Fédération Régionale Nord - Pas-de-Calais de Recherche en Santé Mentale

Résultats de l'audit croisé inter-hospitalier de 2013

« Quelles sont les pratiques d'accueil et d'orientation en urgence à l'hôpital auprès des usagers en santé mentale ? »

Résultats audit croise interhospitalier 2013 – 17 oct. 2013

FEDERATION REGIONALE DE RECHERCHE EN SANTE MENTALE NORD – PAS-DE-CALAIS | 3, RUE MALPART – 59000 LILLE | TEL : 03 20 44 10 34 | CONTACT.F2RSM@SANTEMENTALE5962.COM

CE RAPPORT EST CONSULTABLE EN LIGNE SUR LE SITE DE LA F2RSM : WWW.SANTEMENTALE5962.COM
RUBRIQUE : NOS TRAVAUX

Résultats de l'audit croisé inter-hospitalier de 2013

« Quelles sont les pratiques d'accueil et d'orientation en urgence à l'hôpital auprès des usagers en santé mentale ? »

Cet audit croisé s'est déroulé dans la semaine du 28 janvier au 1er février 2013.

Sur les 33 établissements adhérents, 20 d'entre eux disposent d'un service d'urgence.
Parmi ces 20 établissements, 17 ont participé à l'audit, voici les participants :
- EPSM Agglomération Lilloise (urgences du CH Roubaix)
- EPSM Lille Métropole (urgences du CH Tourcoing)
- EPSM des Flandres (urgences du CH Dunkerque)
- EPSM Val de Lys Artois (urgences du CH Béthune)
- CH Arras
- CH Arrondissement de Montreuil
- CH Boulogne-sur-Mer
- CH Cambrai
- CH Denain
- CH Douai
- CH Fourmies
- CH Hénin-Beaumont (urgences de la polyclinique d'Hénin-Beaumont)
- CH Sambre Avesnois
- CH Valenciennes
- CHRU Lille
- Centre de psychothérapie « Les Marronniers » (urgences polyclinique de Riaumont).
- GHICL (urgences de l'hôpital Saint Vincent de Paul).

34 auditeurs et 17 référents d'accueil se sont mobilisés afin de mener à bien cet audit croisé inter-hospitalier.

17 questionnaires ont été complétés.

PREAMBULE

1. Type d'établissement

14 CHG

3 ESPIC

Commentaires : Tous les établissements audités ont une activité MCO où l'on retrouve l'accueil et la prise en charge des urgences psychiatriques.

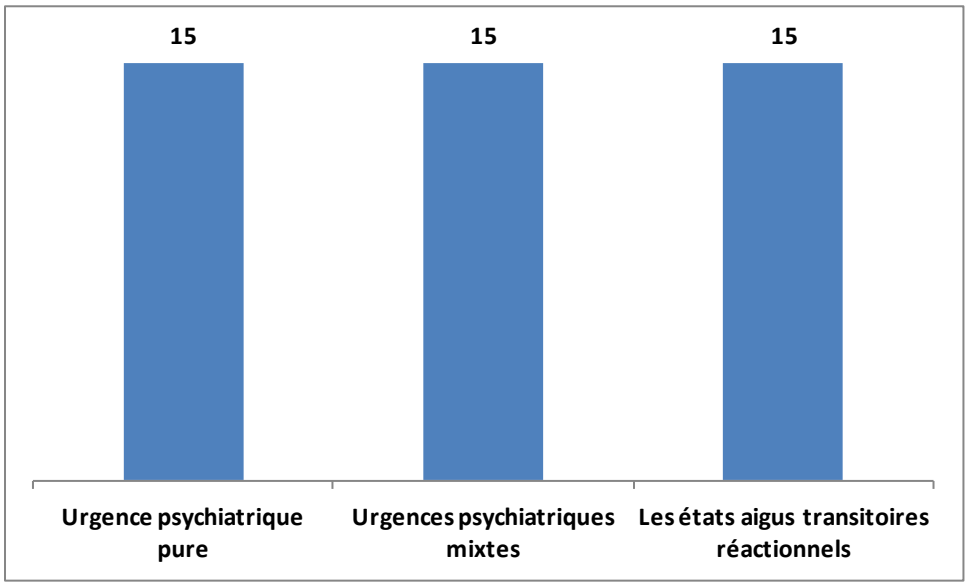
2. Quel accueil ?

Toutes les équipes ont été reçues dans un service d'urgence.

Aucune unité d'accueil.

Commentaires : Toutes les équipes d'auditeur ont été reçues dans un service d'urgence.

3. Définitions. Qu'est ce qu'une urgence psychiatrique pour vous ?



Autre, précisez :

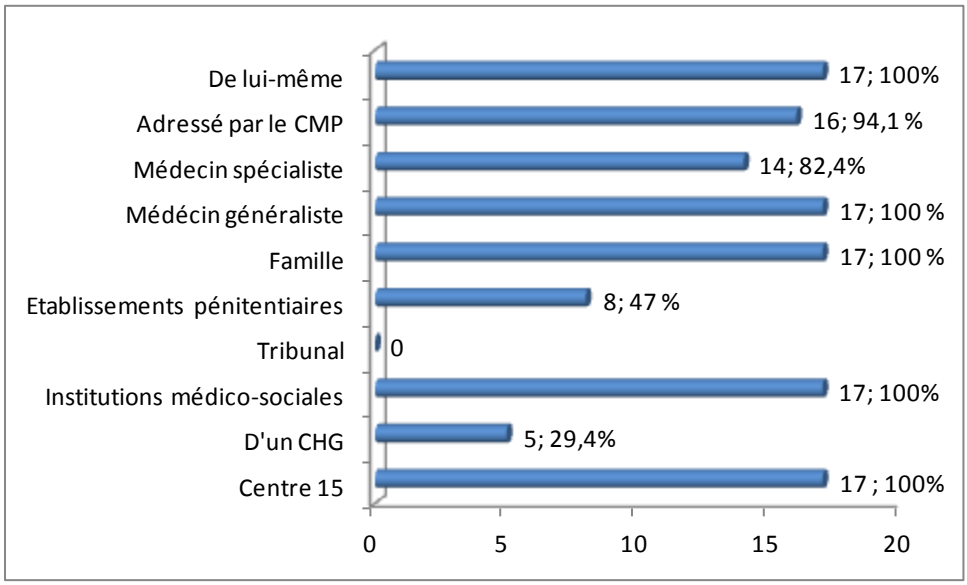
- stress post-traumatique
- maladie neurodégénératives
- psychotrauma
- demande des forces de l'ordre
- patient qui présente des troubles psychiatriques ou crise d'angoisse, toxicomanie, alcool, dépression, troubles exagérés qui ne peuvent être gérés par le patient ou l'entourage.

Commentaires : Pour l'ensemble des équipes auditées on retrouve les trois définitions de l'urgence psychiatrique telles que définies dans la circulaire n°3992 du 30 juillet 1992.

Pour rappel, urgences psychiatriques pures, mixtes ou transitoires. Cela reflète toutes les situations rencontrées dans les services d'urgence.

I. ACCUEIL ET ORIENTATION

I.1 Quel est le mode d'adressage du patient ?



Autre précisez :

- spécialistes
- psychiatrie libérale
- pompiers
- patients adressés pour avis psy d'un service d'urgences n'ayant pas de psychiatrie de liaison
- police et gendarmerie
- centre de rétention
- service MCO vers les urgences
- délocalisation des hors secteurs
- transfert de clinique proche
- travailleurs sociaux
- réquisition à la demande du procureur de la république
- autres services de psychiatrie

Commentaires : Le mode d'adressage en général est très hétérogène et témoigne de la diversité des types de demande tant par les bénéficiaires que part les professionnels et/ou institutions gravitant autour du dispositif de psychiatrie, principalement :

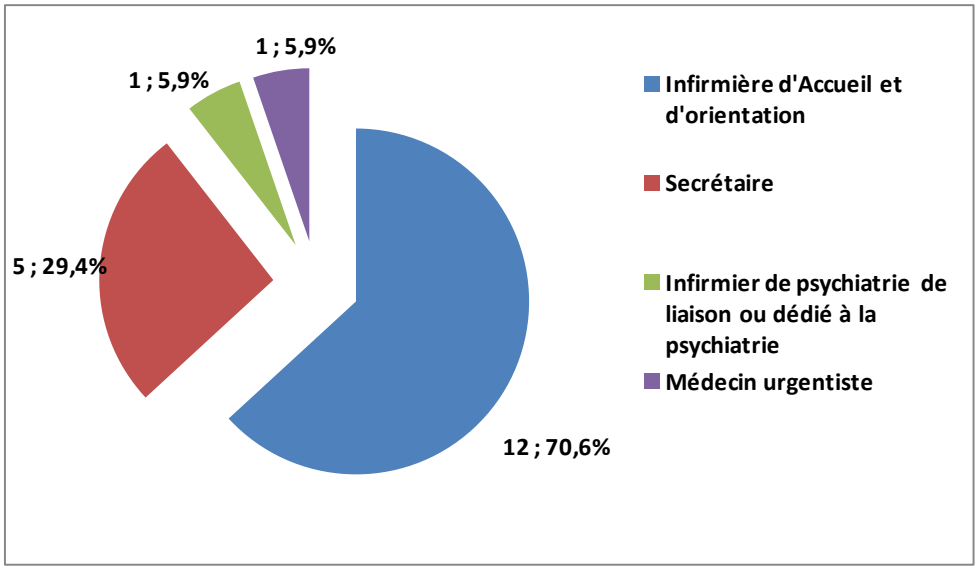
- le patient et/ou sa famille,
- la médecine de ville : généralistes et spécialistes, le centre 15
- les institutions médico-sociales
- le dispositif psychiatrique ambulatoire (les centres médico-psychologiques)

Autre mode d'adressage secondaire :

- Etablissements pénitentiaires
- Autres établissements de santé (CHG, cliniques, EPSM)
- Pompiers et forces de l'ordre
- Associations d'usagers

I.2 Qui accueil, oriente et évalue ?

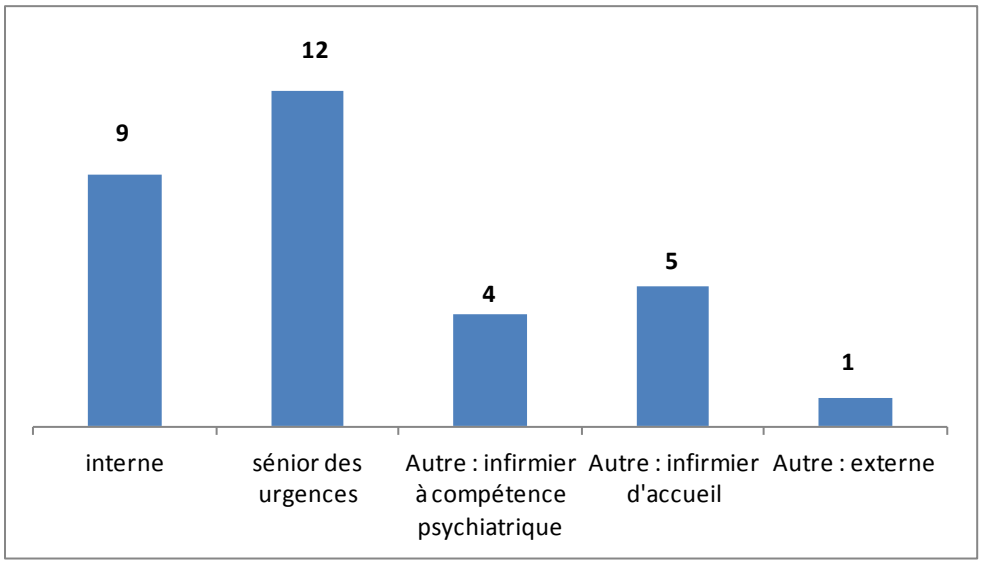
I.2.1. Qui accueille en 1ère intention ?



Autre : Agent administratif (1 ; 5.9 %)

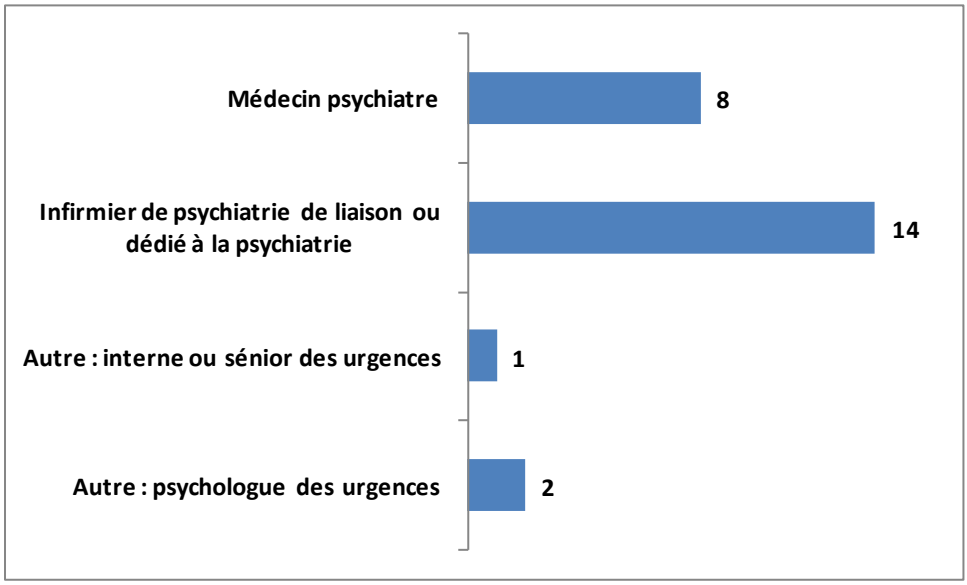
Commentaires : Dans la majorité des cas, le patient est accueilli par un infirmier d'accueil et d'orientation.

I.2.2. Qui évalue et oriente en 1ère intention ?



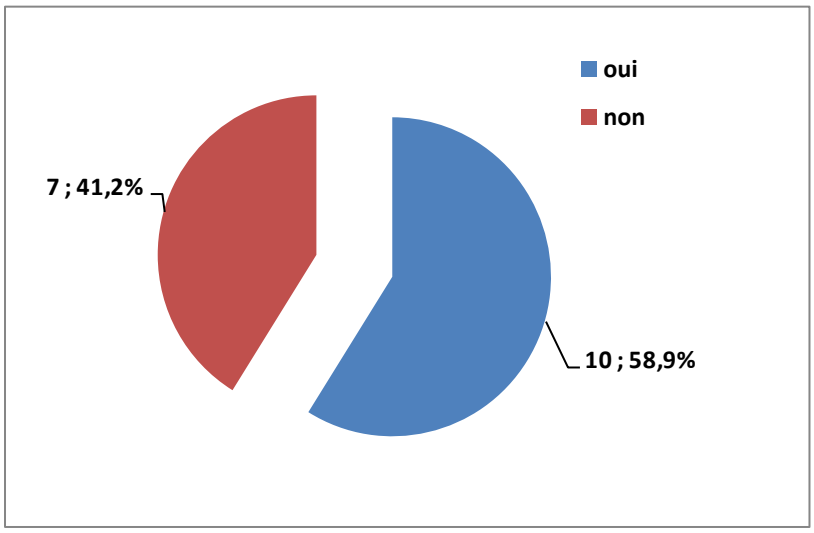
Commentaires : Dans la plupart des établissements audités, l'évaluation clinique et l'orientation de liaison sont réalisées par un médecin des urgences (sénior ou interne).

I.2.3. Qui évalue en 2ème intention ?



Commentaires : Il est notable de remarquer que l'évaluation en 2eme intention est pratiquée de manière assez importante par les infirmiers à compétence psychiatrique.

