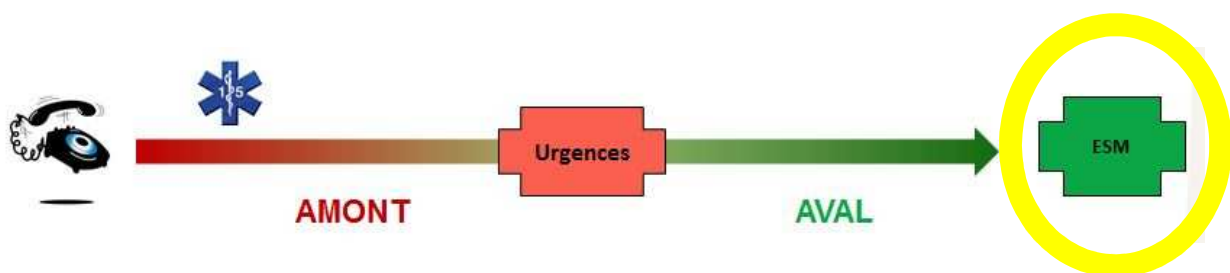


NOM DOCUMENT :	BPF_ACCUEIL D'UN PATIENT RELEVANT DE SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT DANS UN ETABLISSEMENT HABILITE		
TYPE :	Bonne Pratique Fondamentale <input checked="" type="checkbox"/>	Procédure	<input type="checkbox"/>
REDACTEUR :	Michaël LEJWI Estelle JEGOT	Fonction :	Médecin urgentiste Chargée de mission RTU
ORGANISATION OU ETABLISSEMENT :	Groupe régional SPSC PACA		
STATUT :	Validé <input checked="" type="checkbox"/>	Proposé / non validé	<input type="checkbox"/>
DATE :	12/02/2014	Version :	V1.0
PHASE :	Amont <input type="checkbox"/>	Urgences	<input type="checkbox"/>
		Aval	<input checked="" type="checkbox"/>
ETAPE :	Etablissement psychiatrique		
RESUME :	Le document présente les modalités d'organisation pour accueillir un patient relevant de soins psychiatriques sans consentement dans un établissement habilité.		
MOTS CLES :	psychiatrie, soins psychiatriques sans consentement, SDRE, SPDT, péril imminent, CIT, examen somatique, lits disponibles, SDDE		



Sommaire

1	OBJECTIF	3
2	REGLEMENTATION	3
3	PROFESSIONNELS CONCERNES.....	4
4	DESCRIPTION.....	5
4.1	LES EXAMENS SOMATIQUES	5
4.2	LA GESTION DES LITS.....	6
4.3	L'HOPITAL EN TENSION	6
5	GLOSSAIRE	7
6	ANNEXE : GROUPE REGIONAL SPSC PACA	8

1 OBJECTIF

Des difficultés récurrentes dans la totalité des territoires de santé de la région PACA au sujet de la prise en charge des patients relevant de Soins Psychiatriques Sans Consentement (SPSC) sont décrites dans les Fiches d'Événements Indésirables (FEI) régionales. Par conséquent, l'Instance Collégiale Régionale (ICR) a demandé en priorité un travail sur cette problématique.

L'objectif de ce document est de décrire les bonnes pratiques fondamentales (BPF) à mettre en œuvre pour accueillir en urgence un patient relevant de soins psychiatriques sans consentement (SPSC) dans un établissement psychiatrique.

Il convient dans un premier temps d'organiser les soins somatiques du patient, puis de le prendre en charge en urgence, ensuite de gérer la disponibilité des lits pour accueillir ce patient relevant de SPSC, enfin de considérer une situation de tension lorsque l'établissement ne peut plus héberger de nouveaux patients.

Ces BPF ont été définies et validées en 2014 par le groupe de travail régional SPSC PACA (cf. annexe). Le **parcours du patient** est décrit **depuis son examen somatique jusqu'à son placement dans un lit adapté à sa pathologie, tout en passant par sa prise en charge psychiatrique en urgence.**

2 REGLEMENTATION

Extraits du code de la santé publique :

Article L3211-2-2

Lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques en application des chapitres II ou III du présent titre, elle fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète.

Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet de la personne et un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission définies aux [articles L. 3212-1](#) ou [L. 3213-1](#). Ce psychiatre ne peut être l'auteur du certificat médical ou d'un des deux certificats médicaux sur la base desquels la décision d'admission a été prononcée.

Dans les soixante-douze heures suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi dans les mêmes conditions que celles prévues au deuxième alinéa du présent article.

Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, le psychiatre propose dans le certificat mentionné au troisième alinéa du présent article la forme de la prise en charge mentionnée aux 1° et 2° du I de l'article [L. 3211-2-1](#) et, le cas échéant, le programme de soins. Cette proposition est motivée au regard de l'état de santé du patient et de l'expression de ses troubles mentaux.

