

# Grossesse et souffrance psychique, De la conception au post partum

## Historique des modifications

Version	Dates de modification	Objets de la modification
N°1		

**Indexation :** 2021\_Ref\_Souffrances\_Psychiques, référentiel accessible sur [www.perinatalite-occitanie.fr](http://www.perinatalite-occitanie.fr) / Seule la version informatique fait foi.

**Périodicité de révision :** 5 ans

- ✓ **Animation :** Mme Arvois Christine, sage-femme coordinatrice médicale du RPO
- ✓ **Rédaction :**
  - BOISSEAU Reynald, Psychiatre, libéral, Montpellier
  - COSTE Florence, Sage-Femme SDN & SDC, Centre Hospitalier, Alès
  - FRANCHITTO Ludivine, Pédopsychiatre, CHU Paule de Viguier, Toulouse
  - DROZ LEGARDEUR Juliette, Gynécologue-Obstétricien, Clinique de l'Union, Toulouse
  - GORY Adélaïde, Sage-Femme Vulnérabilités, Clin St Roch, Montpellier
  - HENRY Véronique, sage-femme Polyvalente, Centre Hospitalier, Perpignan
  - HERVE-ANDRE Emilie, Sage-Femme Enseignante, Département Maïeutique, Montpellier
  - KOJAYAN Rafi, Pédopsychiatre, libéral, Montpellier
  - MARTINEZ, Sage-Femme, Clinique Ambroise Paré, Toulouse
  - MILAN Blanche, IDE Puéricultrice, Clinique St Roch, Montpellier
  - OZIL Florence, Sage-Femme, CDAF, Nîmes
  - POISSON Odile, Sage-Femme Polyvalente, Centre Hospitalier, Perpignan
  - SCETBON Aurelia, Psychiatre, ARSEAA, Labège
  - TOUBIN Rosemarie, Pédopsychiatre, CHU Arnaud de Villeneuve, Montpellier
  - URSO Danièle, Sage-Femme, Clinique Ambroise Paré, Toulouse
- ✓ **Validation :** Conseil scientifique RPO du 09/06/2021

<b>Objet</b>	Ce référentiel traitant des diverses souffrances psychiques et de leurs impacts sur le déroulement des grossesses permet aux professionnels de santé de comprendre les généralités de ces situations et de s'équiper d'outils pour faire face à ces situations dans les meilleures conditions.
<b>Domaine d'application</b>	Ce référentiel s'adresse aux professionnels prenant en charge des patientes enceintes et/ou accouchées et leur conjoint, présentant un antécédent de troubles psychiatrique ou une souffrance psychique en cours. Rédigé sous l'égide du Réseau de Périnatalité Occitanie, ce référentiel est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier.
<b>Documents de référence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liu, Y., KAAYA, S., CHAI, J., Mc Coy, D. C., Surkan, P.J., Black, M. M., Sutter-Dallay, A. L., Verdoux, H., Smith-Fawzi, M C., « Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: a meta-analysis », <i>Psychol Med.</i>, 2017; 47(4): 680-68.</li> <li>• Pawlby et al 2009. « Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: prospective longitudinal community-based study ». <i>J. Affect Disord</i>, vol. 113, p. 236-243,</li> <li>• Wendland, Jaqueline. « Impact des troubles maternels borderline et psychotiques sur les relations mère-enfant : une revue de la littérature », <i>Carnet de notes sur les maltraitances infantiles</i>, vol. 6, no. 1, 2017, pp. 5-27.</li> <li>• Okagbue HI, Adamu PI, Bishop SA, Oguntunde PE, Opanuga AA, Akhmetshin EMJ « Systematic Review of Prevalence of Antepartum Depression during the Trimesters of Pregnancy. » <i>Open Access Maced J Med Sci</i>. 2019 May 14 ;7(9) :1555-1560. Doi : 10.3889/oamjms.2019.270</li> <li>• Bergink V, Rasgon N, Wisner KL. « Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood ». <i>J Psychiatry</i>. 2016 Dec 1 ;173(12) :1179-1188.</li> <li>• Lommerse K, Knight M, Nair M, Deneux-Tharaux C, van den Akker T. « The impact of reclassifying suicides in pregnancy and in the postnatal period on maternal mortality ratios. » <i>BJOG</i>. 2019 Aug ;126(9) :1088-109</li> <li>• Bales M, Pambrun E, Melchior M, et al. « Prenatal psychological distress and access to mental health care in the ELFE cohort. <i>European psychiatry</i> 2015 ; 30 : 322-328</li> <li>• Référentiel : Grossesse et troubles psychiques NGLR 2016</li> <li>• Référentiel : Episode psychiatrique en maternité Maternip 2009</li> </ul>
<b>Abréviations utiles</b>	<p>ASE : aide sociale à l'enfance            ECG : électrocardiogramme            ELFE : étude longitudinale française depuis l'enfance            EPP : entretien prénatal précoce            GO : gynécologue-obstétricien            HAS : Haute Autorité de Santé            IMG : interruption médicale de grossesse            MAP : menace d'accouchement prématuré            MFIU : mort fœtale in utéro            MG : médecin généraliste            MIN : Mort inattendue du nourrisson            OPU : ordonnance de placement en urgence).            PMI : protection maternelle et infantile            SAMU : service mobile médical d'urgence            SF : sage-femme            TT : traitement            TCA : trouble compulsifs alimentaires            TISF : technicien de l'intervention sociale et familiale            TOC : troubles obsessionnels compulsifs            TS : tentative de suicide</p>

# Référentiel

## Sommaire référentiel

I. Contexte .....	3
II. Généralités .....	4
III. Cas de figure N° 1 « La patiente craque en consultation » .....	10
IV. Cas de figure N°2 « Suspicion d'un trouble psychique ».....	11
V. Cas de figure N°3 « Trouble psychique signalé par la femme avec ou sans TT ».....	13
VI. Cas de figure N°4 « Trouble psychique signalé dans les antécédents » .....	15
VII. Cas de figure N°5 « Episodes psychiatriques aigu ».....	16
VIII. Cas de figure N°6 « Evaluation du risque de l'urgence et de la dangerosité suicidaire : echelle de RUD » .....	19

### I. Contexte

La période périnatale est identifiée comme à haut risque de développer des souffrances psychiques pour les devenant parents, qu'il s'agisse d'une pathologie préexistante ou incidente à la puerpéralité.