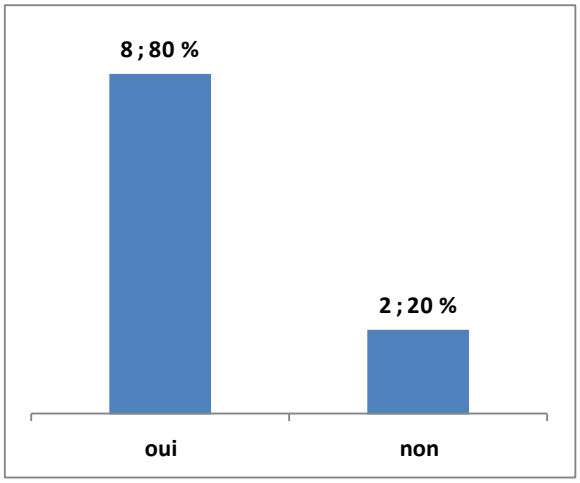
I.3. Y a-t-il un accueil spécifique des mineurs dans le service des urgences ?



Commentaires :

- considérant les mineurs à partir de 15 ans et 3 mois
- Il reste accompagné de leurs parents ou représentants légaux
- transfert vers le CH auquel dépend le mineur
- urgences pédiatriques (X3)
- gros problème de prise en charge interne et d'orientation. Absence de structure relais, carence totale de l'intersecteur de pédopsychiatrie.
- pas de dispositif filière pédiatrique/pédopsychiatrique
- sont vus aux urgences et une orientation est définie vers des établissements ayant ce type d'accueil.

Si oui, ce dispositif est-il différent du dispositif général ?

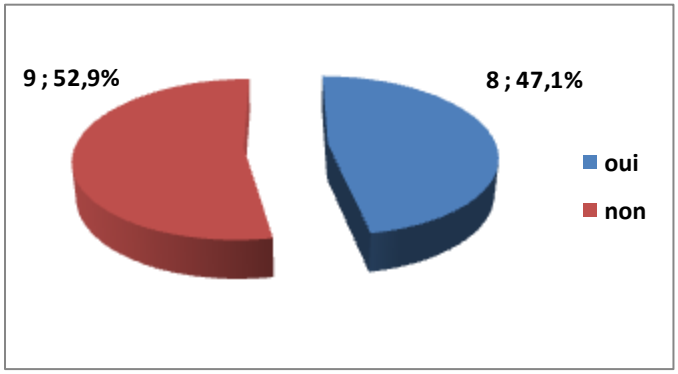


Commentaires : Dans 59% des établissements il existe un accueil spécifique aux urgences (voire filière pédiatrique quand elle existe…), cependant pour les autres établissements, les mineurs sont accueillis aux urgences et une orientation est définie soit vers le service de pédiatrie de référence et/ou pédopsychiatrique, par défaut, une orientation vers d'autre établissement.

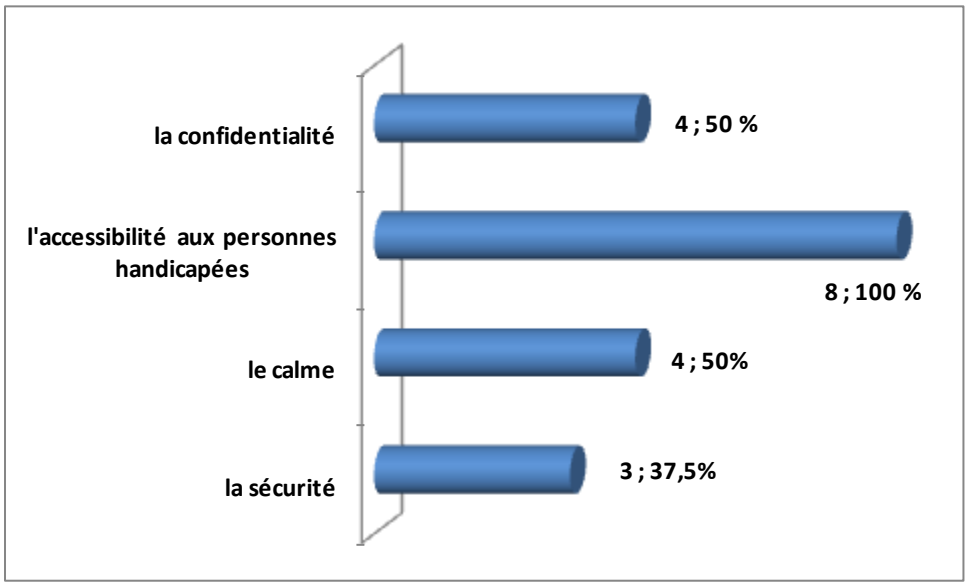
I.4. L'accueil est-il intersectoriel ?

L'accueil est intersectoriel pour la totalité des services audités.

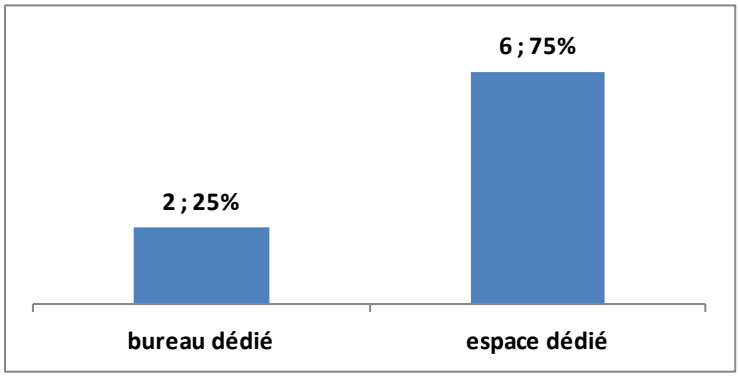
I.5. Y a-t-il des locaux spécifiques dédiés à l'accueil en 1ère intention ?



Si oui, ces locaux permettent

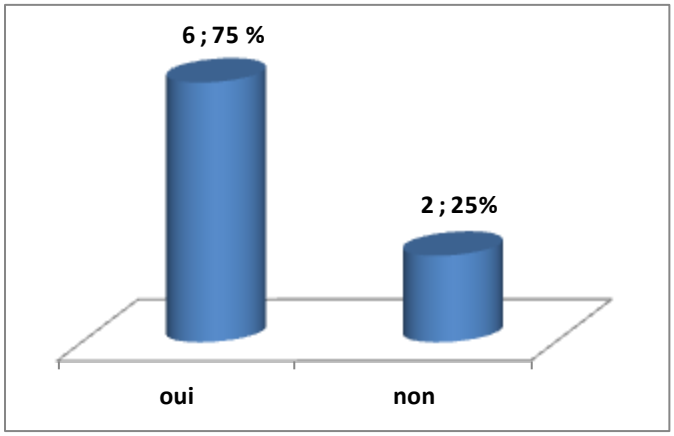


Dans quelles conditions ?

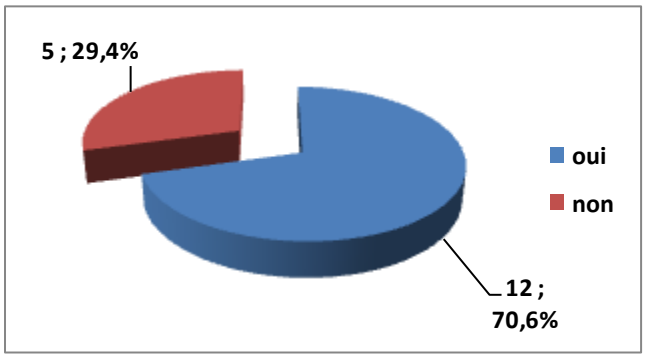


Commentaires : Lorsqu'il y a un accueil dédié, sa signalisation est repérée, il s'agit plus d'une espace dédié que d'un bureau, l'accessibilité aux personnes handicapées est assurée en 100%, néanmoins les dimensions de la confidentialité et de la sécurité restent problématiques.

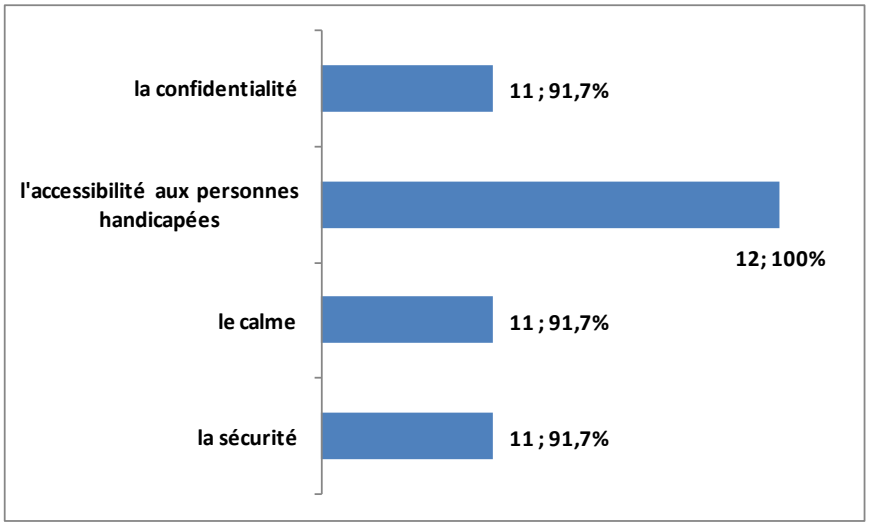
La signalisation de l'accueil existe-t-elle ?



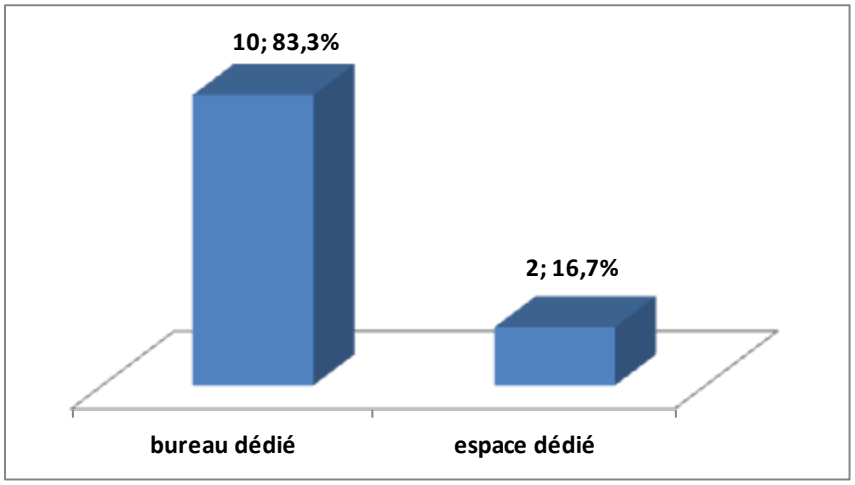
I.6. Y a-t-il des locaux spécifiques dédiés à l'accueil en 2ème intention ?



Si oui, ces locaux permettent

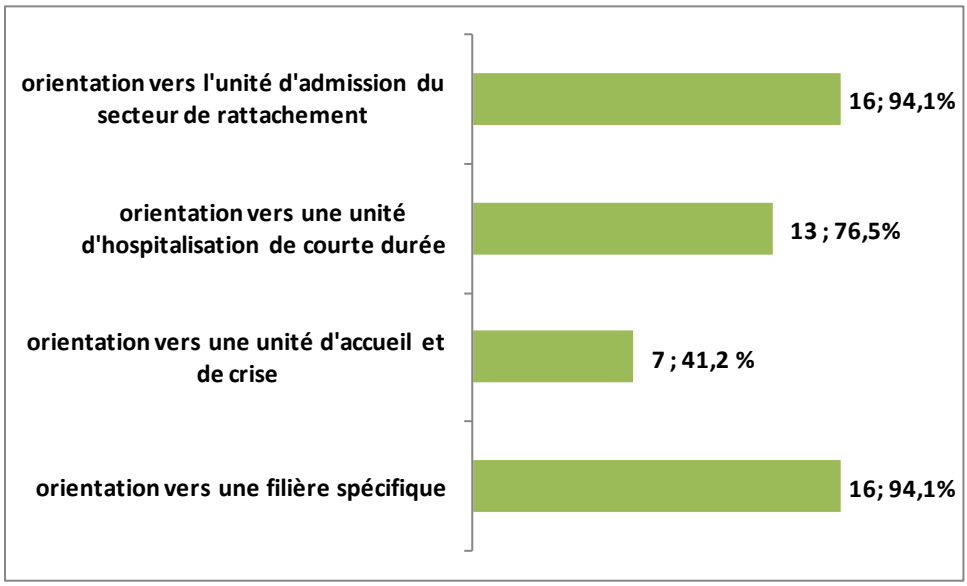


Dans quelles conditions ?



Commentaires : Quelque soit le mode d'accueil et de prise en charge, les lieux d'intervention identifiés sont les mêmes.

I.7. A partir de l'accueil, quel est le processus d'orientation mis en place ?



Orientation vers une filière spécifique, précisez :
- somatique
- CMP (X10)
- CSAPA
- SAMSA
- Addictologie (X7)
- réseau précarité (X4)
- gériatrie (X3)
- SIAO (X2)
- consultation post-crise aux urgences (psychologue)
- réécoute suicidant (X2)
- entretien familiaux
- accueil de jour
- association violence conjugale
- assistante sociale (X2)
- médico-social
- psychiatre libéraux
- CAC d'un établissement proche depuis quelques mois sollicité car problème de lit
- unité de soins anxiété dépression
- centre d'accueil psychiatrie intersectoriel

Autre processus d'orientation, précisez :
- UMJ
- associations
- maisons des adolescents
- gériatrie (X2)
- addictologie
- clinique privée de proximité
- précarité
- médecine
- autre CHG
- ilôt psy

Commentaires :

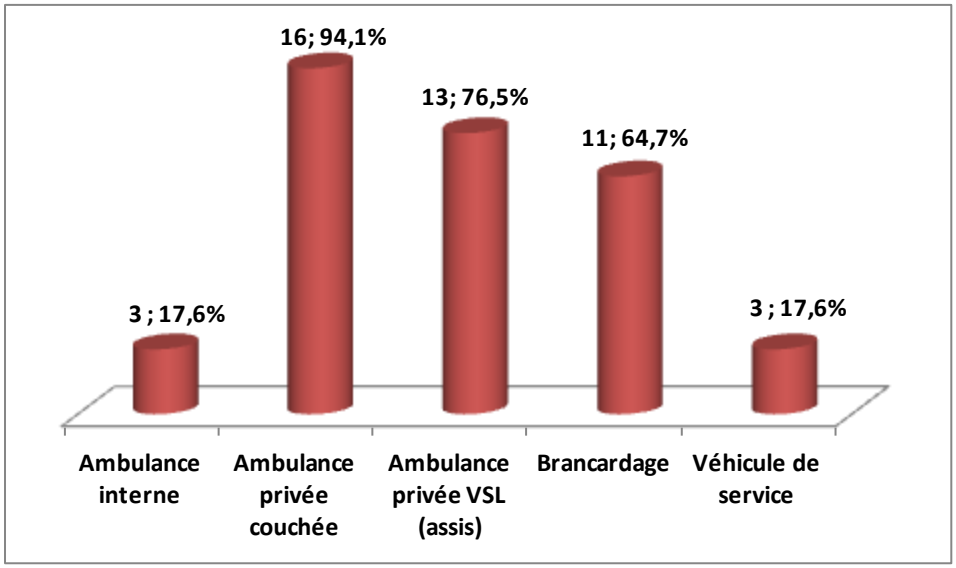
Filière psychiatrique = secteur de rattachement.

Dans la filière psychiatrique sont inclus l'UHCD et le CAC

Filière spécifique = différentes spécialités (sanitaire, médico-social, justice, etc.)