Article L3211-2-3

Lorsqu'une personne remplissant les conditions pour être admise en soins psychiatriques prévues aux chapitres II et III du présent titre est prise en charge en urgence par un établissement de santé qui n'exerce pas la mission de service public mentionnée au 11° de l'article [L. 6112-1](#), son transfert vers un établissement exerçant cette mission est organisé, selon des modalités prévues par convention, dans des délais adaptés à son état de santé et au plus tard sous quarante-huit heures. La période d'observation et de soins initiale mentionnée à [l'article L. 3211-2-2](#) prend effet dès le début de la prise en charge.

Article D6124-26-6

Lorsque l'analyse de l'activité d'une structure des urgences fait apparaître un nombre important de passages de patients nécessitant des soins psychiatriques, la structure comprend en permanence un psychiatre.

Lorsque ce psychiatre n'appartient pas à l'équipe de la structure des urgences, il intervient dans le cadre de la convention prévue à l'article D. 6124-26-8.

Dans le cas autre que celui prévu au premier alinéa, un psychiatre peut être joint et intervenir, en tant que de besoin, dans les meilleurs délais, dans le cadre de la convention prévue à l'article D. 6124-26-8.

Article D6124-26-8

Lorsqu'il n'est pas autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie, l'établissement autorisé à faire fonctionner une structure des urgences et un ou plusieurs établissements mentionnés au 1° de l'article L. 3221-1 intervenant dans le territoire de santé de médecine d'urgence concluent entre eux une convention.

Cette convention précise les conditions de mise en œuvre des dispositions des articles D. 6124-26-6 et D. 6124-26-7.*

Cette convention indique également les modalités selon lesquelles la structure des urgences assure ou fait assurer, s'il y a lieu, le transfert des patients dont l'état exige qu'ils soient pris en charge par un établissement de santé autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie, dans le respect des dispositions du second alinéa de l'article L. 3211-1 et de l'article L. 3222-1.

3 PROFESSIONNELS CONCERNES

- MEDECINS REGULATEURS
- MEDECINS DE LA PDSA
- MEDECINS URGENTISTES
- MEDECINS PSYCHIATRES DES ETABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES
- PSYCHIATRE DE LA PDSES
- PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL DES ETABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES
- DIRECTEURS DES ETABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES

4 DESCRIPTION

4.1 Les examens somatiques

QUI : MEDECIN SOMATICIEN, MEDECIN PSYCHIATRE

PRINCIPES :

Le patient souffrant de troubles mentaux peut bénéficier de 2 types d'examens somatiques : légal et étiologique.

Les établissements psychiatriques sectorisés doivent s'organiser pour que l'examen somatique **légal** soit réalisé dans leur établissement lors d'une admission:-

- Cet examen doit être réalisé dans les 24h qui suivent la prononciation de la mise en SPSC.
- Cet examen comprend :
 - Les constantes, dont saturation et glycémie capillaire, sans oublier l'évaluation de la douleur, la tension artérielle et la fréquence cardiaque
 - L'examen physique du patient.
- Tout médecin exerçant en établissement sectorisé peut réaliser cet examen somatique. L'établissement peut organiser l'intervention dans les 24h d'un médecin somaticien.

Le patient bénéficie d'un bilan somatique à visée **étiologique** chaque fois que nécessaire :

- *plainte somatique*
- *patient non connu des services de psychiatrie*
- *intoxication supposée ou avérée*
- *état de conscience évoquant une confusion.*

Ce bilan se décline comme suit :

- *les constantes obligatoires légales (saturation, glycémie capillaire, température, pouls, tension, évaluation chiffrée de la douleur)*
- *l'examen physique*
- *tous les examens complémentaires nécessaires.*

L'ensemble des constatations cliniques somatiques doivent être transmises à l'équipe psychiatrique. Elles doivent figurer dans le dossier patient.

4.2 La gestion des lits

QUI : Directeur d'établissement

PRINCIPES ET MOYENS :

Le directeur de l'établissement psychiatrique de référence sollicité pour l'accueil d'un patient relevant de SPSC a la responsabilité de l'organisation de l'admission de celui-ci :

- Il a la charge de trouver une place, à défaut d'en avoir une, dans un autre établissement.
- Dans l'hypothèse où il s'agit d'un patient hospitalisé hors secteur, l'établissement s'organise pour transférer le patient dans les meilleurs délais vers l'établissement ad hoc.
- Ces démarches de recherche doivent être tracées.
- En cas d'échec, un mail doit être adressé par le Chef d'établissement ou son représentant à la cellule de veille et d'alerte de l'ARS PACA.
- En cas de refus de cette démarche de recherche de lit, le service des urgences demandeur établit une Fiche d'Événement Indésirable régionale sur le ROR.

Dans le cadre de la déclaration quotidienne sur le ROR de la disponibilité des lits, l'enregistrement des CIT doit être effectué au fil de l'eau pour les CAP, les unités d'hospitalisation ouvertes et fermées.

4.3 L'hôpital en tension

QUI : Directeur d'établissement

PRINCIPES :

Le dispositif « Hôpital en Tension » décrit dans le guide national en annexe à la Circulaire du 14 septembre 2006 s'applique aux établissements de santé. Elaboré pour les établissements MCO, ce dispositif doit pouvoir s'appliquer aux établissements de santé mentale.