Outre les souffrances périnatales qu'ils produisent, les troubles psychiatriques sont les premiers facteurs de perturbation des relations précoces entre le nouveau-né et ses parents, engageant de manière significative le développement psychoaffectif de l'enfant, l'adolescent et l'adulte en devenir (1) (2) (3).

Parmi les nombreuses souffrances psychiques pouvant altérer l'intersubjectivité précoce, les troubles de l'humeur représentent les complications les plus fréquentes de la période périnatale, touchant environ 15 % des femmes aussi bien en prénatal qu'en postnatal (4).

Dans un contexte culturel survalorisant la grossesse et la naissance d'un enfant le repérage clinique de ces souffrances psycho affectives est complexe et les troubles sous évalués notamment en anténatal, période où la prévention peut encore se mettre en place de manière déterminante.

Le postnatal est la période de la vie où le risque de décompensation psychiatrique grave, notamment thymique et dissociatif, est le plus élevé (5). Les risques de ruptures de liens, parents-enfants, intra familiaux et thérapeutiques sont alors majeurs et le suicide est la cause la plus fréquente de décès maternel dans la première année, après le grand groupe des maladies cardiovasculaires (6).

Dans le cadre de l'étude longitudinale française depuis l'enfance (ELFE), 12,5 % des femmes enceintes ont déclaré une détresse psychologique en anténatal dont seulement 42 % ont bénéficié d'une consultation spécialisée en psychiatrie et santé mentale et/ou prenaient un traitement psychotrope (7).

Cette sous-évaluation est encore plus importante dans le cas d'autres troubles dont la symptomatologie est silencieuse pendant la grossesse mais à fort risque de décompensation et/ou de troubles relationnels précoces en post partum (pathologies border line et psychotiques notamment).

La souffrance des pères est par ailleurs très peu reconnue et pris en charge dans la période périnatale.

Le repérage de ces souffrances, pathologiques ou non, le plus précocement possible en anténatal représente un enjeu majeur de santé publique. Il permet :

- D'équilibrer une souffrance psychique préexistante ou incidente (mesurer l'indication médicamenteuse, engager un travail psychothérapeutique dont nous savons qu'une fenêtre psychique s'ouvre pendant la grossesse, engager une fonction thérapeutique par l'étayage familial et soignant).
- De mieux prévenir les risques de décompensation en post partum (préparation du soutien en post partum, familial et professionnel, anticipation du suivi spécifique comme la PMI, l'hospitalisation conjointe mère-enfant...).

Repérées le plus tôt possible en anténatal ces souffrances pourront ainsi être prises en charge par un réseau de professionnels travaillant en cohérence et en complémentarité autour de la naissance.

Les expressions de ces souffrances psychiques étant très atypiques durant la grossesse, souvent sur un registre psychosocial, familial et somatique, elles doivent faire l'objet d'un repérage pluri disciplinaire associant l'ensemble des professionnels de la périnatalité.

Ce référentiel s'adresse aux professionnels prenant en charge des patientes enceintes et/ou accouchées et leur conjoint, présentant un antécédent de troubles psychiatrique ou une souffrance psychique en cours.

## II. Généralités

### 1. Les facteurs de risques de décompensation psychique

- ⇒ Antécédent de troubles psychiques (dépression, traitement, hospitalisation).
- ⇒ Séquelles de syndrome post traumatique.
- ⇒ Addictions.
- ⇒ Découverte tardive de la grossesse.
- ⇒ Dénier de grossesse.
- ⇒ Prise en charge obstétricale chaotique (suivi tardif, irrégulier, rendez-vous ratés, nomadisme médical, absence de SF et/ou GO et/ou MG référent).
- ⇒ Multiples consultations aux urgences obstétricales.
- ⇒ Existence de problèmes sociaux ou familiaux.
- ⇒ Enfant(s) placé(s) actuellement ou dans le passé.
- ⇒ Violences, climat d'insécurité intrafamilial.
- ⇒ Exil, parcours migratoire ponctué de violences, tortures, isolement, prostitution.
- ⇒ Mauvais vécu par la mère de l'implication de son partenaire par rapport à la grossesse : absence ou omniprésence.
- ⇒ Séparation du couple au cours de la grossesse.
- ⇒ Malaise ou fragilité perçus chez le futur père.
- ⇒ Antécédent de deuil périnatal (IMG, MFIU, MIN), deuil ou maladie récents d'un proche.
- ⇒ Situation d'évènement pathologique pendant la grossesse (malformations, prématurité, pathologies chroniques...).
- ⇒ Antécédent obstétrical traumatique encore « à vif ».
- ⇒ Déménagement récent, situation d'isolement ou défaut d'étayage de l'environnement.
- ⇒ Harcèlement moral au travail.

### 2. Les objectifs visés

- ⇒ Réduire les risques obstétricaux, pédiatriques et psychiatriques.
- ⇒ Améliorer le déroulement de l'accouchement et son vécu.
- ⇒ Créer une relation de confiance avec les futurs parents.
- ⇒ Soutenir la place du conjoint dès la grossesse.
- ⇒ Coordonner les prises en charge pédiatriques, obstétricales, psychiatriques et sociales.
- ⇒ Anticiper le risque et la prise en charge d'une décompensation en péri-partum et/ou post-partum : notamment le risque accru de dépression du post-partum.
- ⇒ Repérer et limiter les facteurs d'insécurité chez les professionnels.
- ⇒ Améliorer le bien-être maternel et diminuer le stress.

- ⇒ Réduire l'isolement maternel en post-partum.
- ⇒ Favoriser le lien parents/enfant.
- ⇒ Prévenir les troubles du développement chez l'enfant.

### 3. Les ressources à disposition (dans l'idéal)

- ⇒ Le suivi médical de grossesse à risque avec un gynécologue-obstétricien référent.
- ⇒ L'avis de la pharmacovigilance.
- ⇒ L'entretien prénatal précoce et sa fiche de synthèse.
- ⇒ La rédaction et la relecture avec un professionnel de santé d'un projet de naissance en amont de la naissance.
- ⇒ Un professionnel du champ médical en position de coordination (GO, SF cadre, SF addicto et/ou vulnérabilités, SF de PMI).
- ⇒ L'articulation avec le médecin généraliste.
- ⇒ Le suivi par un psychiatre d'adultes, un addictologue et/ou un médecin généraliste.
- ⇒ Les professionnels de PMI.
- ⇒ La consultation anténatale du pédiatre.
- ⇒ Le suivi à domicile par une sage-femme de proximité en anté et postnatal.
- ⇒ La préparation à la naissance et à la parentalité personnalisée et prenant en compte le conjoint.
- ⇒ L'éventuelle orientation vers des psy périnatalistes.
- ⇒ La possibilité d'une hospitalisation en maternité.
- ⇒ Transmissions à l'équipe de la maternité, staff pluridisciplinaire.
- ⇒ Travail en indirect des équipes de psy périnatalité pour les professionnels de périnatalité.
- ⇒ Hospitalisation mère-enfant en post-partum.
- ⇒ Hospitalisation en psychiatrie de la mère.
- ⇒ Services sociaux, centre maternels ou parentaux, ASE, TISF...