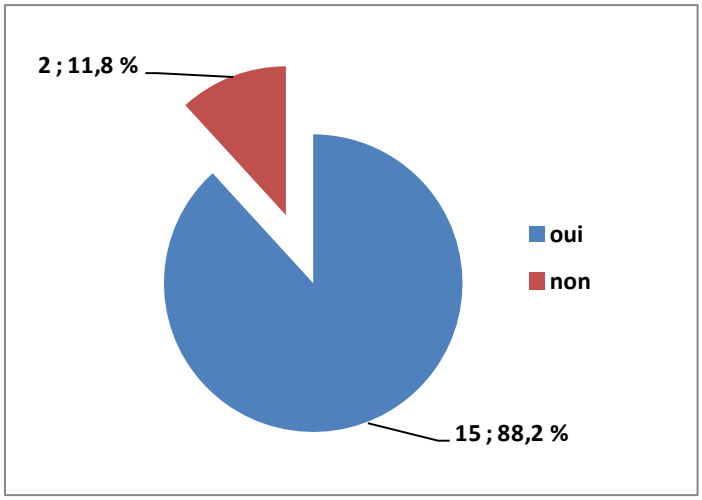
En majorité c'est la filière psychiatrique qui représente le processus d'orientation basée sur la référence sectorielle. Cette filière intègre le passage en UHCD et/ou en centre d'accueil et de crise.
On entend par filières spécifiques l'ensemble des organisations spécialisées dans l'offre de soins ou médico-social et associatif (partenaires, collaborateurs, réseaux de soins).

I.8. Transport dans le cadre d'une orientation du patient



Autre, précisez :
- transfert intra-hospitalier par ambulance privée (vers le service de psychiatrie).
- tickets de bus
- A pied avec équipe de liaison psy (2 accompagnants).
- véhicule personnel du patient
- transport organisé par les urgences
- famille ou patient lui-même

I.9. L'organisation du transport est-elle effectuée par les professionnels du service des urgences ?

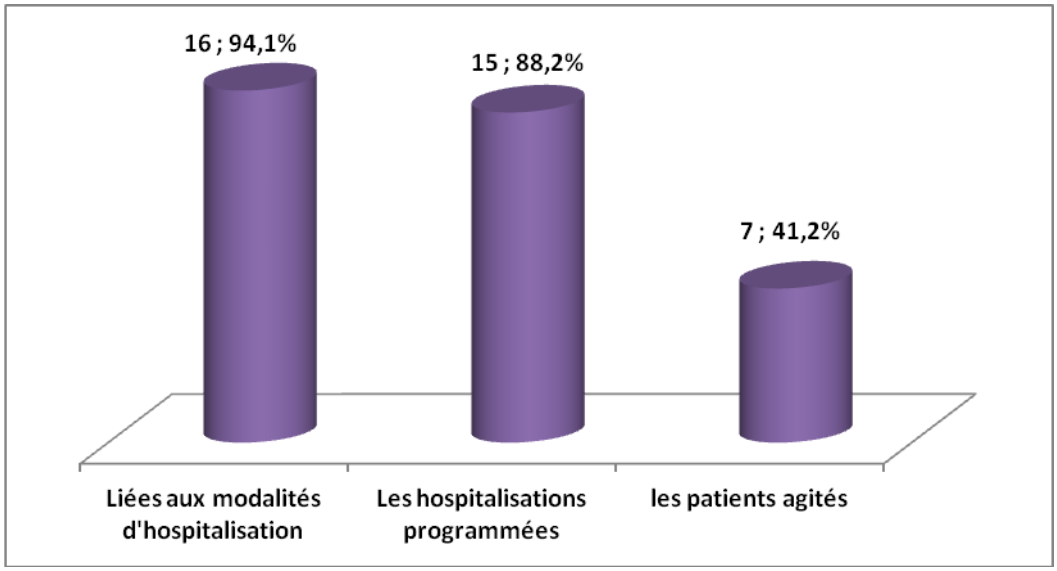


Si non, par qui :
- brancardage commun
- ambulance privée, pas d'accompagnement par un membre de l'équipe.

I.10. Existe-t-il des admissions directes dans les unités sans passage aux urgences ?

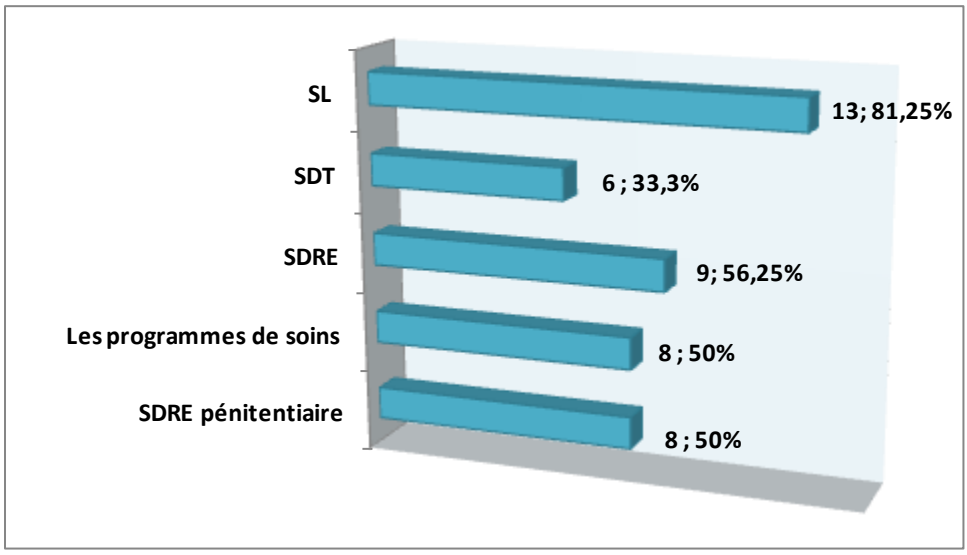
Des admissions directes dans les unités sans passage aux urgences existent pour tous les établissements audités.

Si oui, lesquelles



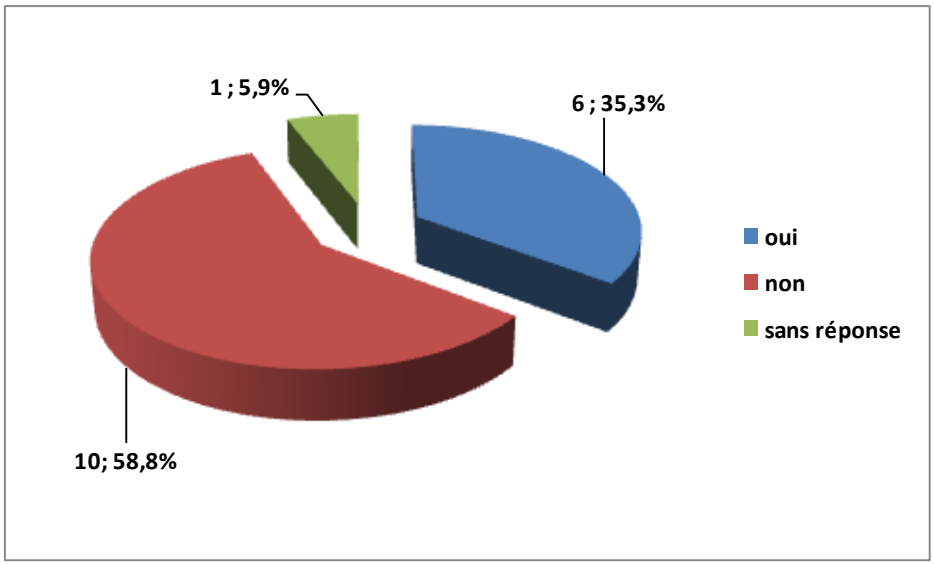
Autre, précisez
- transfert depuis MCO puis service d'urgence, d'un autre CHG ou autre service de psychiatrie Périnatalité
- pédopsychiatrie
- accueil à l'hôpital psychiatrique sans rendez-vous
- depuis les CMP

Précisions quant aux admissions directes dans les unités sans passage aux urgences liées aux modalités d'hospitalisation



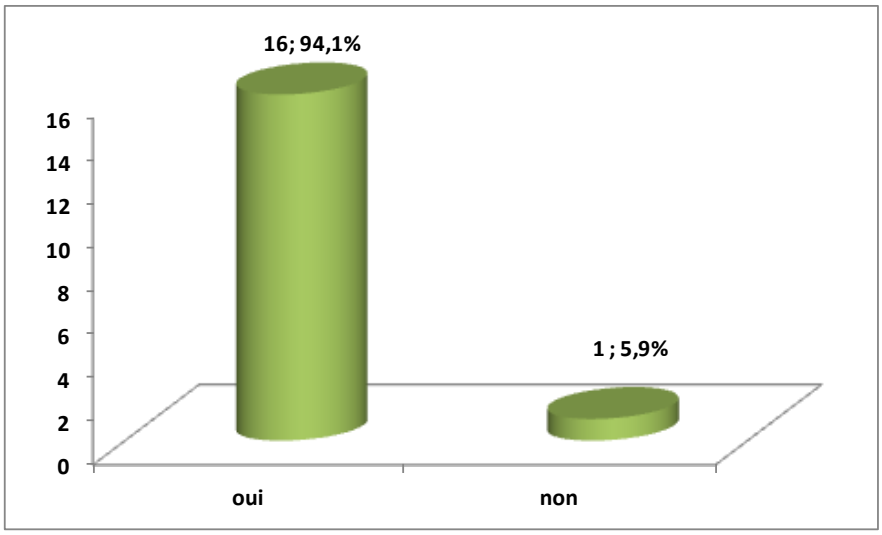
Commentaires : Que ce soit pour les EPSM ou les services psychiatriques en hôpital général l'admission peut être faite directement sans passage aux urgences.

I.11. Existe-t-il un protocole d'admission pour la psychiatrie en urgence ?

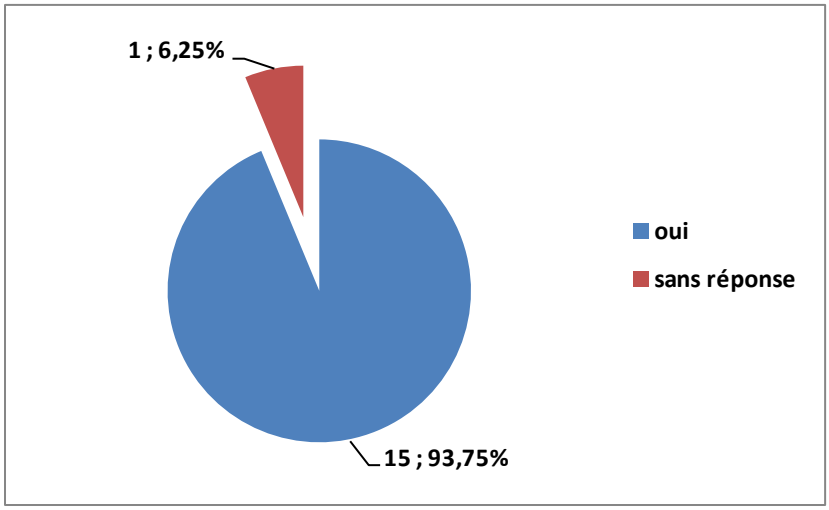


Préconisation : Au vu des 58,8% de réponses négatives, il serait intéressant que chaque service ait une procédure spécifique à l'admission au service des urgences d'autant plus nécessaire pour répondre aux prochaines exigences de certification de l'HAS (patient traceur, processus de soin).
Pour les 35,3% des réponses positives on retrouve des protocoles qui décrivent l'ensemble de la prise en charge de la personne accueillie aux urgences pour des troubles psychiatriques, de l'arrivée aux urgences jusqu'à l'accueil dans l'unité de psychiatrie.
D'autres protocoles décrivent une situation (ex : la prise en charge des patients par les infirmiers en l'absence du psychiatre, la surveillance du risque suicidaire, la prise en charge médicamenteuse des états d'agitation, la gestion de l'ivresse alcoolique...).

I.12. Soins psychiatrique selon la loi du 5 juillet 2011, la réglementation est-elle appliquée dès la décision d'orientation dans une unité de psychiatrie ?



Si oui, est-ce que toutes les pièces sont réunies avant le transfert du patient ?



Par qui ces pièces sont-elles recherchées ?

- IDE à compétence psychiatrique (X7)
- équipe de liaison (X4)
- IDE urgence (X3)
- psychiatre de garde (X2)
- équipe des urgences (X2)
- équipe de psychiatrie des urgences
- interne

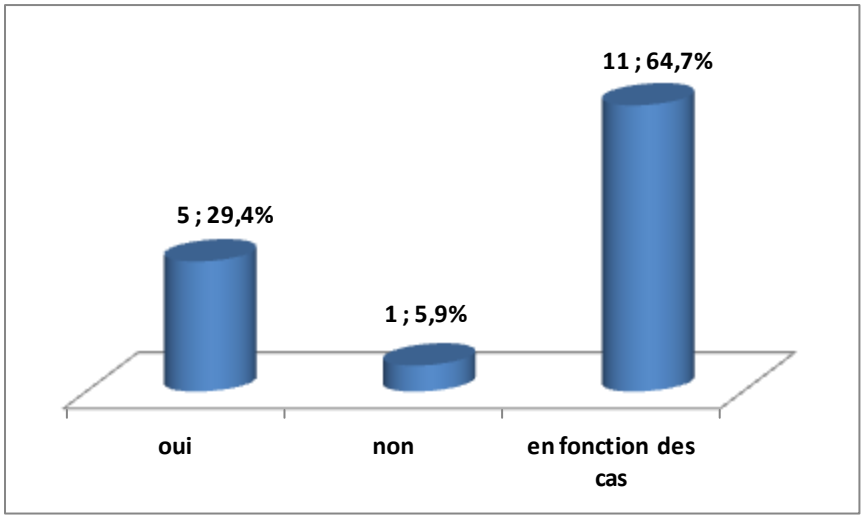
Commentaires : La recherche des documents est réalisée aux urgences principalement par l'équipe soignante dédiée à la psychiatrie.

ACCUEIL DES FAMILLES/AIDANT NATURELS/PROCHES

I.13. Y a-t-il un entretien « famille » ?

Un entretien « famille » est tenu pour la totalité des services audités.

I.14. La famille peut-elle rester avec le patient ?

