

Les troubles psychiatriques et leur prise en charge dans la MH

Journée du 18 Novembre 2021

Dr Fabrice BOYER - Médecin psychiatre

Présentation personnelle

- Docteur Fabrice BOYER
- Médecin psychiatre, Praticien Hospitalier à Lyon
- Médecin Chef du Pôle Accueil Admission du CHS St Jean de Dieu depuis le mois de Mars 2020.
- Psychiatre référent de la consultation multidisciplinaire du Dépistage Pré Symptomatique de la MH de Lyon (Hôpital de la Croix Rousse) depuis Novembre 2006.
- Psychiatre au sein de l'unité GénoPsy (Hôpital du Vinatier) depuis 2013.

Mon histoire avec la MH: le début...

- Assistant-Chef de clinique dans le service universitaire de psychiatrie du Pr DALERY à LYON de 2006 à 2008 (CHS Le Vinatier)
- A ce titre, participation en tant que psychiatre référent à la consultation multidisciplinaire pour le dépistage pré symptomatique (DPS) de la MH (convention entre le Pr DALERY et le Pr PLAUCHU du service de génétique)

Mon histoire avec la MH: la suite...

- A partir de 2008, Praticien Hospitalier à l'UPUL (Unité de Psychiatrie d'Urgence et de Liaison) de l'hôpital St Joseph St Luc.
- Depuis Mars 2020 changement de poste avec prise de fonction à St Jean de Dieu comme médecin chef du Pôle Accueil Admission.
- Poursuite de la participation à la consultation multidisciplinaire jusqu'à ce jour, initialement à l'Hôtel Dieu et depuis plusieurs années à l'hôpital de la Croix Rousse (Lyon 4)



Activité clinique en lien avec la MH

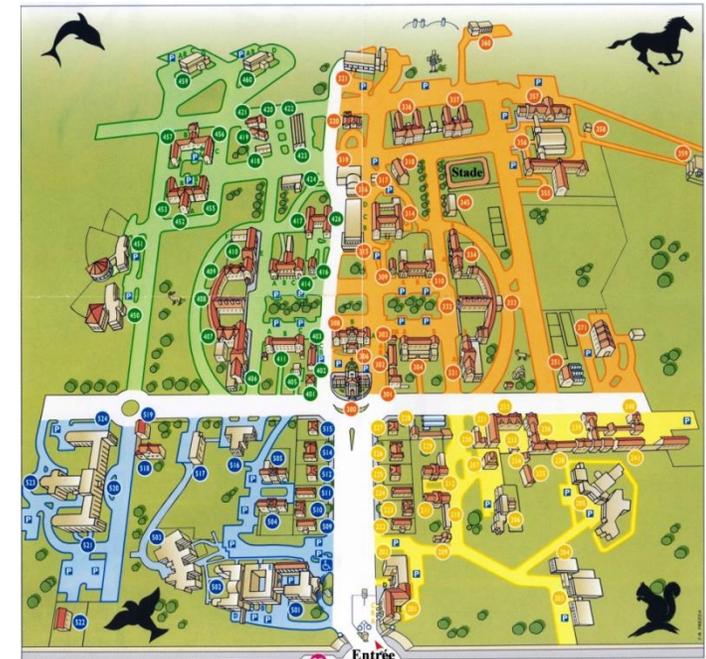
- Initialement limitée à la consultation multidisciplinaire du « test prédictif » ou « Diagnostic Pré Symptomatique »



- ½ journée par mois, une quarantaine de consultations par an (soit environ 600 consultations sur 15 ans)
- A partir d'un certain temps de présence au sein de la consultation du DPS, demandes de consultations pour des patients malades ayant des troubles du comportement ou des troubles psychiatriques.
- Initialement avis ponctuels mais progressivement plusieurs suivis de patients porteurs et malades.
- Mais patients reçus dans le service des urgences, dans un cadre peu adapté et sans temps spécifique...
- Projet d'une consultation dédiée à la MH.