### 4. L'organisation du suivi

#### a. Règles élémentaires

- ⇒ L'axe prioritaire doit rester le suivi de grossesse.
- ⇒ Ne pas se laisser « embarquer » par les troubles psychiques de la patiente, rester concentrer sur son champ de compétence.
- ⇒ Ne pas rester seul, se relier à l'équipe de psy périnatalité de la maternité pour parler de la situation.
- ⇒ Explorer l'historique de cette grossesse, les antécédents médicaux, dont psychiatriques, obstétricaux, traumatiques (violences...).
- ⇒ Reprendre les annonces depuis le début de grossesse : conditions de découverte et annonce de la grossesse, annonce de la gémellité, du sexe, pathologies, réaction du partenaire et des grands-parents à l'annonce de la grossesse.
- ⇒ S'enquérir de la réalisation de l'entretien prénatal précoce (EPP) et de l'existence d'une fiche de synthèse.
- ⇒ Puis explorer les troubles psychiques et leur suivi (psychiatre, traitement, dernière consultation...).
- ⇒ Intensifier le suivi médical.
- ⇒ Rechercher l'ensemble des professionnels déjà impliqués dans le suivi de la grossesse y compris le médecin généraliste.

#### b. Définir le niveau de risque obstétrical

Dans tous les cas, un gynécologue-obstétricien référent devra être « désigné » afin de faciliter les éventuelles prescriptions et/ou hospitalisation. Selon le niveau de risque médical défini ci-dessous, le suivi de grossesse se fera par un gynécologue-obstétricien et/ou une sage-femme en alternance.

La grossesse sera considérée à :

- ⇒ Haut risque médical si :
  - Pathologie psychiatrique évolutive, décompensée ou chronique avec ou sans traitement médicamenteux

- Consommation de toxiques (alcoolisations aiguës ou chroniques, héroïne ou traitement de substitution, cocaïne, dérivés morphiniques...)

↳ **Dans ces situations, 2 consultations du suivi de grossesse au minimum seront réalisées par le gynécologue-obstétricien référent en alternance avec une sage-femme.**

⇒ Bas risque médical

- Autres situations complexes du point de vue psychique.  
Le suivi peut être réalisé uniquement par une sage-femme, de préférence avec des prérogatives de coordination et en lien avec un gynécologue-obstétricien désigné référent.

## 5. Modalités d'exploration en consultation

### a. Explorer la gestion de ses notions et sa capacité à rechercher de l'aide

⇒ « A qui avez-vous l'habitude de vous confier en cas de difficultés ? »

### b. La place du futur père, l'environnement familial élargi et amical

⇒ S'enquérir du vécu du futur père :

- La qualité du lien du couple si présence du compagnon.
- Avoir le souci du vécu de l'environnement par rapport à cette souffrance : Sont-ils au courant ? Prennent-ils cette souffrance en compte ?
- Rechercher une personne de l'entourage sur laquelle s'appuyer.

### c. Chercher les facteurs de risque

Cf chapitre 3

### d. Les relations avec les professionnels

- ⇒ Quels sont les professionnels qui s'occupent de vous ?
- ⇒ Actuellement, qui sont les professionnels de confiance ?
- ⇒ Explorer les expériences relationnelles antérieures avec des professionnels de santé.
- ⇒ Rechercher si sentiment de lâchage, perte de confiance, méfiance, erreur médicale.

## 6. Le travail en réseau personnalisé

⇒ Faire partager son expérience de travailler en lien avec d'autres professionnels :

- « J'ai besoin de travailler avec d'autres professionnels pour pouvoir répondre au mieux à vos besoins »
- « Nous allons travailler avec d'autres professionnels à chaque étape de la grossesse »
- « Nous avons du recul par rapport à votre problématique, nous pouvons anticiper les différents risques »
- « Nous avons beaucoup de parents dans cette situation... »

### a. Les modalités d'orientation

- ⇒ Ne pas introduire de nouveaux professionnels avant de connaître ceux déjà en place en amont, ne pas les discréditer, mais plutôt les repositionner si possible.
- ⇒ S'enquérir avec empathie de ce que la patiente a déjà confié aux autres professionnels qui la suivent actuellement.
- ⇒ Orientation prudente pour ne pas susciter une sensation d'être envoyée « ailleurs » et éventuellement lâchée.
- ⇒ Rester en place si orientation, ne pas rester isolé dans la situation.
- ⇒ Personnaliser les orientations vers d'autres professionnels :
  - Les argumenter pour que ça prenne sens pour le couple.
  - Les organiser : outils de transmissions (tel, mail, rencontres...).
  - En attendre des retours ou aller les chercher : le suivi du suivi....

- ⇒ Orienter vers une sage-femme pour un entretien prénatal si celui-ci n'a pas été effectué : porte d'entrée intéressante avant toute orientation. Si l'EPP a été effectué, réadresser à la sage-femme qui l'a fait ou se mettre en lien avec elle.
- ⇒ En cas d'orientation vers un psychiatre ou un psychologue, le lien entre les professionnels des champs somatiques et « psy » est primordial afin d'éviter toute rupture dans le parcours de suivi de grossesse.
- ⇒ +/- tuilage sage-femme libérale proche du domicile avec la sage-femme de PMI.

**Toutes les orientations doivent se faire en accord avec la patiente, le coparent et le référent du suivi de grossesse.**

***b. La fonction de coordination***

- ⇒ Selon les lieux d'exercice et les dispositifs, identifier un professionnel en position de coordination permet de :
  - Garder une vision globale.
  - Anticiper tôt dans la grossesse la fin du suivi de grossesse et le retour au domicile.