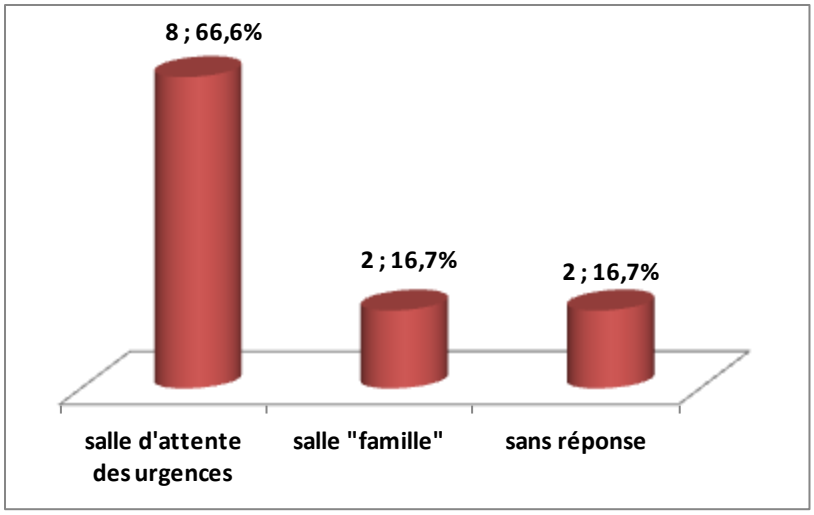


Si oui, dans quel cas

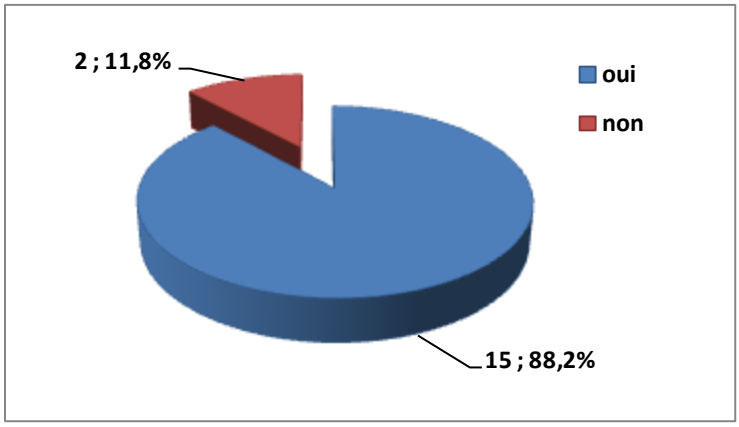
- risque de fugue
- besoin de soutien/ apaisement/ favoriser l'accroche (X2)
- mineurs (X3)
- dans tous les cas
- patient instable
- selon médecin urgentiste (X2)
- si agitation
- selon l'état du patient
- cas particulier : contention familiale
- personnes âgées
- déficients

Si non, quel lieu d'attente ?

Les réponses des services ayant répondu en fonction des cas à la question précédente sont intégrées.



I.15. Pendant l'attente, la famille est-elle informée régulièrement ?



Si oui, par qui ?

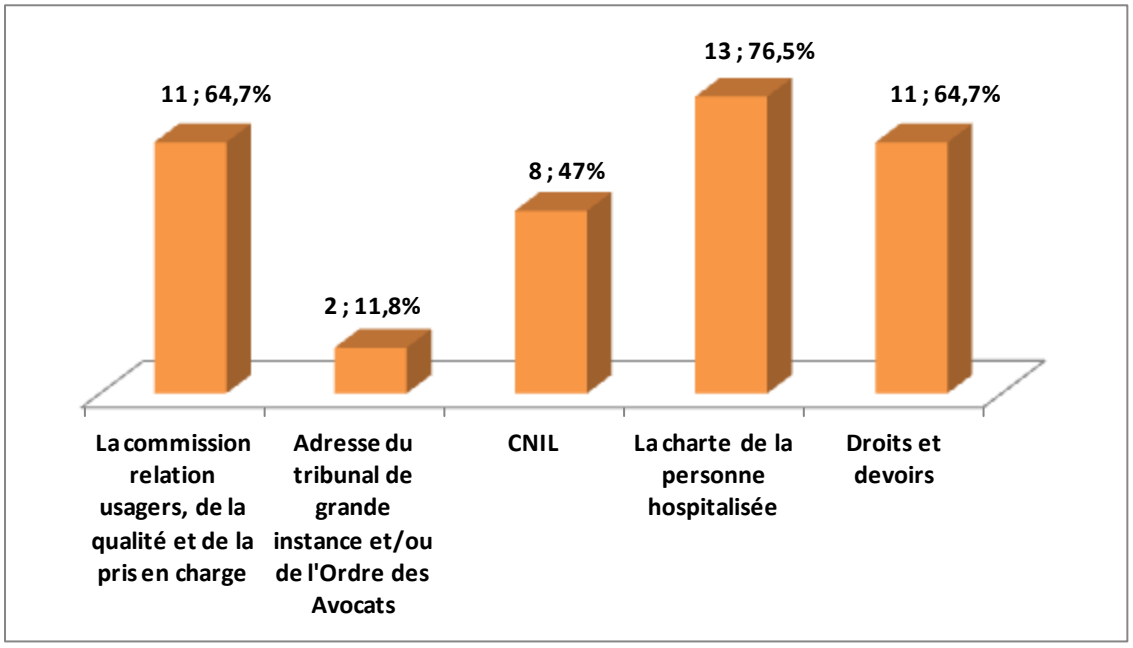
- IDE psy (X3)
- Infirmières (X5)
- infirmière d'accueil (X2)
- équipe de liaison (X4)
- psychiatre (X2)
- ensemble de l'équipe (X3)

Commentaires : Dans l'accueil en urgence, la famille du patient ou son entourage proche est pris en considération et informée sur l'évolution de la prise en charge.

DROIT ET INFORMATION DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE / AFFICHAGE

I.16. Les affichages obligatoires suivants sont-ils respectés ?

Les réponses positives sont indiquées dans le graphique ci-dessous



I.17.Autres affichages à l'initiative du service et de l'établissement

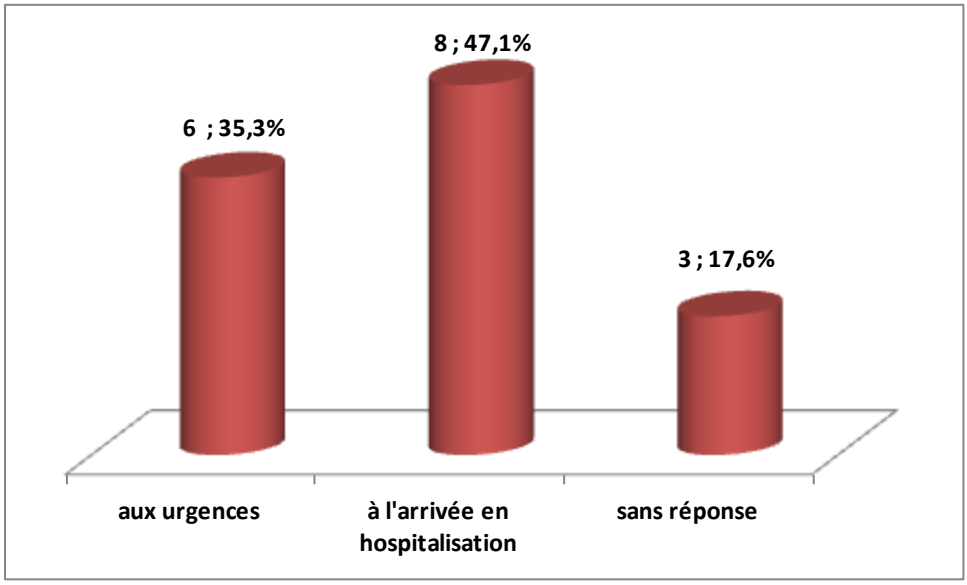
- Différentes plaquettes (addicto)
- Parcours de soins du patient (affichage grand format)
- message prévention pour violence et agressivité
- charte du patient atteint de troubles mentaux
- forfait hospitalier/tarification
- avis de vidéo surveillance
- prise en charge sécu
- identito vigilance (X2)
- explication sur l'attente, sur les risques encourus en cas d'agressivité
- coût des transports
- charte de développement durable
- astreintes médicales
- planning médical

DROIT ET INFORMATION DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE / LIVRET D'ACCUEIL

I.18. Existe-t-il un livret d'accueil de l'établissement ?

Tous les établissements audités dispose d'un livret d'accueil de l'établissement.

Si oui, où est-il délivré ?

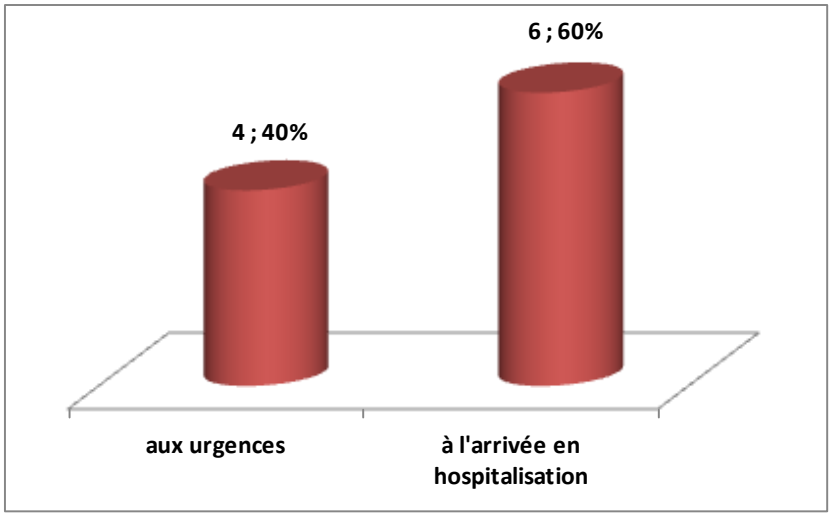


Commentaires : Dans tous les établissements il existe un livret d'accueil, celui-ci est délivré en majorité dans l'unité d'hospitalisation.

I.19. Existe-t-il un livret d'accueil spécifique à l'activité de psychiatrie ?

10 établissements disposent d'un livret d'accueil spécifique à l'activité de psychiatrie (58.9%).

Si oui, où est-il délivré ?



Préconisations : Tout établissement devrait pouvoir disposer d'un livret d'accueil spécifique à son activité de psychiatrie ou tout au moins y consacrer une rubrique. Ce livret serait de préférence remis au patient en fonction de son état une fois l'admission prononcée et ses droits explicités.

I.20. Existe-t-il un site internet de l'établissement ?

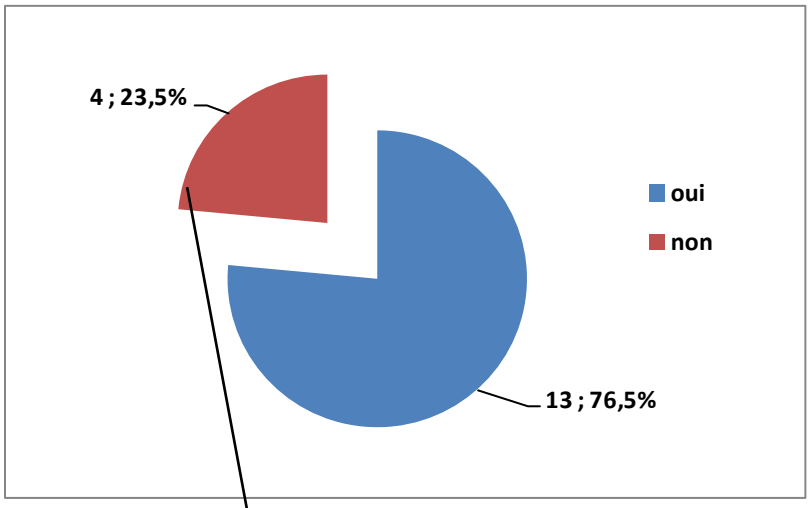
Tous les établissements disposent d'un site internet.

Autre moyens d'information :
plaquette (X3)
- plaquette antenne psy des urgences
- journal interne de l'établissement
- carte de l'équipe de liaison
- carte de CMP (X2)
- carte de la psychologue
- extra-hospitalier (addicto)

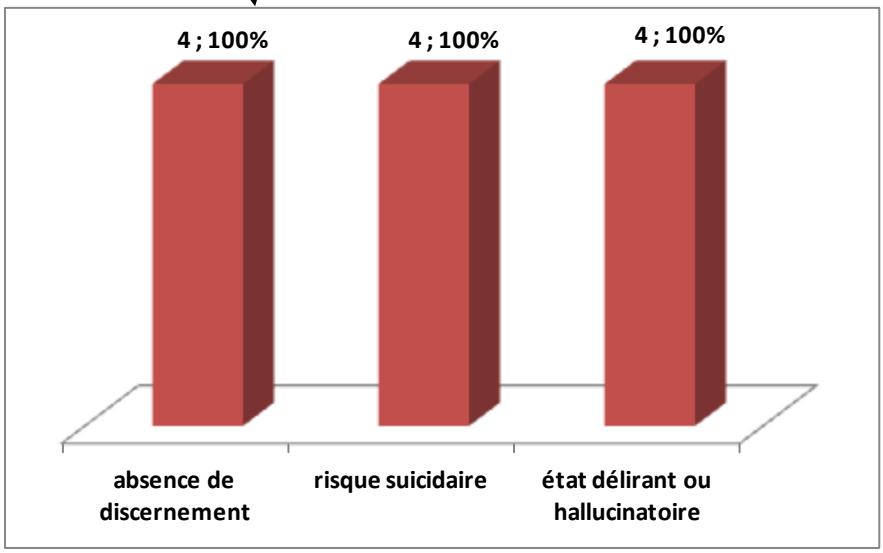
II. PRISE EN CHARGE

CONSENTEMENT AUX SOINS

II.1. La recherche du consentement est-elle systématique ?



Si non, pourquoi

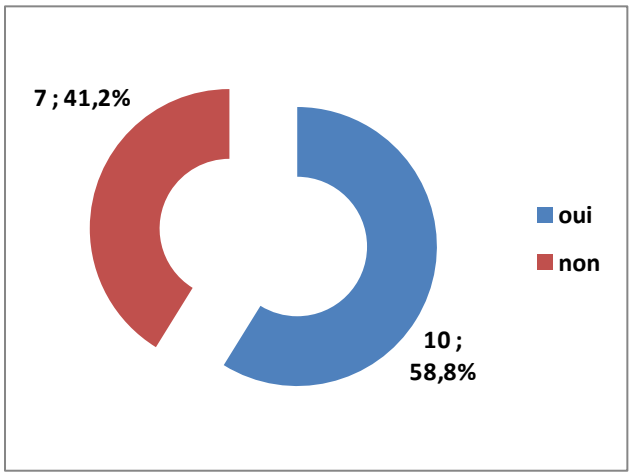


Autre, précisez :

- mineurs
- personnes âgées

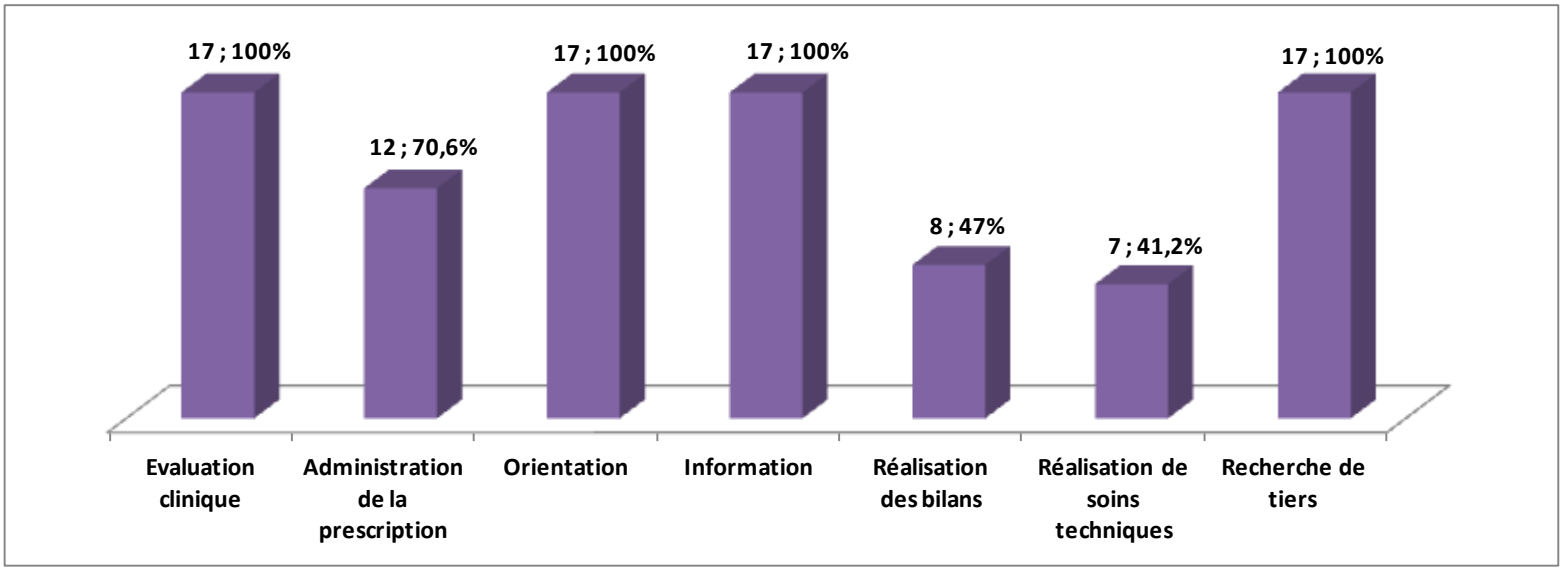
Préconisations : La recherche du consentement doit être systématique au regard de la réglementation (cf. loi du 5 juillet 2011 sur les soins psychiatriques).