Consultation spécialisée MH

- Depuis Novembre 2013, ouverture d'une consultation spécialisée, une demi-journée tous les Jeudis
- Au sein du CH Le Vinatier, qui est le plus grand hôpital psychiatrique de Lyon, à proximité de l'hôpital « neurologique »
- Dans une structure baptisée « **Génopsy** », créée par le Dr Caroline DEMILY (psychiatre) et depuis peu labellisée « Centre de référence maladies rares à expression psychiatrique »



Objectif de cette consultation

- Assurer un suivi régulier de patients porteurs de la Maladie de Huntington et présentant des troubles psychiatriques
- En collaboration étroite avec les autres Soignants ou intervenants impliqués dans la prise en charge des patients (médecins généralistes, neurologues, psychologues ou psychiatres libéraux ou hospitaliers, généticiens, infirmières, kinés, orthophonistes, nutritionnistes, assistantes sociales, associations...)
- Diagnostiquer et évaluer des troubles psychiatriques éventuels, des troubles du comportement, évaluer le risque suicidaire
- Adapter le traitement et la prise en charge (hospitalisation par exemple)
- Proposer des bilans cognitifs réguliers en lien avec les neuropsychologues du centre et se poser la question de la remédiation cognitive
- Soutenir les aidants, les familles, les équipes (auxiliaires de vie, EHPAD, médecins...)

Le dépistage présymptomatique

- **Test génétique** visant à rechercher la mutation responsable de la MH
- Chez un **sujet MAJEUR, à risque pour la MH**, c'est-à-dire ayant des antécédents familiaux directs de MH
- Avec **accompagnement du sujet**, et éventuellement de son entourage, par une équipe multidisciplinaire (généticien, neurologue, psychologue, psychiatre) jusqu'au prélèvement et à l'annonce du résultat
- Selon un **protocole établi par l'équipe multidisciplinaire** (variable selon les villes) conforme aux recommandations éthiques nationales et internationales
- Il existe un protocole de dépistage dans la plupart des grandes villes de France avec des protocoles qui peuvent être très variables, notamment dans leur durée

L'équipe de Lyon

- Généticien: Dr Elisabeth OLLAGNON
- Neurologue: Pr Stéphane THOBOIS
- Psychologue: Hélène CHAUMET
- Psychiatre: Dr Fabrice BOYER
- Biologiste: Dr Muriel BOST
- Infirmière: Laurence LEVAVASSEUR

Le fonctionnement de la consultation

- Réunion de l'équipe multidisciplinaire, 1/2 journée par mois
- Unité de lieu si possible pour les patients, malgré l'appartenance des différents praticiens à plusieurs institutions
- Réunion d'équipe pour aborder les différents dossiers et découvrir les résultats amenés par la biologiste
- Puis chaque praticien reçoit les candidats au test, en fonction de leur avancement dans le protocole

Le protocole de Lyon

- Durée minimum de 6 mois jusqu'au résultat
- Processus individualisé pour chaque membre d'une même famille
- 8 rendez-vous dans le service, les RDV étant espacés d'au moins un mois:
 - Généticien
 - Neurologue
 - Psychologue
 - Psychiatre
 - Prélèvement
 - Annonce du résultat (généticien)
 - Cs psychologue post résultat
 - Cs psychiatrique post résultat

Les motivations exprimées

- **La question de la transmission aux générations futures** est souvent au centre de la démarche: projet personnel d'enfant, ou enfants en âge de procréer avec projet plus ou moins clair
- Souvent exprimée d'emblée: « je ne le fais pas pour moi, je le fais pour mes enfants »
- Volonté de « lever le doute, l'incertitude ». De savoir **pour soi**. Evocation de « l'épée de Damoclès »
- Volonté de maîtrise, de savoir pour pouvoir organiser, planifier, prévoir
- Volonté d'éradiquer la maladie, de mettre un terme à ce processus, de reprendre le contrôle de son destin
- Difficile question de l'identification (au parent malade, de ses enfants à soi même).

Des situations très variées

- L'histoire du sujet avec la MH peut être récente ou ancienne, traumatique voire tragique (violences familiales, suicide, atteinte de plusieurs membres de la famille) ou presque « anodine ».
- Le sujet peut venir faire le test très tôt dans sa vie (dès 18 ans) ou bien après de nombreuses années d'hésitation et de réflexion (avec des parcours de vie très variés)
- Le sujet peut venir dans un cadre prédictif alors qu'il présente déjà des signes cliniques de la maladie sans en avoir conscience (ni son entourage) transformant la consultation présymptomatique en accompagnement à l'annonce du diagnostic
- Parfois la démarche d'un sujet pose des **questions éthiques difficiles** concernant d'autres membres de la famille: enfant qui veut savoir alors que le parent potentiellement porteur ne veut pas connaître son statut...