***c. Place du médecin généraliste***

C'est l'interlocuteur médical principal de la femme avant et après la grossesse. Il est primordial pour une meilleure continuité et cohérence qu'il soit informé par les professionnels de la grossesse des modalités de suivi, des événements marquants :

- ⇒ Survenue de complications obstétricales.
- ⇒ Mise en place de la PMI.
- ⇒ Introduction d'un suivi psychiatrique...

## **7. Les modalités de transmission**

- ⇒ Anticiper, au cours de la grossesse, les transmissions pour les professionnels de salle d'accouchement et l'équipe de suite de couches.
- ⇒ Se mettre en lien avec les professionnels en place existants. Si existence d'un gynéco-obstétricien référent : penser à le tenir au courant, en accord avec la patiente.
- ⇒ Trouver et exposer des arguments pour faire des liens avec d'autres professionnels de santé :
  - « J'ai appris avec d'autres parents que ça les a aidés quand les professionnels communiquent entre eux... »
  - « Est-ce que vous savez quand votre médecin sera absent ? »
  - « Ça sécurise les professionnels de se parler et se transmettre des éléments vous concernant... »
  - « C'est sécurisant de ne pas rester seul..... »
- ⇒ Discuter de la teneur des transmissions

**Questions à se poser avant toute transmission**  
(HAS 2004 : préparation à la naissance et à la parentalité)

- ⇒ Si je transmets de l'information, c'est dans quel objectif ? Pour aider qui ?
- ⇒ Avec quelle retombée positive espérée ?
- ⇒ Est-ce approprié à la fonction du professionnel concerné ?
- ⇒ L'alliance avec le professionnel à qui je pense parler nécessite-t-elle vraiment cet échange de contenus ?
- ⇒ La femme et/ou le couple à aider sont-ils au courant de cet éventuel passage d'information ? Puis-je me passer de leur accord ?
- ⇒ Comment vais-je formuler la part utile de l'information à transmettre ?
- ⇒ En fonction de tout cela, que vais-je garder pour moi, que vais-je transmettre ?

## 8. Place de l'équipe de psy périnatalité

- ⇒ Évaluer l'intérêt d'une orientation vers le pédopsychiatre ou psychologue de la maternité.
- ⇒ Préférer un contact avec pédopsychiatre et psychologue pour avis (travail indirect).
- ⇒ Évaluer ensemble la situation.
- ⇒ Évaluer le moment de l'adresse vers le « psy » si cela est pertinent.
- ⇒ Comment lui parler de l'orientation vers le « psy » ? « Je connais quelqu'un avec qui je travaille, je lui en parlerai... ».
- ⇒ Aider à la différenciation des places : psychiatre d'adultes ou équipe de psy périnatalité intervenant au titre de l'enfant.

## 9. L'hospitalisation en maternité

- ⇒ Le projet d'hospitalisation doit être clair pour les professionnels comme pour les parents : argumenter l'hospitalisation :
  - Pour quels objectifs ?
  - Pour obtenir quel résultat ?

Les indications	Les objectifs
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Stress maternel (ou angoisse) secondaire à :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un milieu familial pathogène.</li> <li>○ Des dates anniversaires d'évènements traumatiques.</li> <li>○ Des antécédents obstétricaux traumatiques.</li> <li>○ Une vulnérabilité psychologique autre.</li> <li>○ Antécédents de violences sexuelles.</li> </ul> </li> <li>✓ Prévention d'une hospitalisation en urgence pour souffrance psychologique.</li> <li>✓ Dépression ou pathologie psychiatrique anténatale.</li> <li>✓ Situation de fragilité psychosociale nécessitant une évaluation pluridisciplinaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prévenir MAP et accouchements dystociques.</li> <li>✓ Éviter des décompensations autour de la naissance.</li> <li>✓ Se familiariser au lieu de naissance.</li> <li>✓ Pouvoir exprimer ses peurs aux professionnels qui seront là autour de la naissance.</li> <li>✓ Recentrer sur la grossesse.</li> <li>✓ Prévenir les troubles de l'attachement.</li> <li>✓ Évaluer la nécessité d'un traitement psychotrope.</li> <li>✓ Effectuer un bilan anténatal pour prévenir la décompensation en postnatal.</li> <li>✓ Ajuster le projet du post partum.</li> </ul>

### Conditions indispensables :

- ⇒ L'implication d'un GO référent et de la sage-femme coordinatrice de la maternité (cadre) ou sage-femme coordinatrice addictions/vulnérabilités lorsqu'elle existe.
- ⇒ Définir le temps d'hospitalisation : début et énoncés d'emblée, plutôt de courte durée, autour de 48h.
- ⇒ Interventions des équipes de psy périnatalité et de psychiatrie d'adultes pendant toute la durée de l'hospitalisation, en interventions directes ou indirectes selon les organisations et parcours de soins du territoire.
- ⇒ Intervention quotidienne du psychiatre d'adultes avec retour d'information à l'équipe de maternité, ne fait pas de prescriptions par téléphone.

### Organisation de l'hospitalisation :

- ⇒ Par un professionnel en place de coordination, avec un programme précis par journée d'hospitalisation : consultations des intervenants : Qui ? Quand ? Dans quel ordre ? Quels examens ? Quels bilans sanguins ? Monitoring, échographie...
- ⇒ Définir le rôle de chaque professionnel du service d'hospitalisation : sage-femme, gynéco, aides-soignantes, équipe de psy périnatalité, assistante sociale...
- ⇒ Préparer avec la patiente des transmissions écrites et orales pour l'équipe d'hospitalisation. Préparer une réunion pluridisciplinaire pendant le séjour selon les cas.
- ⇒ Transmettre la synthèse de l'hospitalisation au réseau de proximité de la famille : médecin généraliste, sage-femme libérale et/ou PMI...

**Commentaires :**

- ⇒ Une hospitalisation de jour peut être suffisante :
  - Permet d'évaluer l'évolution de l'état émotionnel de la femme.
  - Mais dans des conditions d'accueil à définir selon les besoins et les objectifs\_ : une patiente par chambre, cocooning des sage-femmes possible, organisation préalable des RDV...
  - Elle peut aussi être une porte d'entrée à une hospitalisation-plus longue.
- ⇒ L'hospitalisation en maternité pour raisons psychologiques ne vient pas se substituer à une hospitalisation en service de psychiatrie des femmes présentant une décompensation psychiatrique (dépression grave, décompensation délirante d'un trouble bipolaire ou d'une pathologie psychotique...).

