence** : 1/1000 accouchements
- **Début souvent brutal typiquement dans les 3 semaines après l'accouchement** (pic au 10<sup>e</sup> jour)

### Facteurs de risque

- Antécédents familiaux de schizophrénie
- Antécédents personnels de BDA
- Troubles de la personnalité
- Primipare, âge > 30 ans, situation précaire
- Accouchement avec complications

**Risque d'infanticide +++**

### Tableau clinique confuso-délirants

(= tableau de BDA avec confusion)

- **ÉTAT CONFUSIONNEL** : obnubilation voire DTS
- **DÉLIRE ONIROÏDE** : thèmes centrés sur l'enfant (filiation extraordinaire ; **négation de l'enfant +++** « l'enfant est mort », ...)
- **FLUCTUATION THYMIQUE** : angoisse, tristesse, excitation psycho-motrice
- **Signes**  $\ominus$  :  $\emptyset$  **auto-culpabilité**,  $\emptyset$  **ralentissement  $\psi$**

→ **Évolution** :

- **(80 %) Guérison** sans séquelles
- **(20 %) Récidive** lors de la grossesse suivante
- Entrée dans une PMD ou schizophrénie (rare)

### Traitement

- **Hospitalisation en urgence en unité mère-enfant +++**
- **Éliminer organicité +++ (thrombo-phlébite : IRM)**
- **Surveillance** risque suicidaire et **isolement** mère/famille les 1<sup>ers</sup> jours puis reprise de contact progressive avec le nourrisson si améliorations
- **Chimiothérapie par NLP** (Haldol IM + Largactil IM)  
(anti-délirant + sédatif, relais PO à distance pendant 6 mois)  
→ **Penser à arrêter l'allaitement +++**  
(restriction hydrique + bandage des seins + AINS)
- **En cas d'échec** : **sismothérapie**
- **Psychothérapie** de soutien mère et famille

**Risque IMPORTANT de récurrence à la  $\gamma$  suivante**