MH et troubles psychiatriques

Symptomatologie

- Trois types de symptomes:
 - troubles moteurs
 - troubles cognitifs
 - troubles psychiatriques
- Les symptômes apparaissent généralement vers l'âge de 30-40 ans et sont progressivement évolutifs
- Il n'existe à ce jour aucun traitement curatif ni même aucun traitement susceptible de ralentir l'évolution de la maladie.
- Le gène est par contre identifié et un sujet majeur ayant des ATCDs peut connaître son statut via un protocole de diagnostic présymptomatique

Les troubles moteurs de la MH

- Troubles de l'équilibre
- Perturbations des mouvements volontaires et mouvements involontaires
- Troubles de l'élocution, troubles de la déglutition
- **La chorée** : « succession de mouvements spontanés excessifs, abrupts, imprévisibles et irréguliers ».
- Au début de la maladie, ces mouvements involontaires peuvent alors être interprétés comme de la nervosité, des tics, de la maladresse. Ils sont exacerbés par la fatigue, le stress, l'état émotionnel.
- À un stade plus avancé, la chorée peut gagner tout le corps, y compris les muscles respiratoires ou laryngés, provoquant alors dyspnée (difficultés de la respiration), dysarthrie (parole saccadée, de débit irrégulier), troubles de déglutition... avec perte d'autonomie majeure et grabatisation

Les troubles cognitifs dans la MH

- Il existe une grande variété de troubles cognitifs au cours de la MH touchant notamment la mémoire, l'apprentissage, les fonctions exécutives et le langage
- On estime que ces troubles peuvent apparaître, à un niveau parfois infra-clinique, jusqu'à 10 ou 15 ans avant l'apparition des troubles moteurs
- Les troubles cognitifs, associés aux troubles psychiatriques et aux troubles du comportement, auraient un impact négatif plus important sur le fonctionnement global du sujet que les troubles moteurs
- La nécessité d'un placement en institution serait beaucoup plus fréquemment liée à l'importance des troubles cognitifs et comportementaux plutôt qu'à l'intensité des symptômes moteurs

Les troubles cognitifs dans la MH

- **Troubles de la mémoire** portant surtout sur la *mémoire implicite* (ou procédurale) tandis que la mémoire explicite (ou déclarative) est moins touchée.
- Diminution de la capacité d'apprentissage et perturbation du rappel des informations stockées (améliorée par l'indigage)
- Trouble de la reconnaissance visuelle de l'expression faciale des émotions
- **Troubles de la perception du temps et de l'espace**
- **Troubles des fonctions exécutives** (attention soutenue ou partagée, planification, organisation, initiation, persévération): aboutit à un ralentissement, à une grande fatigue, à une incapacité à faire plusieurs choses à la fois, avec perte de la « souplesse cognitive » ainsi qu'à une apathie
- **Troubles du contrôle des impulsions** avec irritabilité, accès de colère voire de violence
- **Anosognosie** totale ou partielle

La MH: une maladie neuropsychiatrique

- Une grande majorité des sujets atteints de MH ou leur entourage ont affaire un jour ou l'autre à la psychiatrie
- Les formes à symptomatologie initiale uniquement d'allure psychiatrique ne sont pas rares, avec un retard diagnostique très important
- Même chez les patients ayant des formes à prédominance motrice, les troubles du comportement et notamment la gestion de la violence et de l'impulsivité ou encore l'apparition d'un état dépressif impliquent souvent l'intervention d'un psychiatre.
- Le milieu hospitalier spécialisé psychiatrique est le seul où il est possible de mettre en place une hospitalisation sous contrainte en cas de nécessité (troubles du comportement important avec anosognosie et refus de soins)

Les troubles psychiatriques de la MH

- L'origine des troubles psychiatriques est multifactorielle (génétique, environnement, contexte affectif, psychologique, toxique, fonctionnement neuronal...)
- Les troubles psychiatriques peuvent précéder les troubles moteurs de plusieurs années et être même parfois très présents chez un sujet qui ignore son statut et même l'existence d'un risque (pas encore de diagnostic dans la famille par ex)
- Chez un sujet porteur du gène muté l'apparition d'une dépression doit elle être mise en lien avec l'évolution de la maladie, voire même signer son début?
- Il n'est pas rare que le diagnostic de MH soit porté chez des sujets ayant eu une longue histoire de troubles psychiatriques avant même toute connaissance d'une mutation familiale