### III. Cas de figure N° 1

## La patiente « craque » en consultation

#### 1. Du côté de la patiente

- ⇒ Après s'être effondrées, certaines vont :
  - Se sentir mieux après.
  - Se sentir mal d'avoir montré leurs émotions par manque d'habitude.
  - Minimiser : « ce n'est rien »

#### 2. Du côté du professionnel

- ⇒ Ne pas banaliser, fausse-réassurance : « Ce n'est rien... ; Ce n'est pas grave... ; Vous n'êtes pas la seule... ; Ça va passer... ; Ne vous inquiétez pas, ça va aller »
- ⇒ Ne pas s'affoler et se précipiter.
- ⇒ Ne pas rester isolé : solliciter en indirect l'équipe de psy périnatalité si la confiance vous met en insécurité.
- ⇒ Reformuler :
  - « *Je sens, je perçois que vous n'êtes pas bien* », « *je vois que ça ne va pas bien* », « *ce que je vous dis provoque beaucoup d'émotions* ».
- ⇒ Explorer les éléments ci-dessous ou adresser à un professionnel pour le faire :
  - Comment gère-elle ses émotions ? Garde-t-elle tout pour elle habituellement ?
  - Chercher les deuils récents, des événements récents douloureux : maladie grave dans l'entourage, problèmes professionnels.
  - Demander à qui elle en a déjà parlé avant vous.
  - Engagement : la revoir rapidement après cette confiance.
  - Reprendre les annonces depuis le début de grossesse : annonce de la gémellité, du sexe, visite de la salle d'accouchement, réaction paternelle et des grands-parents à l'annonce de la grossesse.
  - La place du futur père, l'environnement familial élargi et amical.
  - Les professionnels de santé la prenant en charge, autour d'elle :
    - \* Qui sont les professionnels de confiance ?
    - \* À quel professionnel en a-t-elle parlé ?
    - \* Qu'en a-t-il fait ?
- ⇒ Prendre le temps de l'écouter. Si ce n'est pas possible, l'orienter vers quelqu'un avec un lien direct. Celui qui reçoit la confiance sera le meilleur référent. Il doit rester impliqué si possible jusqu'au postnatal et transmettre à la personne qui continuera le suivi (notion de référent pendant la grossesse).

#### 3. Modalités de travail en réseau (orientation, liens interprofessionnels...)

- ⇒ Entretien prénatal si non effectué : outil de choix, récupérer la fiche de synthèse auprès de la patiente.
- ⇒ Si EPP effectué, réadresser à la sage-femme qui l'a fait.
- ⇒ Ne pas introduire de nouveaux professionnels avant de connaître ceux qui sont déjà en place en amont.
- ⇒ Orientation prudente pour ne pas susciter une sensation d'être envoyée « ailleurs » et éventuellement « lâchée ».

## IV. Cas de figure N°2

# Suspicion d'un trouble psychique

### 1. Signes pouvant évoquer un trouble psychique

**Perception par le professionnel d'un décalage entre ce qui est dit et montré.**

- ⇒ Répète les mêmes questions alors qu'on y a répondu.
- ⇒ Se comporte de façon inadéquate, inadaptée par rapport à sa grossesse. Semble ailleurs : est là sans être là, regard fuyant.
- ⇒ Se confie sur le pas de la porte.
- ⇒ Adopte un comportement d'évitement et de fuite : « Madame tout va bien ».

#### a. Du côté du professionnel

- ⇒ Ne pas faire « l'autruche » : Verbaliser à la patiente son ressenti ou son inquiétude, prendre le temps d'ouvrir le dialogue pour explorer le malaise :
  - « Je ne vous sens pas bien »
  - « Vous me paraissez... »
  - « J'ai l'impression que... »
  - « Je suis inquiète pour vous »
- ⇒ Rechercher les facteurs de risque existants :
  - Antécédent de troubles psychiques (dépression, traitement, hospitalisation.).
  - Addictions
  - Découverte tardive de la grossesse
  - Dénier de grossesse
  - Prise en charge obstétricale chaotique (suivi tardif, irrégulier, rendez-vous ratés, nomadisme médical, absence de SF et/ou GO et/ou MG référent)
  - Multiples consultations aux urgences obstétricales.
  - Existence de problèmes sociaux ou familiaux
  - Enfant(s) placé(s) actuellement ou dans le passé.
  - Violences, climat d'insécurité intrafamilial
  - Mauvais vécu par la mère de l'implication de son partenaire par rapport à la grossesse : absence ou omniprésence
  - Séparation du couple au cours de la grossesse.
  - Malaise ou fragilité perçus chez le futur père.
  - Antécédent de deuil périnatal (IMG, MFIU, MIN), deuil ou maladie récents d'un proche
  - Situation d'évènement pathologique pendant la grossesse (malformations, prématurité pathologie chronique...)
  - Déménagement récent, situation d'isolement ou défaut d'étayage de l'environnement
  - Harcèlement moral au travail.
- ⇒ Avancer le prochain rendez-vous.
- ⇒ Parler de la situation avec le « psy » référent de la maternité pour un soutien indirect.

**Si ce n'est pas possible, l'orienter vers quelqu'un avec un lien direct.**

#### b. Du côté de la patiente

- ⇒ Amorcer d'un lien de confiance :
  - La femme se confie.
  - Disparition du malaise perçu ou la patiente s'effondre (cf. Cas de figure n4).
- ⇒ Ne vient pas au rendez-vous :

- Rappeler la patiente+++
- ⇒ La femme se verrouille davantage :
  - Reste verrouillée à la consultation suivante.
  - Persistance du malaise perçu.

### **c. Modalités d'orientation**

- ⇒ Entretien prénatal si non effectué : outil de choix. Récupérer la fiche de synthèse auprès de la patiente.
- ⇒ Si EPP effectué, réadresser à la sage-femme qui l'a fait.
- ⇒ Ne pas introduire de nouveaux professionnels avant de connaître ceux qui sont déjà en place en amont.
- ⇒ Orientation prudente pour ne pas susciter une sensation d'être envoyée « ailleurs » et éventuellement « lâché ».

## V. Cas de figure N°3

# Trouble psychique signalé par la femme, avec ou sans traitement

### 1. Pathologie diagnostiquée et prise en charge actuelle

- ⇒ Dépressions, troubles de l'humeur, angoisse pathologique, troubles des conduites alimentaires (TCA = anorexie, boulimie), addictions, phobies sociales, troubles obsessionnels compulsifs (TOC), états délirants, troubles de personnalités limites...