II.2. Existe-t-il une traçabilité du consentement aux soins dans le dossier patient ?



Préconisations : La traçabilité du consentement aux soins doit être systématiquement notée dans le dossier patient. Cette traçabilité comprend la recherche du consentement par le professionnel, l'obtention ou la raison de la non faisabilité.

II.3. Quelles sont les interventions de l'équipe psychiatrique auprès des patients ?



Autre, précisez :

- surveillance
- contention si nécessaire
- accompagnement pendant transfert
- recherche de famille
- recherche et vérification de documents administratifs (X2)
- recherche d'équipes mobiles
- mise en chambre d'agité
- coordination avec les collègues psychiatres
- prise de contact avec la famille, CMP.

Commentaires : Dans tous les établissements, l'équipe de psychiatrie assure bien ses missions d'évaluation clinique, d'orientation, d'information et la recherche de tiers.

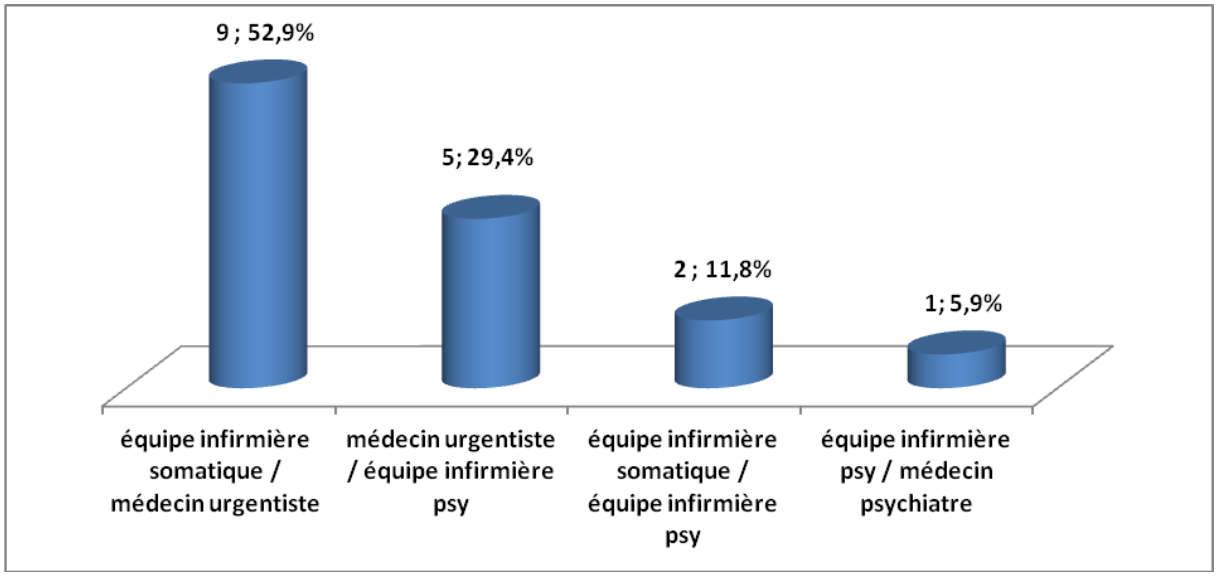
II.4.Quels sont les types d'intervention de l'équipe psychiatrique auprès de l'aidant naturel, du proche et/ou du représentant légal ?

L'information sur la prise en soins est réalisée par toutes les équipes de psychiatrie des services audités.

Autre, précisez :

- entretien d'évaluation avec ou sans le patient
- document spécifique d'information aux proches en cas de SDT
- recueil de consentement du tiers (X2)
- recherche d'informations (antécédents, histoire de la maladie, etc.) (X4)
- droit et instruction famille
- si réorientation

II.5. Quelles sont les modalités de transmission dans l'accueil et la prise en charge ?



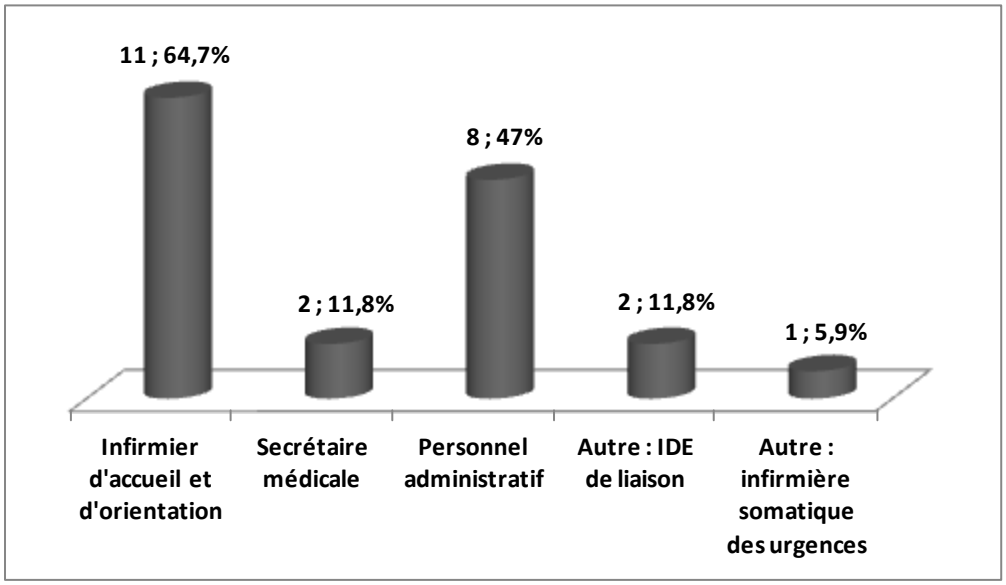
Commentaires : Au vu des résultats, il existe peu de transmission des professionnels de psychiatrie, les transmissions semblent essentiellement réalisées au niveau somatique.

Préconisations : Réinterroger et mettre en place des transmissions systématiques entre :

- les professionnels de psychiatrie (médecins et infirmiers),
- les professionnels de psychiatrie et des soins somatiques

DOSSIER PATIENT

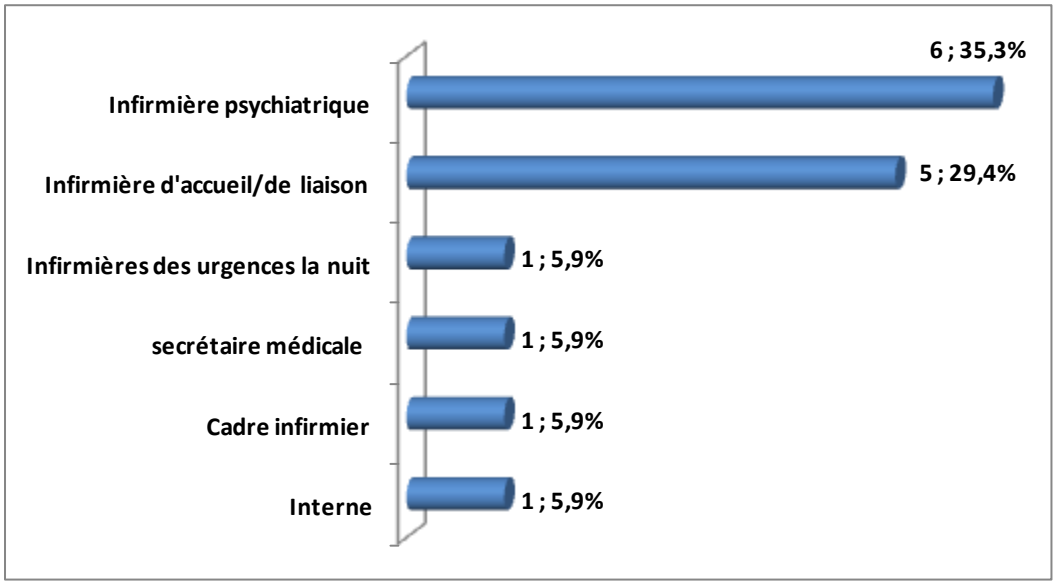
II.6. Qui initie le dossier ?



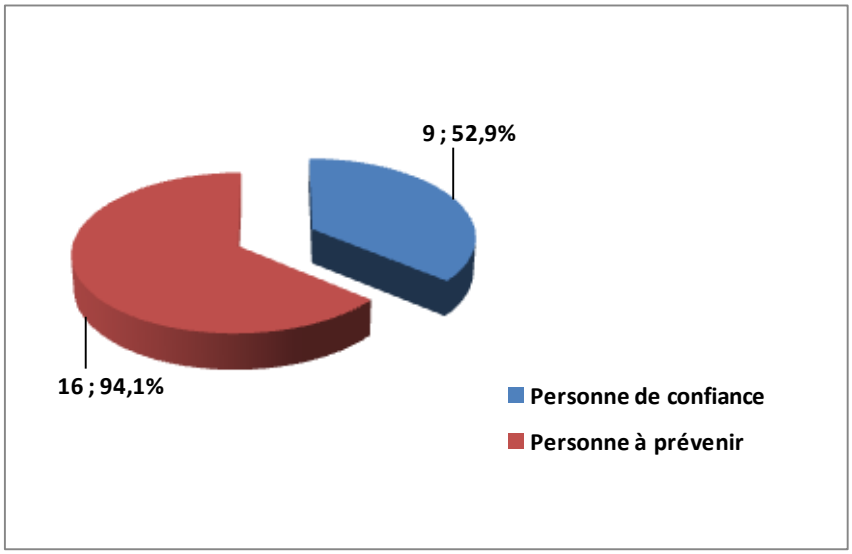
II.7. La vérification de la conformité des pièces obligatoires pour les modalités de soins psychiatriques sous contrainte avant orientation est-elle systématique ?

Celle-ci est systématique pour la totalité des services audités.

Qui vérifie :



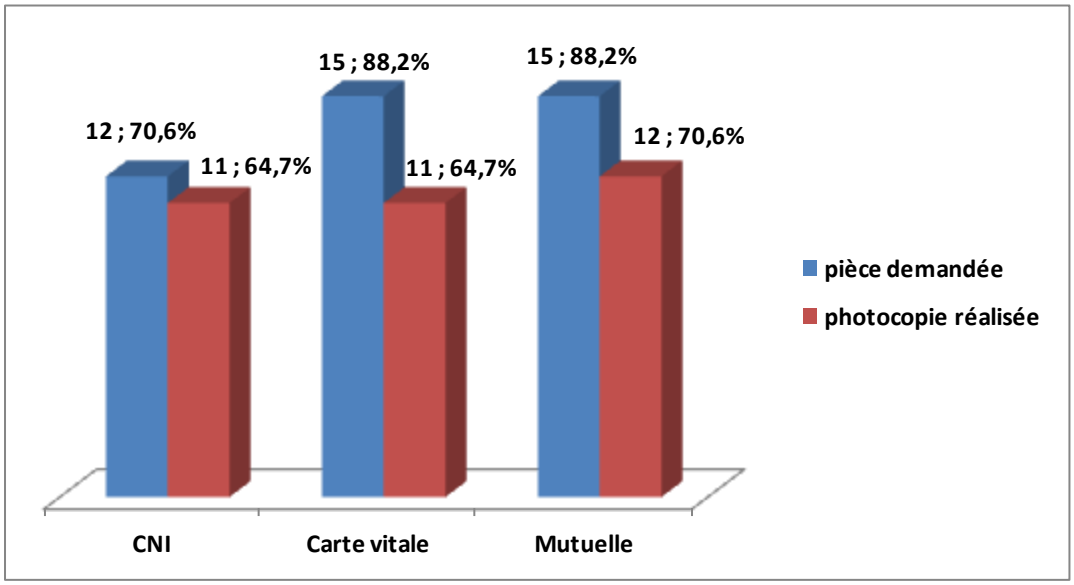
II.8. Vous recherchez ?



Commentaires : La personne de confiance n'est recherchée que dans 9 établissements sur 17.

Préconisations : Une fois l'hospitalisation prononcée et selon l'état du patient, la recherche de la personne de confiance doit être systématique.

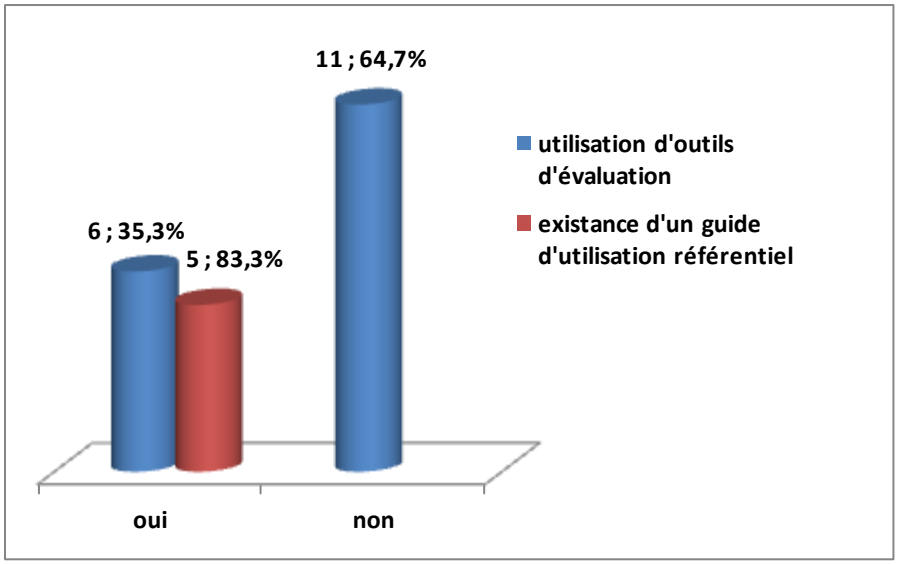
II.9. Les pièces administratives demandées sont :



Préconisations : la Carte nationale d'identité se devrait d'être systématiquement demandée au regard de la carte vitale et de la mutuelle dans le cadre de l'identito vigilance.

EVALUATION DES RISQUES COMPORTEMENTAUX, DOMAINE DE PREVENTION

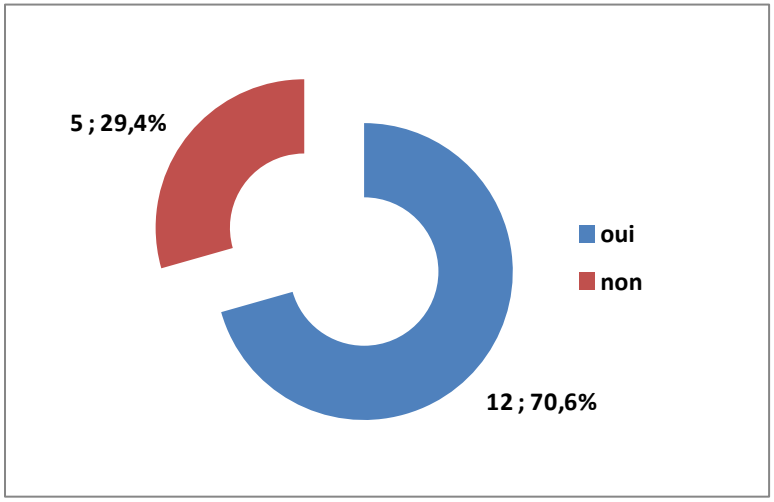
II.10. Utilisez-vous des outils d'évaluation ?