Les troubles psychiatriques de la MH

- Le diagnostic des troubles psychiatriques est souvent rendu difficile par l'évolution de la maladie notamment au stade où le patient ne parvient presque plus à s'exprimer
- De plus, un certain degré d'**anosognosie** peut empêcher le patient de prendre conscience de ses troubles et l'amener à ne pas demander d'aide voire à refuser les soins
- **L'interrogatoire de l'entourage** est alors capital (changement d'attitude, de comportement, désintérêt pour certaines activités, retrait, agressivité, agitation...)
- Il faut rechercher des évènements ou des facteurs déclenchants favorisant le trouble (ex de la dépression), en tenant compte de l'évolution de la MH et en ayant toujours à l'esprit d'éliminer un problème somatique
- Il existe assez fréquemment des formes « atypiques » de pathologies psychiatriques

Les troubles psychiatriques de la MH

- Symptomatologie psychiatrique « générale »:
 - **Syndrome dépressif** (40% des sujets environ)
 - Troubles psychotiques (souvent atypiques ou répondant mal au traitement)
 - TOC (avec tableaux atypiques également)
 - Mais également manie, troubles anxieux...
- L'impulsivité, l'irritabilité et les **accès de violence** dans la MH: souvent liés à des situations de frustration ou d'incapacité à faire quelque chose.
- La question du **suicide**...

La dépression

Un épisode dépressif caractérisé se définit par une **rupture avec l'état antérieur** avec la présence des symptômes suivants, présents presque tous les jours pendant une durée **d'au moins 2 semaines consécutives** :

- humeur dépressive (tristesse)
- perte d'intérêt et/ou du plaisir (anhédonie)
- ralentissement psychomoteur (ou agitation plus rarement)
- fatigue ou perte d'énergie (asthénie non améliorée par le repos)
- diminution significative du poids ou de l'appétit (ou augmentation plus rarement)
- insomnie (réveils précoces et/ou endormissement) (ou hypersomnie plus rarement)
- sentiment de dévalorisation ou de culpabilité (pouvant aller jusqu'à des idées délirantes dans les formes mélancoliques)
- Troubles de l'attention et de la concentration
- Idées de mort voire idées suicidaires

Troubles psychotiques ou d'allure psychotique

- Hallucinations (auditives, corporelles, visuelles)
- Idées délirantes
- Souvent atypiques par rapport à ce que les psychiatres ont l'habitude de rencontrer dans la schizophrénie
- Notamment par l'absence de bizarrerie, de désorganisation psychique, de discordance affective
- Tableaux répondant parfois mal ou moins bien aux antipsychotiques avec troubles du comportement au premier plan

TOC (Trouble Obsessionnel Compulsif)

- Les **obsessions** sont caractérisées par **l'irruption de pensées**, de pulsions, d'images en désaccord avec la pensée consciente du sujet, mais perçues comme provenant de son esprit. Elles sont :
 - * récurrentes et persistantes ;
 - * ressenties comme intrusives et inappropriées par le sujet ;
 - * source d'anxiété ou d'inconfort. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions.
- Les **compulsions** sont des **comportements répétitifs** (se laver, ordonner, ranger, vérifier, etc.) ou des actes mentaux (compter, répéter des mots, etc.) que le sujet se sent obligé d'accomplir en réponse à une obsession. Ces compulsions sont destinées à neutraliser ou diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutés. Elles sont soit sans relation réaliste avec ce qu'elles proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessives et ne sont pas source de plaisir au-delà du soulagement de l'angoisse.
- Quand les compulsions sont réalisées de manière très précise et stéréotypée on parle de rituels.

Troubles anxieux

- Angoisse permanente ou épisodique avec crises d'angoisse (ou attaques de panique)
- Anxiété isolée ou associée à une dépression
- Ruminations anxieuses à l'origine d'insomnies d'endormissement
- Prise en charge psychothérapeutique (TCC Thérapies Comportementales et Cognitives) plus ou moins associée à un traitement médicamenteux (anxiolytiques sur un temps court ou plutôt antidépresseur au long cours)