### 2. Suivi de la grossesse

- ⇒ Nous recommandons de suivre ces grossesses comme des grossesses à haut risque avec au moins un avis (objectif = 2 visites) d'un gynécologue-obstétricien et/ou un suivi conjoint SF/GO.

#### a. Au premier trimestre

- ⇒ Demander à quel professionnel elle en a déjà parlé avant vous. Qu'en a-t-il fait ?
- ⇒ Consultation mensuelle avec gynéco-obstétricien référent et/ou sage-femme.
- ⇒ Prévenir échographiste si traitement.
- ⇒ Identifier le professionnel en position de coordination.
- ⇒ Se mettre en lien avec le psychiatre d'adultes ou l'addictologue ou médecin généraliste.

Réintroduire le psychiatre au moins pour un avis si le suivi est actuellement effectué par un médecin généraliste +/-ajustement du traitement psychotrope.

- ⇒ Orientation sur l'équipe de psy périnatalité lorsque la maternité en dispose.
- ⇒ Avis pharmacovigilance si traitement.

#### ❖ Remarque

Le traitement peut inquiéter l'entourage qui souhaite souvent qu'il soit arrêté. Pas d'arrêt de traitement sans avis du prescripteur habituel.

#### b. Au deuxième trimestre

- ⇒ Consultation mensuelle avec gynéco-obstétricien référent et/ou sage-femme.
- ⇒ Suivi par le professionnel de coordination.
- ⇒ Début préparation à la naissance et à la parentalité plutôt axée sur les sensations et bien-être corporel (piscine, positions, ballon, haptonomie, yoga...).
- ⇒ Hospitalisation courte en maternité si besoin.

#### c. Au troisième trimestre

- ⇒ Consultation mensuelle ou plus selon les cas par le gynéco-obstétricien référent et/ou la sage-femme.
- ⇒ Hospitalisation courte en maternité si besoin.

- ⇒ Consultation pédiatrique anténatale si traitement ou produits.
- ⇒ Sage-femme à domicile à discuter (PMI et/ou libérale). Important d'introduire la PMI (SF et/ou Puer) pour faciliter la continuité en post natal.
- ⇒ Consultation préanesthésique.
- ⇒ Visite anténatale du service.
- ⇒ Évaluation des besoins de soutien parental en post natal : TISF, Hospitalisation mère/enfant, PMI....
- ⇒ Entretien avec les deux parents avant l'accouchement par le professionnel de coordination pour préparer l'accueil en salle de naissance, l'hospitalisation et les transmissions.

### 3. Organisation de l'hospitalisation à la maternité

- ⇒ Lien avec le psychiatre, l'addictologue ou le médecin généraliste :
  - Quels sont les traitements à poursuivre pendant l'hospitalisation ?
  - Qui interviendra à la maternité si besoin ?
- ⇒ Consignes du pédiatre pour la prise en charge de l'enfant :
  - Hospitalisation ou pas de l'enfant ?
  - Conduite à tenir pour l'allaitement maternel ?

### 4. Anticipation de la sortie de la mère et de l'enfant

- ⇒ Organiser l'intervention à domicile dans les 3 jours qui suivent la sortie pour la mère et pour l'enfant : puéricultrice de PMI et /ou sage-femme libérale. Avec réalisation de l'entretien post-natal précoce
- ⇒ Visite post-natale pour la mère avec GO ou SF.
- ⇒ Prise de RDV pour le suivi de l'enfant :
  - Avec le médecin.
  - Visites à domicile.
- ⇒ Si nécessaire envisager :
  - Des mesures de protection de l'enfant.
  - L'hospitalisation mère/enfant.
  - L'hospitalisation de la mère.
- ⇒ Prise de RDV avec le psychiatre ou médecin généraliste.

#### ❖ Remarque :

Une visite anté-conceptionnelle doit être envisagée pour la grossesse suivante (organisation de consultation conjointe psychiatre, GO ?).

## VI. Cas de figure N°4

# Trouble psychique signalé dans ses antécédents

### 1. La notion d'antécédents « psy » recouvre des entités très diverses, de quoi s'agit-il ?

- ⇒ Prise en charge psychologique ambulatoire pendant l'enfance, l'adolescence ou la vie adulte.
- ⇒ Séjour hospitalier en secteur de pédopsychiatrie ou de psychiatrie.
- ⇒ Prise antérieure de médicaments psychotropes, drogues ou alcool. Symptômes divers : anxiété, dépression, phobies, TCA, troubles du sommeil, tentative de suicide, trouble de l'humeur.

**Ne pas explorer d'emblée l'antécédent psychiatrique pour ne pas se focaliser sur cet aspect : s'intéresser d'abord au début de cette grossesse et de son contexte.**

### 2. Suivi de la grossesse

- ⇒ Évaluer l'état émotionnel actuel de la patiente :
  - Est-ce que l'antécédent psychiatrique a un impact sur la grossesse ?
  - Est-ce que la grossesse réactive des troubles psychiques ?
- ⇒ Définir le niveau de risque de la grossesse :
  - Nous recommandons de suivre ces grossesses comme des grossesses à haut risque avec au moins un avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou un suivi conjoint SF/GO.
- ⇒ Explorer l'antécédent :
  - Le contexte de survenu des troubles psychiques hors grossesse ou uniquement lors des grossesses.
  - Le type de prise en charge : suivi par médecin généraliste, psychiatre.
  - Antécédent de prise de psychotropes : durée du traitement, date d'arrêt, persistance d'une automédication, prise jusqu'à la découverte de la grossesse.
  - Si poursuite du traitement : cf. cas de figure 3.
  - Si arrêt du traitement en début de grossesse : cf. fiche « grossesse et médicaments psychotropes ».
  - Les délais depuis la dernière décompensation.
  - Les réactions personnelles : isolement, automédication, difficulté de compliance au suivi proposé, fuite dans le travail.
  - Les réactions de l'entourage : indifférence, effondrement, soutien.
  - Le recul de la patiente vis-à-vis des antécédents psys : « avez-vous compris ce qui vous est arrivé ? Est-ce aussi douloureux ? Comment vous sentez-vous par rapport à cet événement ? »

### 3. Modalités d'orientation

- ⇒ Ne pas orienter d'emblée vers le psy au titre de ses propres inquiétudes :
  - Avis en indirect auprès du psy de la maternité.
  - Revoir la patiente plus rapidement (15 jours au plus tard).
  - Si vous ne l'êtes pas, se mettre en lien avec le professionnel qui suit la grossesse (gynécologue-obstétricien ou sage-femme).