Si oui, précisez lesquels :
- risque suicidaire (X3)
- alcool
- contention et isolement
- risque urgence suicidaire
- échelle de catatonie de Bush
- évaluation de la douleur
- grille de Norton (risque d'Escarre)
- échelle de Beck
- MMS
- guide d'entretien avec le patient suicidant utilisé comme support

Préconisation : Au regard des exigences de la HAS, il est recommandé d'utilisé des outils d'évaluation qui sont une aide à l'évaluation clinique avec toutes les précautions quant à leur utilisation.

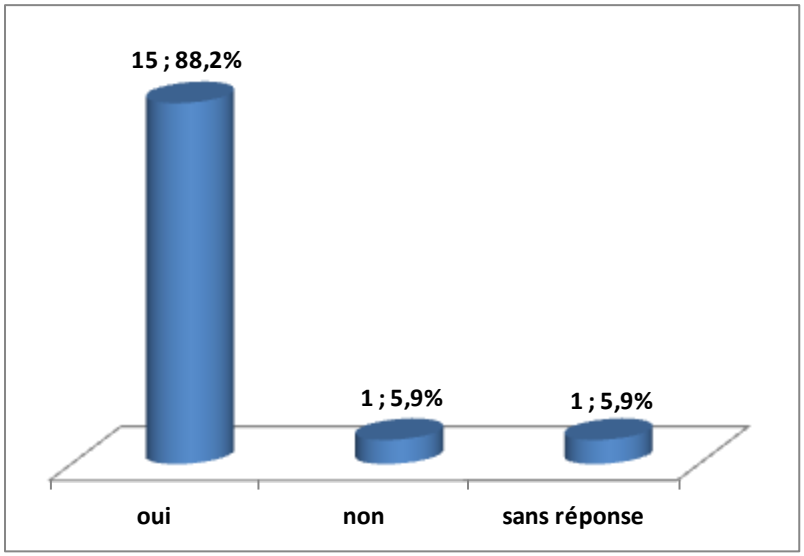
II.11. Existe-t-il un dispositif permettant une identification fiable du patient non communicant (identito-vigilance) ?



Si oui, lequel :
- liste d'interprète mais peu disponible aux urgences
- interprète langues étrangères (X3)
- langage des signes
- COMETH
- bracelet d'identification (sur proposition) (X5)
- cellule d'identito-vigilance de l'établissement

Préconisation : Il est souhaitable qu'un dispositif soit mis en place afin d'obtenir une identification fiable des personnes non communicantes.

II.12. Avez-vous connaissance du dispositif de soins psychiatriques proposé par votre établissement ?



Commentaires : Le dispositif est dans l'ensemble bien connu des professionnels audités

II.13. Travaillez-vous avec d'autres filières de soins ?

Tous les services nous informent travailler avec d'autres filières de soins.

Si oui, quelles filières ?

1. Addictologie.
2. MCO
3. Gériatrie / médico-social

Autre, précisez :

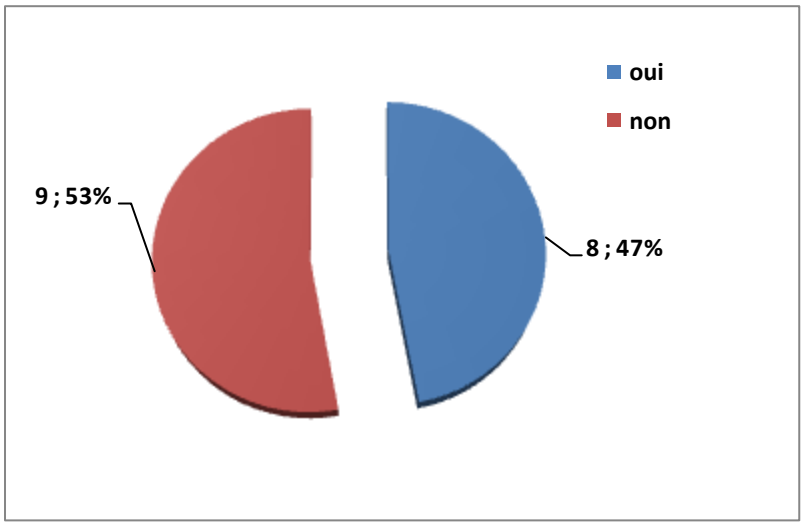
- UMJ
- Service d'aide aux victimes (n°5/5)
- psychiatrie de liaison
- UHCD

Commentaires : Il existe une réelle collaboration avec les autres filières de soins qui illustre le travail en réseau et le partenariat.

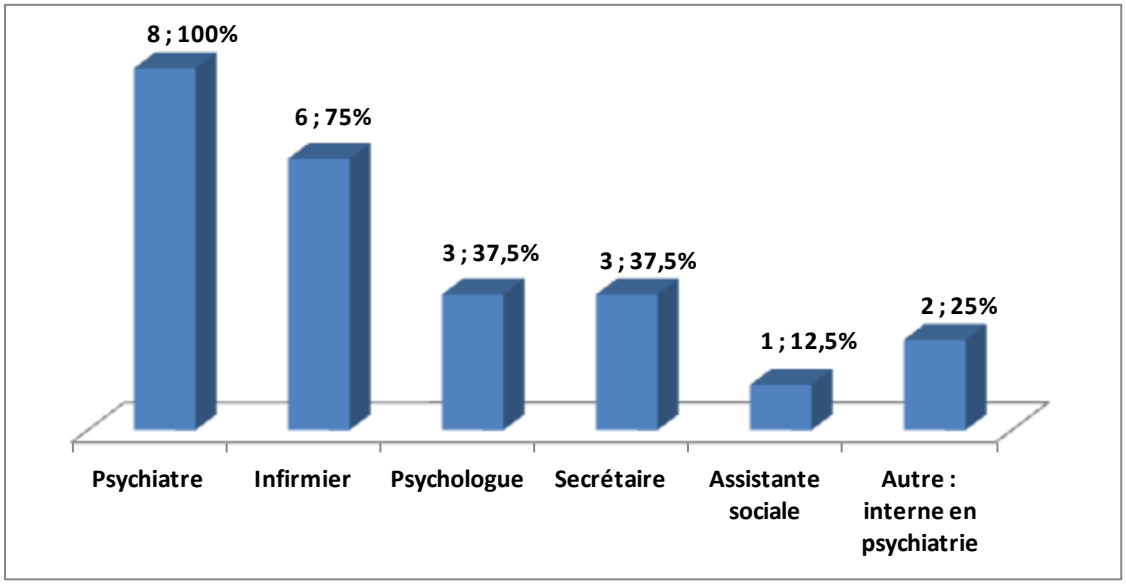
III. ORGANISATION / PERMANENCE DES SOINS

GARDES ET ASTREINTES

III.1. Existe-il une équipe à compétence psychiatrique dédiée à la mission d'accueil et d'orientation 24h/24 ?



Si oui, quelle en est sa composition



Si non, précisez votre organisation et ses limites :

- Médecin psychiatre d'astreinte opérationnelle
- IDE psy 7h à 22h (samedi et dimanche que l'après-midi)
- équipe psychiatre : organisation sectorisée.

- 5 IDE à temps plein (poste AM, PM, nuit)

- IDE de liaison de 8h à 22h 7j/7
- psychologue de 9h à 17h 5j/7
- psychiatre de garde (astreinte téléphonique plus ou moins déplacement) 24h/24

- 6h45 à 22h tous les jours de la semaine
- 4 personnes au service des urgences
- 1 personne le matin
- 1 personne l'après-midi

- IDE de psy 6h30/21h30 sur place
- nuit : psychiatre d'astreinte joignable par téléphone

- De 8h30 à 16h et de 16h à 23h30
- Infirmier, passage psychiatre, assistante sociale

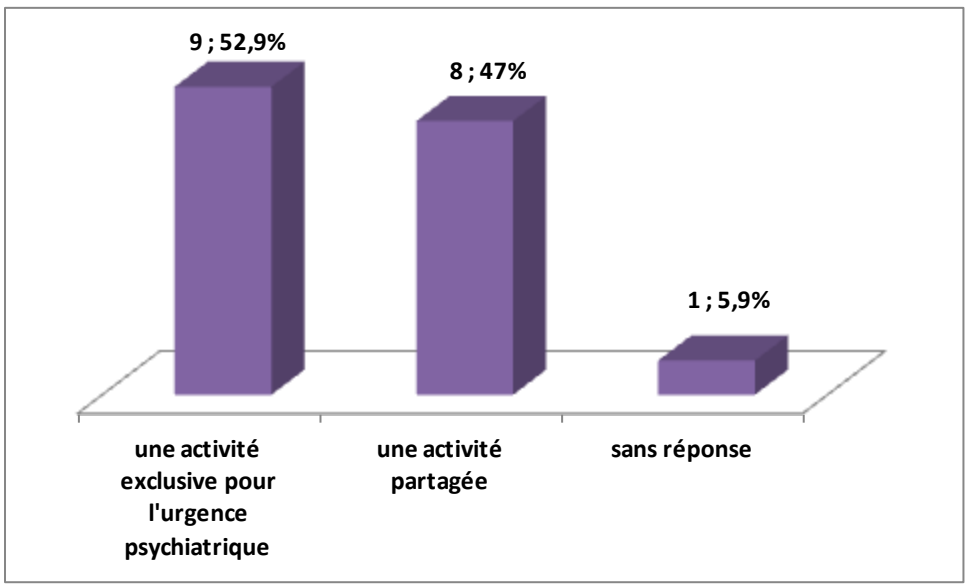
- Infirmière de l'urgence appelle un collègue de l'unité d'admission
- Limité, pas de possibilité d'intervention de l'infirmière du service de psychiatrie la nuit.

- 9h-12h30 et 13h30-16h30 hors jours fériés et we.

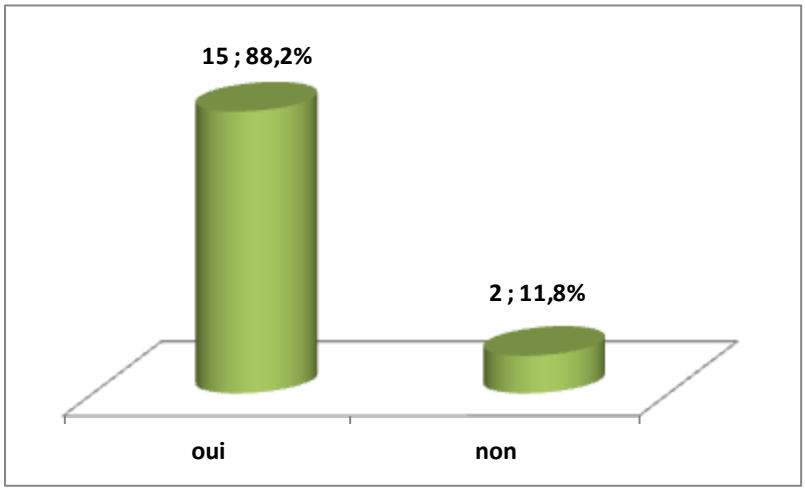
- équipe infirmière avec présence d'un infirmier psy de 6h à 21h 7j/7
- présence psychiatre 9h à 17h30 7j/7
Astreinte téléphonique psychiatre le reste du temps
- 20% du temps par des cadres infirmiers

Commentaires : Pratiquement tous les établissements qui n'ont pas une équipe 24h/24 ont au moins une présence infirmière établie sur toute la journée jusqu'au changement de poste avec l'équipe de nuit et une astreinte d'un médecin psychiatre.

III.2. L'équipe à compétence psychiatrique dédiée à :



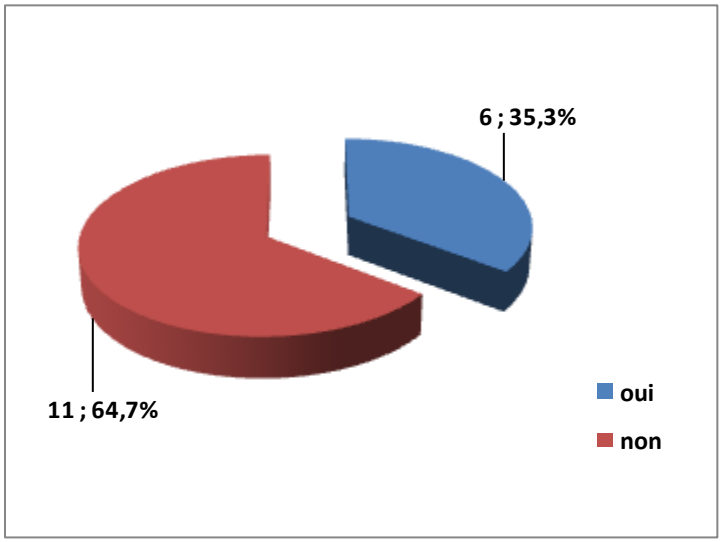
III.3.Y a-t-il un passage d'un psychiatre journalier ?



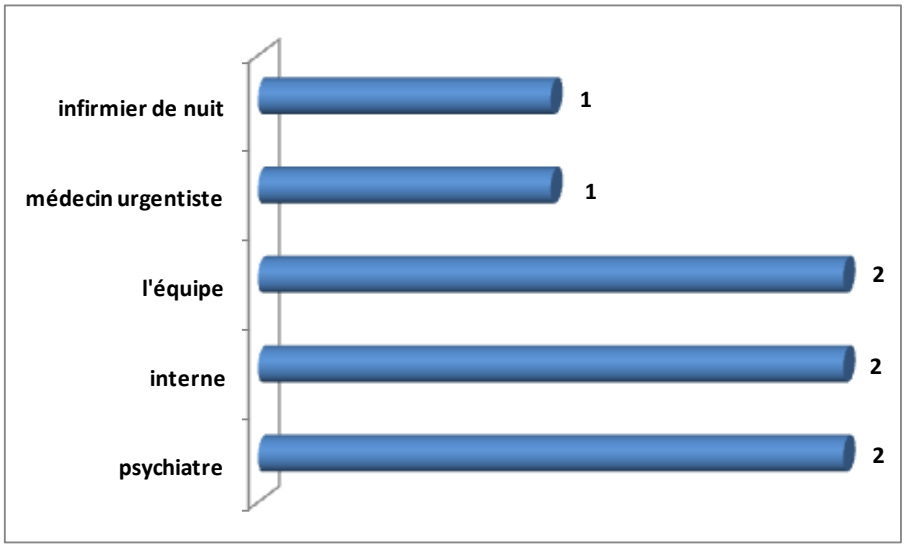
Commentaires : 50% des équipes à compétence psychiatrique ont une activité exclusive pour l'urgence psychiatrique.

Préconisation : il faut tendre vers les moyens dédiés consacrés exclusivement aux urgences psychiatriques, cette situation est interdépendante à l'organisation polaire et de la responsabilité de l'activité (soit de la responsabilité du pôle urgences, soit de celle du pôle de psychiatrie).