Troubles du comportement

- Liés probablement à un défaut d'inhibition ou de contrôle de l'impulsivité mais possiblement en lien avec un trouble psychiatrique (angoisse, dépression...)
- Agitation, agressivité, irritabilité, accès de colère et de violences, voire véritables « crises clastiques » ne sont pas rares dans la MH
- Assez souvent les troubles du comportement sont imprévisibles, brutaux et le sujet n'en a pas forcément conscience (anosognosie) rendant difficile la reprise en entretien (importance de l'interrogatoire de l'entourage familial ou soignant)
- Certains patients ne présentent jamais ce genre de troubles
- Nécessité de prévenir les situations identifiées comme génératrices d'accès de violence, nécessité bien souvent d'un traitement anxiolytique et sédatif (pas de traitement spécifique)

La question du suicide

- Le risque suicidaire est beaucoup plus élevé dans la population de patients MH que dans la population générale
- Probablement en lien avec deux facteurs
 - Plus grande fréquence de la **dépression** dans la MH
 - Plus grande **impulsivité**
- Le risque suicidaire doit être systématiquement évalué, surtout en cas de dépression caractérisée
- En cas de risque suicidaire majeur ou très élevé, l'hospitalisation en milieu psychiatrique s'impose généralement, y compris sous contrainte si nécessaire (SPDT, SPPI, SPDRE)

Evaluation du risque suicidaire

- Nécessite normalement du temps, un cadre adapté et propice à l'établissement d'une relation de confiance, l'interrogatoire du patient (si réalisable) et/ou de l'entourage, des éléments cliniques d'observation...
- Tenir compte de la possibilité ou pas d'établir un lien avec le patient, du ton de sa voix, de sa capacité à demander ou accepter une aide, de son discours (fond et forme, cohérent? Confus? brouillon et désorganisé?). En cas de souffrance extrême associé à une perception d'absence de solutions possibles: **DANGER! La plupart des patients qui font une TS ne veulent pas mourir mais arrêter de souffrir.**

Evaluation du risque suicidaire (2)

- RUD = Risque, Urgence, Dangerosité
- **Risque** = évalue les facteurs de risque (sexe, âge, travail, famille, isolement, existence d'une pathologie psychiatrique, trouble de la personnalité, mauvaise estime de soi, évènements de vie, ATCDs de TS, addictions, maladie chronique...)
- **Urgence** = évalue l'imminence d'un potentiel passage à l'acte (idées suicidaires fugaces, très présentes, permanentes, capacité à envisager des solutions, scénario établi?)
- **Dangerosité** = évalue les moyens envisagés (médicaments, pendaison, défenestration, possession d'une arme...)

La MH: une pathologie familiale

- La MH va souvent avoir des répercussions douloureuses voire dramatiques sur toute la famille, y compris les sujets non porteurs de la mutation:
 - Secrets de famille, tabous du fait du caractère encore un peu « honteux » de la maladie (tare, malédiction...)
 - Ruptures familiales du fait des troubles du comportement avec parfois des violences conjugales ou familiales. Dans ces situations, lorsque le diagnostic est posé alors qu'il n'était pas connu, cela permet parfois de comprendre à posteriori certains comportements, de pardonner... (cas d'enfants qui reviennent vers le parent malade)
 - **Culpabilité** du parent qui transmet
 - Inquiétude et **colère**, plus ou moins refoulées, du conjoint (pour la personne malade mais également les enfants)
 - **Colère** des enfants, souvent refoulée ou contre investie. Sentiment d'injustice
 - Inquiétude entre frères et sœurs, **culpabilité** de celui qui n'est pas porteur...
 - Identification des enfants à risque à un parent malade avec parfois des réactions peu compréhensibles de rejet, d'agressivité... En lien avec ce que l'état du parent renvoie à l'enfant de son avenir potentiel... Importance de différencier les formes familiales et les histoires de chacun!
 - Parfois certains sujets ayant « grandi avec la maladie » se construisent comme s'ils étaient porteurs...
- Dans beaucoup de familles, les sujets non porteurs sont amenés à s'occuper du parent malade puis des frères et sœurs atteints
- Dans certaines familles, tous les enfants sont porteurs de la mutation et développent la maladie.