## VII. Cas de figure N°5

### Episodes psychiatriques aigus

#### 1. Les symptômes psychotiques

Trois symptômes « clés » importants à connaître, ils s'accompagnent fréquemment d'angoisses importantes.

<p><b>Délires</b></p> <p><i>Croyances manifestement erronées concernant la réalité extérieure, maintenues en dépit de l'opinion générale et de la présence de preuves contraires, différentes des idées acceptées par le groupe culturel.</i></p>	<p>4 thèmes fréquents :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Délire de persécution (la personne est victime de malveillance)</li> <li>- Idées de référence (événements extérieurs perçus comme ayant une signification particulière en lien avec soi)</li> <li>- Délire mégalomane (surestimation de sa propre importance ou de ses capacités)</li> <li>- Somatique (conception délirante du fonctionnement corporel)</li> </ul>
<p><b>Hallucinations</b></p> <p><i>Perceptions sans objet, ce qui implique le passage par des voies sensorielles.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les plus fréquentes sont auditives (bruits, voix)</li> <li>- Puis visuelles et cénesthésiques (décharges électriques, ondes)</li> <li>- Tous les sens peuvent être touchés (goût et l'odorat)</li> </ul>
<p><b>Désorganisation</b></p> <p><i>Perte de continuité et de cohérence dans la pensée, les propos, ou le comportement.</i></p>	<p>Elle peut se manifester dans le discours : propos hermétiques, flous, avec des enchaînements d'idées non compréhensibles</p>

#### 2. Les signes de gravité

Importants à repérer car associés à un risque accru de comportements à risque :

- envers la mère elle-même
- envers l'enfant né ou à naître
- envers les professionnels

<p><b>L'agitation psychomotrice</b></p>	<p>D'autant plus préoccupante qu'elle est inaccessible au contact verbal et à la réassurance. Les passages à l'acte sur soi-même, d'autres personnes ou des objets sont aussi des facteurs de gravité.</p>
<p><b>La désorganisation majeure du cours de la pensée et du comportement</b></p>	<p>Discours ou comportements non compréhensibles, impulsifs, avec une imprévisibilité. Contact et anticipation des actes difficiles.</p>
<p><b>Les délires centrés sur l'enfant</b></p>	<p>Délires de possession (bébé possédé ou habité par une force maléfique). Délires de substitution (enfant volé ou remplacé). Risque de fugue, de violence ou d'enlèvement.</p>
<p><b>Les syndromes d'influence</b></p>	<p>Hallucinations (auditives souvent) dictant le comportement de la patiente par des injonctions.</p>

### 3. Proposer un entretien

⇒ Objectifs : repérer les symptômes et les éventuels signes de gravité

⇒ Cadre de l'entretien

-Apaisant et sécurisé (éviter les discussions dans les couloirs, en présence de public)

-En présence d'un tiers, en particulier en cas de signes de gravité.

-Les agents de sécurité peuvent être sollicités si état d'agitation psychomotrice

⇒ Conduite de l'entretien

-**Écouter** : afin de renforcer l'alliance et d'apaiser la patiente.

-**Face à des propos délirants** : ne **pas** contredire, **ni** aller dans le sens de la patiente. Adopter une position de juste milieu : écouter et à reconnaître les éléments de souffrance verbalisés par la patiente, sans pour autant adhérer aux explications de ce ressenti. Par exemple « *j'ai du mal à imaginer que l'on ait essayé de vous empoisonner à l'hôpital, mais je perçois bien que cette pensée vous inquiète et je comprends tout à fait qu'elle puisse vous faire paniquer ...* »

-**Rechercher des cibles communes ou des points d'entente** avec la patiente. Se centrer sur l'angoisse générée par l'idée délirante plutôt que sur la véracité de cette idée. Parler du but commun de bonne santé pour la patiente et pour son bébé.

-**Recherche des symptômes psychotiques** : exemple de questions

<b>Délires de persécution</b>	« <i>Actuellement, des personnes essayent-elles de vous faire du mal, de vous nuire ?</i> »
<b>Idees de référence</b>	« <i>Avez-vous remarqué que les gens parlent de vous dans la rue, quand vous passez devant eux ?</i> » « <i>Quand vous écoutez la radio ou la télévision, repérez-vous des signes ou des messages que l'on essaye de vous faire passer ?</i> »
<b>Délires mégalomaniaques</b>	« <i>Pensez-vous posséder des capacités particulières ?</i> » « <i>Avez-vous un rôle à jouer sur terre ?</i> » « <i>Avez-vous des relations particulières avec des forces surnaturelles ?</i> »
<b>Délires somatiques</b>	« <i>Avez-vous remarqué qu'il se passait des choses bizarres dans votre corps ?</i> »
<b>Hallucinations</b>	« <i>Entendez/voyez/sentez – vous des choses inhabituelles ou que les autres autour de vous ne perçoivent pas ?</i> »

### 4. Mesures à prendre

#### d. La protection de l'enfant

La mère **NE DOIT PAS** rester seule avec le bébé si signes de gravité.

- Si présence d'une famille adaptée + dans l'alliance avec l'équipe de soins :
  - Présence permanente en chambre d'un proche de confiance.
  - Ou relai du proche auprès du bébé si la mère doit être transférée (risque de passage à l'acte).
  - Prendre le temps d'évaluer les compétences et besoins de la famille avant la sortie.
  - Faire appel à la PMI.

- En cas de doute, d'évaluation impossible, de refus d'aide par la famille : rédiger une information préoccupante (au conseil départemental) pour une évaluation au domicile.
- En l'absence d'entourage joignable ou s'il n'a pas la capacité d'assurer les soins au bébé :
  - Confier le bébé à l'équipe ou en pédiatrie, rencontres mère-bébé en présence de l'équipe.
  - Rédiger un signalement au procureur de la république pour enfant en danger.
  - Celui-ci pourra alors décider d'une OPU (Ordonnance de Placement en Urgence).

#### e. Isolement et réassurance

Afin de limiter agitation et angoisse.

#### f. Demande d'un avis psychiatrique en urgence

- ⇒ Psychiatre de la maternité, ou aux urgences psychiatriques, avec appel du Samu si nécessaire.
- ⇒ Pas de sortie de l'établissement dans l'attente de cet avis.