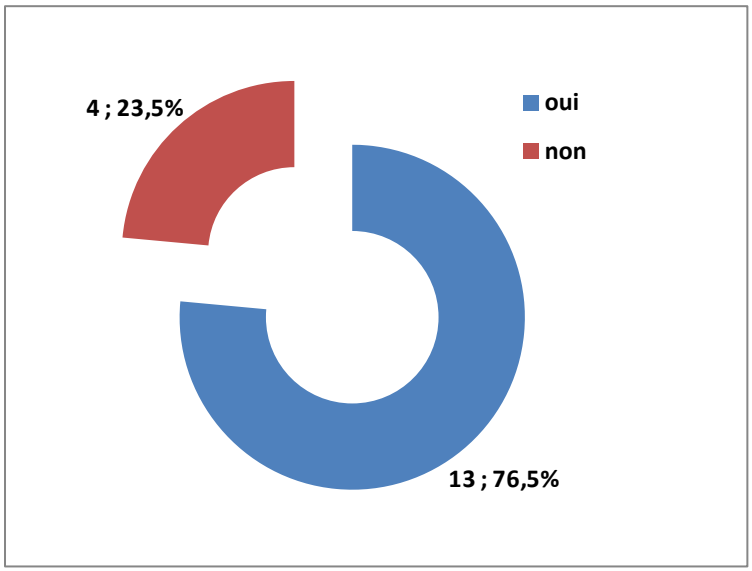
III.4. Existe-t-il une garde sur place ?



Si oui, celle-ci est réalisée par



III.5. Existe-il une astreinte à domicile ?

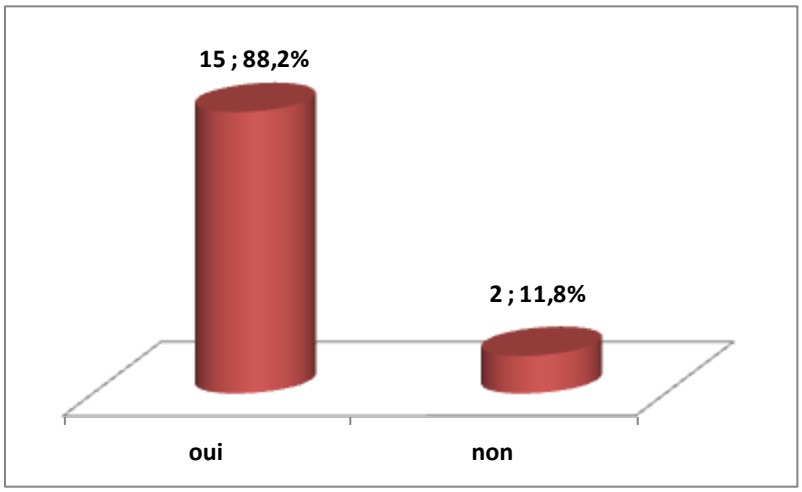


Toutes les astreintes à domicile sont réalisées par des psychiatres.

III.6. Existe-t-il un dispositif spécifique « gardes et/ou astreintes » pour la psychiatrie ?

Ce dispositif existe au sein des services audités.

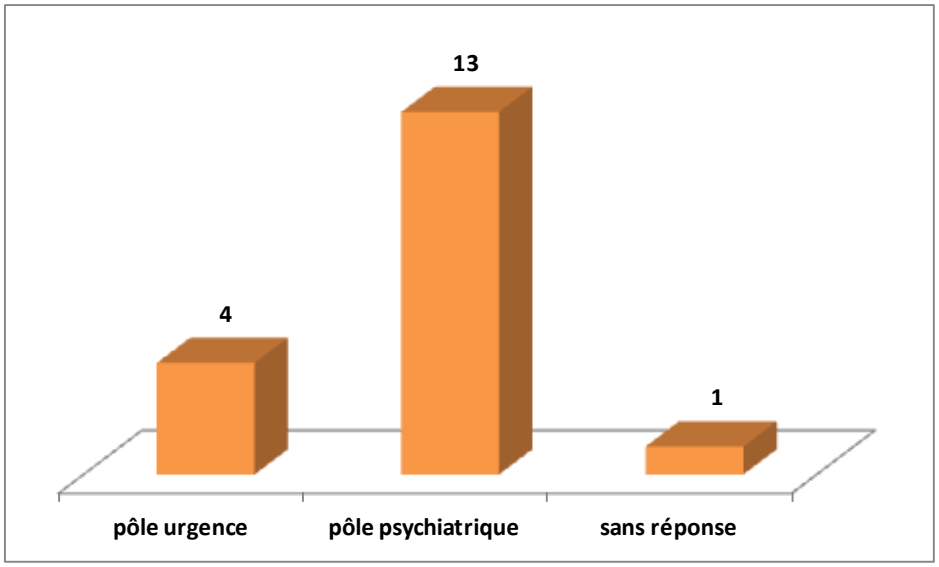
III.7. Un tableau de gardes et/ou astreintes est-il affiché ?



III-3 à la III-7

Commentaires : Une organisation et un dispositif est mis en place pour les établissements audités pour une prise en charge 24h/24.

III.8. Quel pôle clinique a la responsabilité de l'équipe dédiée ?



Autre, précisez :

- Unité intersectorielle
- pôle psychiatrie/gériatrie/handicap

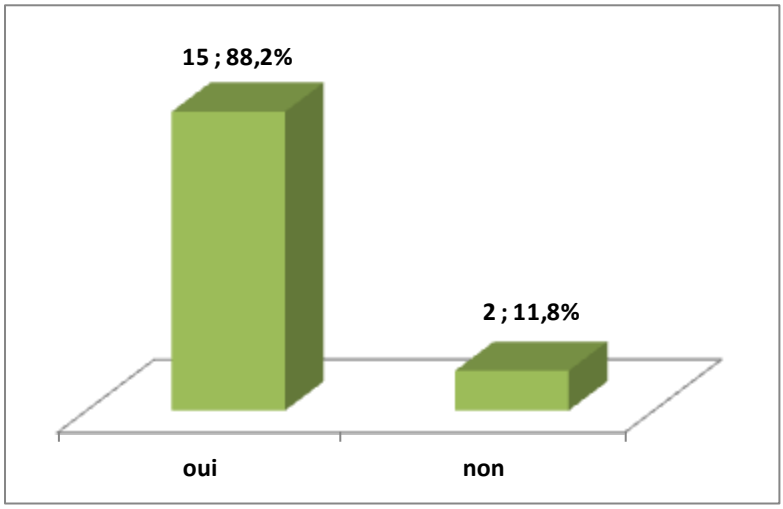
Effectif à titre indicatif :

- 3 IDE EPSM, 2 IDE CH
- 4 IDE, 1 psychologue
- 6 IDE par jour et 2.5 par nuit, 1 ETP PH
- 4 IDE (disponibilité 1 médecin et 1 cadre supérieur de santé)
- 5 ETP infirmiers
- 4 psychiatres, 1 interne, 13 IDE
- 1 temps plein de psychiatre, ½ temps de psychologue/ 6 temps et demi d'infirmier
- 1 infirmier par poste (pas la nuit) + 1 psychiatre astreinte –total environ 30 pers).
- 7 IDE (6.3 ETP)

- 4.8 ETP infirmier, 1 ETP psychiatre

Commentaires : Très majoritairement le pôle psychiatrique à la responsabilité de l'équipe dédiée.

III.9. Y a-t-il une possibilité d'hospitalisation de très courte durée (48 heures maximum) ?



Si oui, précisez le type de structure :

- UHCD (X9)
- EPSM ou urgence même
- psychiatrie
- CAC (X2)
- CAPI (centre d'accueil psychiatrie intersectoriel)
- pas de structure spécifique

Si non, précisez le type de dispositif d'attente :

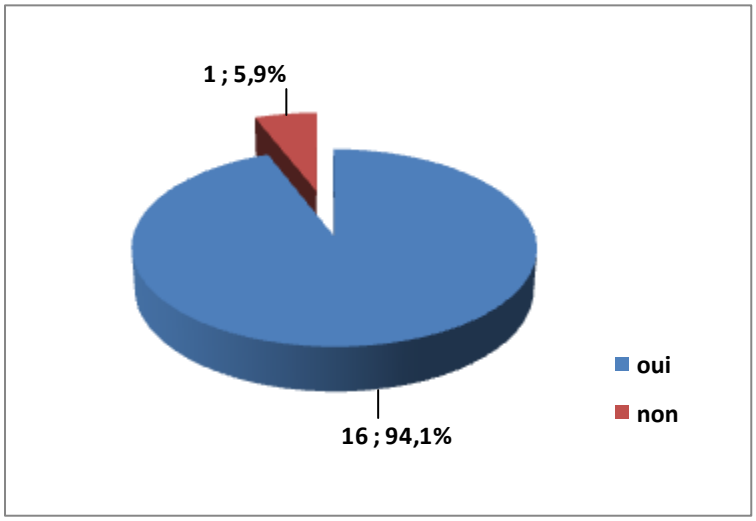
- lits porte vers UHCD

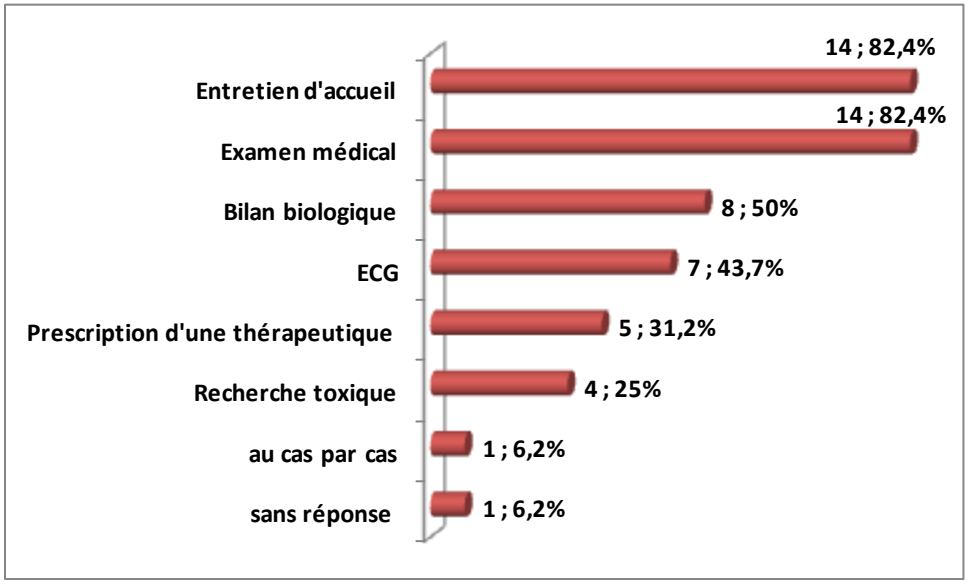
Commentaires : Dans la majorité des cas une hospitalisation de très courte durée est possible principalement en UHCD.

IV. SOINS

BILANS STANDARDS SYSTEMATIQUES DE MOINS DE 24H

IV.1. Réalisation d'un bilan somatique ?





Autre, précisez :

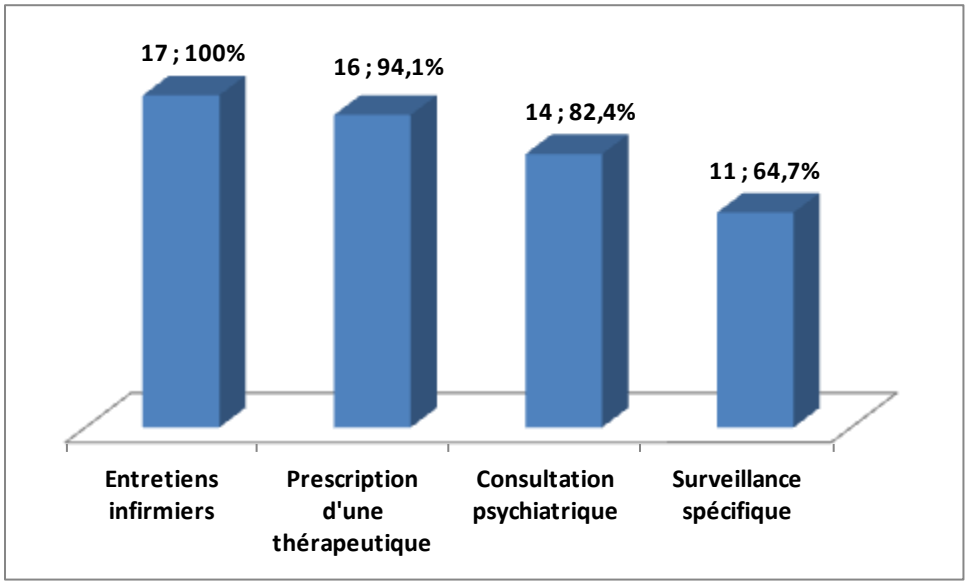
- autre demande au cas par cas
- En fonction de la symptomatologie
- à la demande
- imagerie
- avis spécialisé
- selon prescription de l'urgentiste (X2)

Commentaires : Un bilan somatique est réalisé dans les 24h conformément à la réglementation.

IV.2. Réalisation d'une évaluation clinique psychiatrique

Une évaluation clinique psychiatrique est réalisée dans tous les services audités.

Si oui, précisez



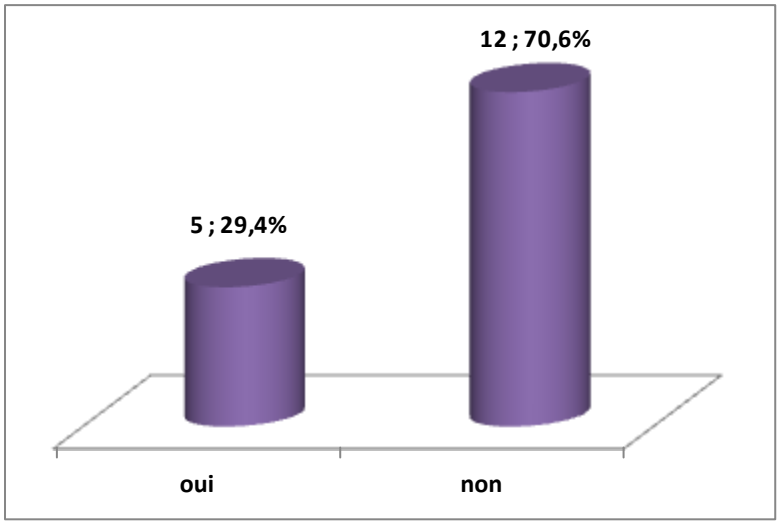
Autre précisez

- entretien psychologue
- hospitalisation si besoin

Commentaires : Une évaluation clinique psychiatrique est réalisée dans tous les services audités. Elle est réalisée majoritairement par les infirmiers (entretien) et complétée par une consultation du médecin psychiatre.

Pratique d'apaisement

IV.3. Existe-t-il un lieu dédié pour l'isolement thérapeutique ?



Si oui, précisez le type

- chambre d'isolement (X2)
- cabanon
- chambre sécurisée
- il existe une pièce proche du bureau infirmier psy dédiée à la mise sous contention qui sert aujourd'hui de débarras car pas de demande de l'équipe psy. Les contentions sont réalisées par les urgentistes dès l'arrivée du patient et la chambre n'est pas aménagée spécifiquement.

Pratique de contention bienveillante

IV.4. Utilisation de la contention ?

Tous les services utilisent la contention.