La prise en charge psychiatrique de la MH

La prise en charge des troubles psychiatriques

- Prise en charge:
 - Bio (traitements)
 - Psycho (psychothérapie)
 - Sociale (assurances, AAH, mesure de protection des biens, logement...)
- De manière générale, plus la maladie évolue et plus la prise en charge psychothérapeutique va être difficile à la fois du fait des troubles de l'élocution mais aussi du fait des troubles cognitifs
- Importance de plus en plus grande des traitements médicamenteux
- La prise en charge psychologique de l'entourage et de la famille reste d'actualité tout au long de l'évolution
- Une intervention auprès de l'entourage peut parfois suffire à débloquer des situations compliquées
- Toujours en tenant compte du rapport de chacun des membres de l'entourage à la maladie

Prise en charge de la MH

- **Réévaluation et adaptation très régulière** des traitements médicamenteux en fonction de l'évolution des troubles mais aussi de la MH
- Recherche d'un équilibre permanent et difficile à trouver entre la sédation (qui renforce l'apathie, le risque de chute, les troubles cognitifs, les troubles de l'élocution) et les troubles du comportement (avec parfois un risque suicidaire)
- Parfois nécessité d'hospitalisation en psychiatrie y compris sous contrainte
- La prise en charge psychiatrique s'intègre dans une **prise en charge nécessairement pluridisciplinaire** à la fois médicale (neurologue, psychiatre, médecin traitant), paramédicale (kiné, orthophonie, ergothérapie, nutrition) et sociale.
- Elle **concerne le patient mais aussi beaucoup son entourage** en tenant compte du fait qu'une partie de l'entourage peut être atteinte ou à risque, ce qui modifie beaucoup le rapport au patient et à sa maladie.

Traitements psychotropes utilisés dans la MH

- Traitements psychotropes usuels:
 - Antidépresseurs (plutôt ISRS ou IRSNa, mirtazapine, miansérine, agomélatine)
 - Benzodiazépines ou anxiolytiques non BZD (hydroxyzine, buspirone)
 - Hypnotiques si besoin
 - Antipsychotiques (soit à titre antiproductif, soit à titre sédatif, voire « anti-impulsivité »)
 - Thymorégulateurs (acide valproïque, carbamazépine... Lithium à manier avec précaution...)
- Intérêt possible de certains traitements psychostimulants sur l'apathie (méthylphénidate...)

Thérapeutiques non médicamenteuses

- ECT (Electroconvulsivothérapie)
- Autres techniques de neurostimulation (rTMS, tDCS...)
- Luminothérapie
- Resynchronisation du rythme veille sommeil

Prise en charge psychologique

- Peut être individuelle ou groupale (couple, famille...)
- Plusieurs techniques ou écoles (psychanalytique ou psychodynamique, TCC, systémique)
- Importance de l'Education Thérapeutique du patient et de son entourage familial et soignant, pour **permettre une meilleure adaptation aux difficultés du patient, un meilleur « accordage »** (bilans neuropsychologiques avec retour des résultats à l'entourage)
- Beaucoup plus facile et importante au début de la maladie voire même durant la phase pré symptomatique
- De plus en plus difficile avec l'évolution de la maladie et notamment les troubles de l'élocution et les troubles cognitifs

Les différents modes d'hospitalisation en psychiatrie

Hospitalisation

Sous quel mode?

- Hospitalisation Libre
- ASPDT (normale ou d'urgence)
- ASPPI
- ASPDRE

Dans quel type de structure?

- CHS
- Clinique
- UHCD, Unité de Crise

Hospitalisation libre

- Mode d'hospitalisation « par défaut », la règle plutôt que l'exception
- Devrait toujours être privilégiée dans l'esprit de la loi
- Unique mode d'hospitalisation possible dans certaines structures (cliniques, Unités de crise)
- Le patient peut décider de sa sortie définitive ou de la poursuite des soins
- Nécessite tout de même le respect du règlement de l'établissement et du cadre proposé par le médecin ou l'équipe de soin

Admission en Soins Psychiatriques à la demande d'un Tiers (ASPDT)

- Trouble psychiatrique empêchant l'obtention d'un consentement libre et éclairé aux soins

ET

- Nécessité de soins psychiatriques urgents et d'une surveillance constante en milieu spécialisé
- Article L3212-1 du CSP

ASPDT (suite)

- 3 documents sont nécessaires à la mise en place:
 - *Demande du tiers manuscrite* (avec copie de la pièce d'identité du tiers)
 - *2 certificats médicaux concordants*, réalisés par 2 médecins différents, non parents entre eux, avec le malade et le directeur de l'établissement d'accueil, dont au moins un extérieur à l'établissement d'accueil. Un certificat médical d'ASPDT est valable 15 jours
- Ensuite, réalisation d'un certificat de 24h par un psychiatre de l'établissement d'accueil, dans les 24 premières heures.
- Puis réalisation d'un certificat de 72h avec rédaction d'un programme de soins (hospitalisation complète ou soins ambulatoires)
- Le tiers demandeur ou la famille peuvent demander la levée de la mesure mais le directeur peut s'y opposer en cas de péril imminent pour le patient.
- L'ASPDT peut aussi être levée par le psychiatre traitant en cas d'amélioration des troubles avec retour de la capacité de consentir.