#### g. Mise en place d'un traitement médicamenteux

- ⇒ Pour diminuer agitation et angoisse.
- ⇒ A proposer par voie oral en priorité (ou en injection intramusculaire si refus de la patiente et que son état nécessite une sédation).

Si la patiente est enceinte ou allaite	En l'absence de grossesse
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ LARGACTIL 100 mg per os</li> <li>✓ ou HALDOL 5 mg per os</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ LOXAPAC 50 ou 100 mg (jusqu'à 300 mg par jour, en 3 prises).</li> </ul>

#### h. Surveillance du traitement

- ⇒ ECG au préalable (pour rechercher une contre-indication : élargissement du QT, qui augmente le risque de torsade de pointe, attention quand vomissements de grossesse).
- ⇒ Sauf en cas d'urgence, quand l'état de la patiente n'en permet pas la réalisation.
- ⇒ À la suite de l'administration du traitement : surveillance par monitoring : TA, pouls et conscience horaire (et fœtus si nécessaire).
- ⇒ Informer les équipes pédiatriques en cas d'accouchement imminent ou d'allaitement.
- ⇒ Examen clinique, biologie et scanner cérébral pour éliminer une cause organique.

## VIII. Cas de figure N°6

# Evaluation du risque, de l'urgence et de la dangerosité suicidaire : échelle de RUD

### 1. Facteurs de risque

#### Individuels et personnels

- ⇒ Age + 65 ans
- ⇒ Sexe masculin
- ⇒ Antécédents de TS
- ⇒ Antécédents familiaux de suicide
- ⇒ Danger de trouble psychiatrique/de la personnalité
- ⇒ Abus/dépendance à l'alcool/drogues
- ⇒ Isolement affectif/social
- ⇒ Impulsivité/Agressivité
- ⇒ Problèmes de santé physique
- ⇒ Difficultés financières
- ⇒ Problèmes avec la loi

#### Familiaux

- ⇒ Maltraitance durant l'enfance
- ⇒ Séparation/Abandon/Pertes précoces durant l'enfance
- ⇒ Trouble mental/Toxicomanie chez les parents

#### Facteurs protecteurs

- ⇒ Entourage familial et social
- ⇒ Enfants à domicile
- ⇒ Croyance religieuse forte
- ⇒ Sentiment d'intégration dans la communauté

RISQUE	Faible	Moyen	Elevé
--------	--------	-------	-------

### 2. Urgences

	1	2	3	4	5	6	7
Contenu	Idées suicidaires floues, brèves	Idées suicidaires occasionnelles (quelques fois/semaine)	Idées suicidaires quotidiennes	Principale solution mais pas de planification	Scénario envisagé mais pas de date fixée	Projet suicidaire envisageable dans les 48h	Projet suicidaire immédiat

URGENCE	Faible	Moyenne	Elevée
---------	--------	---------	--------

### 3. Dangerosité

- ⇒ Scenario Oui/Non
- ⇒ Accessibilité Oui/Non
- ⇒ Moyen légal Oui/Non
- ⇒ Projet altruiste Oui/Non

DANGEROUSITE	Faible	Moyenne	Elevée
--------------	--------	---------	--------

#### Quand utiliser la RUD en maternité :

- Patiente qui consulte **pour motif psychiatrique** et/ou **détresse** psychologique.
- Patiente qui consulte pour raison gynécologique ou obstétricale **Et qui exprime une détresse** psychologique et des idéations suicidaires.
- Patiente qui consulte pour **violences conjugales**.

#### Comment utiliser la RUD :

- Interrogatoire réalisable par tout soignant.
- Evaluation du risque global de passage à l'acte est à l'appréciation du clinicien en fonction du nombre de cas cochés et du degré d'Urgence et de Dangerosité. Il n'y a pas de barème.
- **En cas de risque suicidaire global jugé moyen à élever** : garder la patiente hospitalisée + solliciter un avis psy si possible OU transférer aux urgences psychiatriques (éventuellement faire appel au SAMU).

#### Comment poser les questions :

- **Le plus simplement et le plus directement possible (par exemple : vous sentez-vous isolée ? Au niveau affectif ? Familial ? Social ? ...Vous êtes-vous déjà fait du mal ? Tenté de vous suicider ?)**
- **Il faut prendre le temps, et se montrer à l'écoute et disponible pour la patiente**
- **Par rapport à la question : « Danger de trouble psychiatrique/de la personnalité »** : Avez-vous déjà été suivie par un psychiatre ? Depuis quand ? Combien de temps ? Déjà été hospitalisée en psychiatrie ? Déjà été soignée pour des problèmes de moral ? Par quels médicaments ? Vous a-t-on dit que vous souffriez d'une maladie psychiatrique particulière ?
- **Par rapport à la question : « Impulsivité/Agressivité »** : Vous mettez-vous en colère facilement ? Pensez-vous avoir parfois du mal à vous maîtriser ? Vous arrive-t-il de taper dans les murs, de casser des objets ? Vous arrive-t-il de vous taper ou de vous faire mal ? De taper votre conjoint ? Vos enfants ?
- **Par rapport à la question : « Antécédents familiaux »** : Diriez-vous que vous avez eu une enfance difficile ? Pensez-vous avoir vécu dans votre enfance des événements très douloureux/traumatisants ? Pensez-vous avoir été bien sécurisée avec vos parents quand vous étiez petite ? Vos parents ont-ils eu des problèmes de santé psychique ou d'addiction ?

#### Pour explorer les idées suicidaires :

**Il n'y a pas de risque de déclencher des passages à l'acte en explorant des idées suicidaires, au contraire...**

- Pensez-vous parfois à la mort ? A vous faire du mal ?
- **Si OUI** : Pensez-vous parfois à mettre fin à vos jours ? ....
- **Si OUI** : Combien de fois par semaine ? par jour ?
- Pensez-vous qu'il y ait d'autres solutions possibles pour aller mieux ?

- **Si NON** : Avez-vous déjà imaginé un moyen pour vous donner la mort/en finir ?
- **Si OUI** : Lequel ?
- Avez-vous ce moyen à disposition (une arme à feu/une corde/accumulé des médicaments ?)
- Y-a-t-il des personnes ou des pensées qui vous retiennent d'agir (enfants, parents, Dieu...) ?
- Pensez-vous emmener avec vous vos proches / vos enfants ? (Suicide altruiste)