- La déclaration d'alerte est réalisée par un médecin dès les premières difficultés.
- Les mesures d'adaptation prises en interne sont mises en œuvre et spécifiées dans le module hôpital en tension du ROR, par exemple des mesures spécifiques à la psychiatrie telles que l'anticipation de sortie de CIT avant le week-end peuvent être mises en place.
- Une fois que ces mesures ont été réalisées, l'établissement n'a plus de ressources, le Plan Hôpital en Tension solidaire peut alors être déclenché par l'ARS et permet la solidarité avec les établissements sollicités psychiatriques ou pas.
- Un établissement qui n'a aucun lit disponible contacte les établissements voisins (intra et inter régions) puis récupère le patient dès que possible. Ces démarches sont à tracer dans le ROR, sous la forme d'une déclaration d'alerte, pour la vision régionale de l'organisation des soins.
- Dans le cadre du dispositif Hôpital en Tension, le Directeur de garde prend toutes mesures pour faciliter la sortie des patients de CIT.
- Le transfert d'un patient en hospitalisation libre vers un autre établissement public ou privé est soumis à son accord.

5 GLOSSAIRE

ARM : assistant de régulation médicale
ARS : agence régionale de santé
BPF : bonne pratique fondamentale
CAP : centre d'accueil thérapeutique
CIT : chambre d'isolement thérapeutique
CRRRA : centre de réception et de régulation des appels
ESM : établissement de santé mentale
FEI : fiche d'événement indésirable
ICR : instance collégiale régionale
MCO : médecine chirurgie obstétrique
PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
PDSA : permanence des soins ambulatoires
PDSES : permanence des soins en établissements de santé
ROR : répertoire opérationnel des ressources
RTU : réseaux territoriaux des urgences
SAMU : structure d'aide médicale urgente
SDRE : soins à la demande d'un représentant de l'Etat
SIS : service d'incendie et de secours
SMUR : structure médicale d'urgence et de réanimation
SPDT : soins psychiatriques à la demande d'un tiers
SPSC : soins psychiatriques sans consentement
24/7 : 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7

6 ANNEXE : Groupe régional SPSC PACA

Un groupe régional s'est constitué en septembre 2012. Ses membres ont été proposés par l'Association des Directeurs d'Établissements de Santé Mentale (ADESM) et la Conférence des Présidents de Commissions Médicales d'Établissements, ainsi que par l'Agence Régionale de Santé PACA et l'Observatoire Régional des Urgences PACA.

Le groupe a rendu ses conclusions le 5 décembre 2013, à l'occasion d'une rencontre régionale ARS PACA / ORU PACA. Les BPF seront remises aux professionnels concernés courant 1^{er} semestre 2014.

NOM	FONCTION	ES	PLENIER	ATELIERS
AGUILAR Marie-Pierre	Référente administrative SPSC	ARS PACA	x	x
ALIMI Murielle	Secrétaire générale	Conseil Ordre Médecins 83		x
BETTI Christian	Médecin généraliste et régulateur	SOS médecins 83		x
BOIFFIER Matthieu	Régulateur et urgentiste	CHU Nice		x
BOURCET Stéphane	Président CME	CHITS	x	
BOURGEOIS Stéphane	Chef pôle urgences / SAMU 84	CH Avignon		x
BUISSSE Virginie	Psychiatre (CAP)	CHU Nice		x
CANTA Roland	Référent psychiatrie	ARS PACA	x	x
CHENU Emmanuelle	Chef du service psychiatrie	CH de Grasse		x
CLEMENT Delphine	IDE (CAP et urgences)	CH Laragne		x
DELBARRE Cécile	Urgentiste	CH Manosque		x
DELOMPRE Catherine	Cadre supérieur de santé	CH Edouard Toulouse		x
DUMONT Marie-Claude	Conseillère médical DGARS	ARS PACA	x	x
DUNEZAT Philippe	Médecin DIM	CH Ste Marie		x
GAVAUDAN Alain	Président de CME	CH Valvert	x	
HENRY Jean-Marc	Responsable urgences psychiatriques	AP-HM (Conception)	x	x
JEGOT Estelle	Chargée de mission	ORU PACA	x	x
LEFORT Anéïla	Psychiatre	CH Laragne	x	x
LEJWI Michaël	Chargé de mission	ORU PACA	x	x
MOULLEC Gilles	Directeur	CH Edouard Toulouse	x	
PHILIP Chantal	Directeur	CH Ste Marie	x	
PRIGNIEL Léopold	Directeur des soins	CH Ste Marie		x
REINE Gilles	Psychiatre	CHITS	x	
RODRIGUES Frédéric	Directeur adjoint	CHITS	x	
ROUSSET Jérôme	Responsable unité SPSC	ARS PACA	x	x
SAVI Yvette	Directeur adjoint	CH Pierrefeu		x
STAEBLER Jean-Pierre	Directeur	CH Montfavet		x
TOESCA Richard	Responsable CRRA 13	AP-HM		x
VIDAL Jean-Pierre	Directeur adjoint	CH Montperrin		x
VIUDES Gilles	Directeur	ORU PACA	x	