ASPPI (Péril Imminent)

- En cas de troubles psychiatriques nécessitant des soins spécialisés en urgence et en cas **d'impossibilité d'obtenir la demande d'un tiers** (a remplacé les HDT avec tiers « par défaut »)
- **Un seul certificat médical** n'émanant pas d'un praticien exerçant dans l'établissement d'accueil
- Ne doit pas être utilisée pour contourner la famille ou éviter des recherches et des démarches
- Le médecin doit pouvoir justifier dans le certificat l'emploi de la procédure avec péril imminent
- Inquiétude des ARS dans certaines régions (Rhône Alpes, Ile de France) par rapport à l'augmentation très importante du nombre de périls imminents

Admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat (ASPDRE)

- Ancienne Hospitalisation d'Office (HO)
- Article L3213-1 du CSP
- Trouble psychiatrique
- Notion de **trouble à l'ordre public ou de mise en danger de la sûreté des personnes** du fait du trouble psychiatrique
- Mesure préfectorale, de maintien de l'ordre public, plus « judiciaire » que l'ASPDT
- Parfois mise en place à l'issue d'une réquisition psychiatrique par un OPJ

ASPDRE (suite)

- Pas de nécessité de demande de tiers
- **Un seul certificat médical** nécessaire, **fait par un médecin extérieur** à l'établissement d'accueil
- Arrêté préfectoral pour la mise en place, la levée, les sorties d'essai...
- Ne doit pas être utilisée à la place de l'ASPDT en cas de refus ou d'absence de tiers.

Hospitalisations sous contrainte

- Une mesure de soins sous contrainte psychiatrique ne doit être mise en place qu'après une évaluation médicale, somatique et psychiatrique
- Tout trouble du comportement n'est pas nécessairement d'origine psychiatrique! (hypoglycémie, intoxications, hémorragies méningées, troubles ioniques, rétention aigue d'urine...)
- Les patients en ASPDRE ou ASPDT ne peuvent être accueillis que dans un Centre Hospitalier Spécialisé (Hôpital Psychiatrique public)
- Les mesures d'hospitalisation sous contraintes (ASPDT, ASPDRE) sont sous le contrôle de la CDSP (Commission Départementale des Soins Psychiatriques)
- Des recours existent tout au long de la mesure via la saisine du Juge des Libertés et de la Détention (JLD)
- Une audience avec le JLD est organisée systématiquement avant le 12^{ème} jour si l'hospitalisation sous contrainte se poursuit, pour statuer sur le bien fondé de la mesure.

Les indications de contrainte

- Situations relevant d'une hospitalisation sous contrainte:
 - Troubles de l'humeur avec risque suicidaire
 - Les crises suicidaires majeures
 - Les épisodes délirants
 - Troubles du comportement avec bilan somatique « négatif » nécessitant un temps d'observation, d'évaluation et de prise en charge psychiatrique
- En l'absence de dangerosité pour autrui ou de trouble à l'ordre public ASPDT
- En cas de dangerosité ou de trouble à l'ordre public ASPDRE

Conclusion

- La prise en charge des troubles psychiatriques dans la MH est importante et souvent nécessaire du fait de leur grande fréquence et de leur impact sur la qualité de vie
- Elle s'intègre dans une **prise en charge nécessairement pluridisciplinaire** à la fois médicale (neurologue, psychiatre, médecin traitant), paramédicale (kiné, orthophonie, ergothérapie, nutrition) et sociale.
- Elle **concerne le patient mais aussi beaucoup son entourage** en tenant compte du fait qu'une partie de l'entourage peut être atteinte ou à risque, ce qui modifie beaucoup le rapport au patient et à sa maladie.
- Parfois intervention à visée curative (suppression d'un état anxieux, guérison d'une dépression)
- Bien souvent il s'agit aussi d'un accompagnement, d'un soutien, de **prendre soin de l'autre**