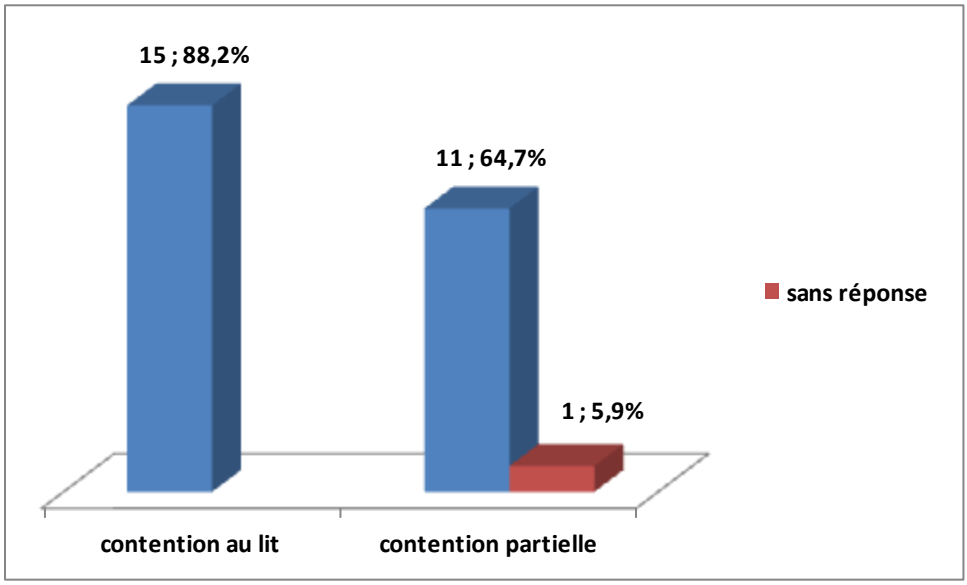
Si oui, précisez le type

- chimique et/ou mécanique (X4)
- contention physique (ventral, 4 membres, brancard dédié)
- contention physique (main, pieds, ventral) (X4)
- contention sur brancard avec lien ou au lit (X4)
- ceinture de contention abdomen+membres
- lit spécial contention
- fixe

Modalités techniques de la contention

IV.5. Contention au lit

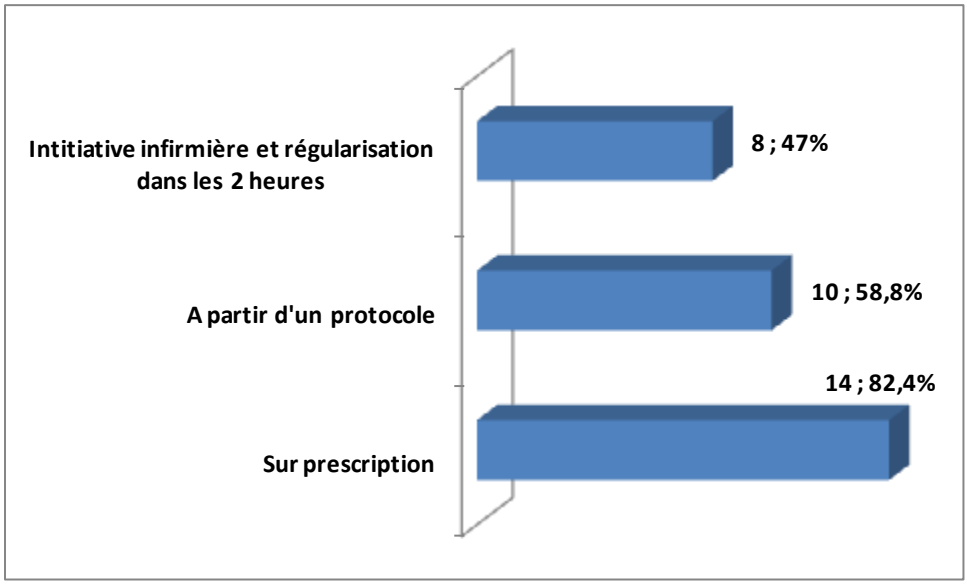
IV.6. Contention partielle



IV-3 à la IV-6 :

Commentaires : Peu d'établissement dispose d'un lieu dédié pour l'isolement thérapeutique, les faits recours aux contentions bienveillantes.

IV.7. L'isolement thérapeutique et/ou la contention bienveillante se fait-il ?



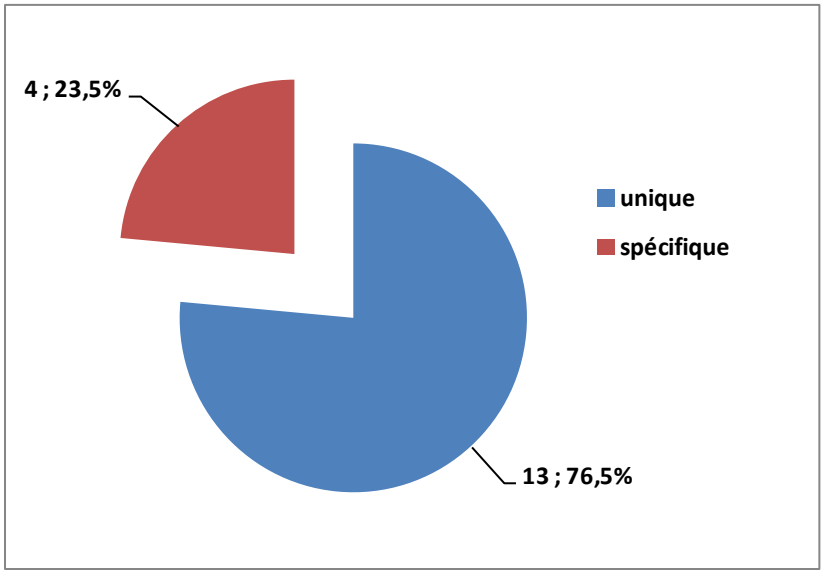
Autre, précisez :

- géré par les urgences et non l'équipe dédiée.

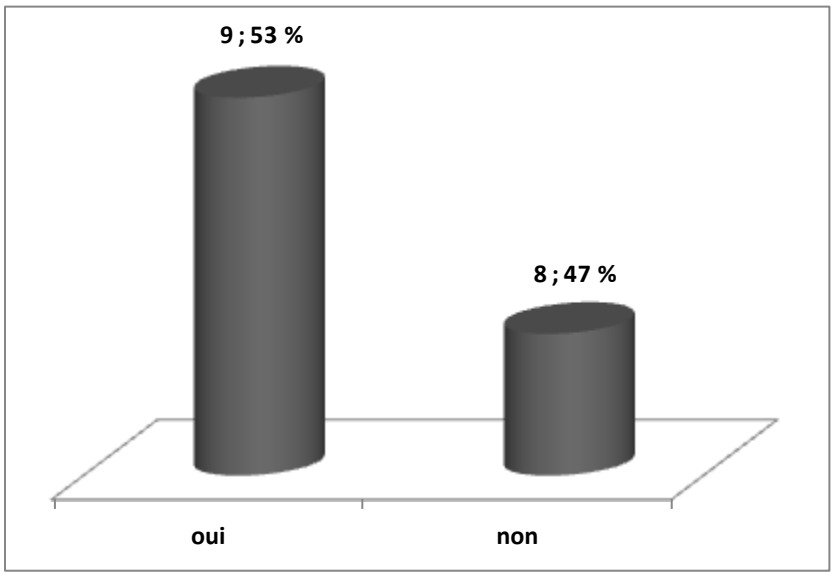
Commentaires : La mise en isolement thérapeutique et/ou contention bienveillante est réalisée majoritairement sur prescription médicale et à partir d'un protocole.

V. TRACABILITE DE L'ACTIVITE

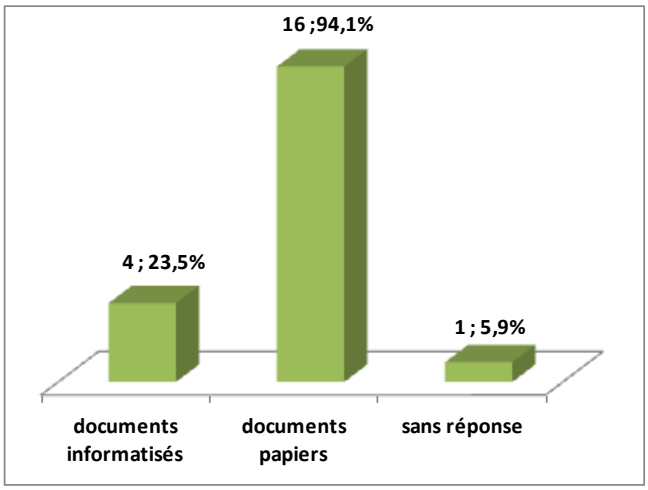
V.1. Le dossier patient est-il ?



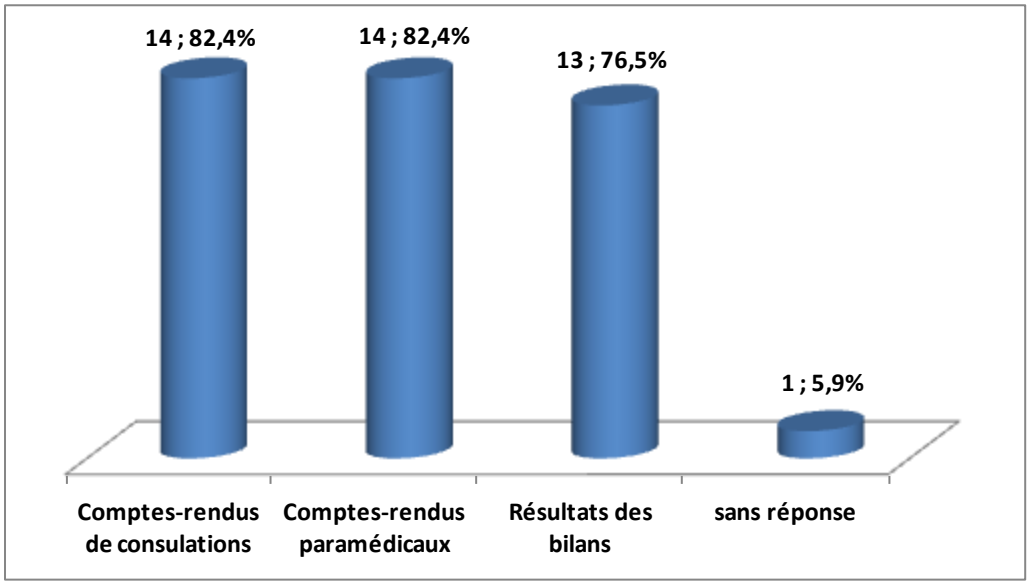
V.2. Existe-t-il un dossier patient informatisé ?



V.3. Quels types de documents de liaison existent-ils entre le service d'urgence et le service d'admission psychiatrique ?



Type de documents



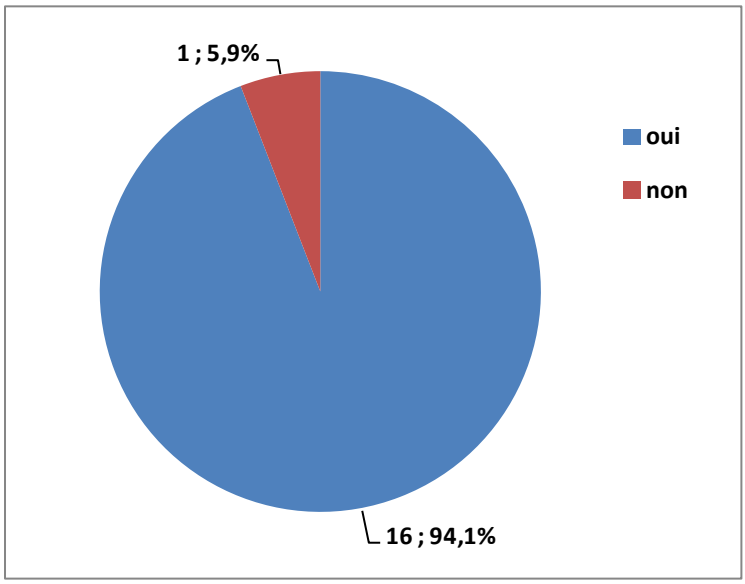
Types de documents, autre, précisez :

- feuilles de liaisons (X2)
- feuille d'entretien psychologue
- documents administratifs
- contrat de soins
- dossier urgence, fiche infirmière
- ECG

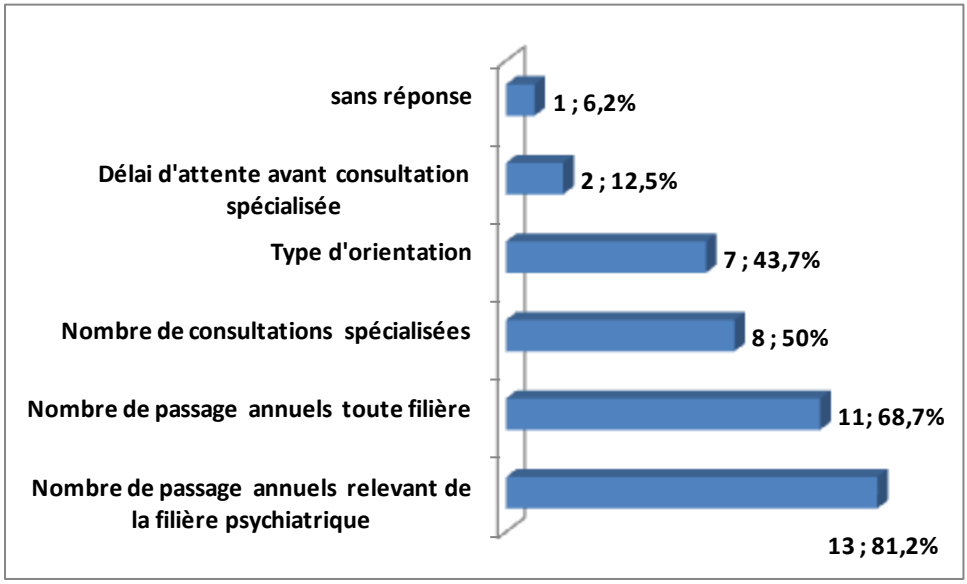
V.1 à V.3 :

Commentaires : Le dossier unique est majoritaire conformément à la réglementation. L'informatisation du dossier patient est partiellement développée dans les établissements. Les éléments du dossier patient établis aux urgences sont transmis dans l'unité d'hospitalisation.

V.4. Y a-t-il des indicateurs de suivi d'activité ?



Si oui, lesquels ? (pour 2011)



Autre, précisez :

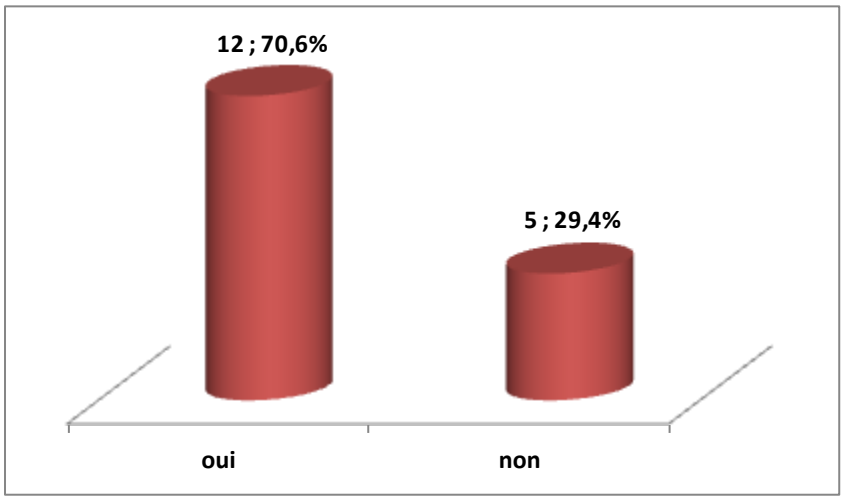
- Activité comptabilisée : que celle vue par IDE qui est absente la nuit et une partie du WE
- activité psychiatrique aux urgences (CIMAISE)

Commentaires :

Les indicateurs les plus souvent retrouvés :

- Le nombre de passage aux urgences,
- Le nombre de passage aux urgences par prise en soins (SL, SDT, SDRE...),
- Le nombre de passage par secteur/hôpital psychiatrique,
- La pyramide des âges,
- L'analyse du temps écoulé entre l'admission aux urgences et la décision médicale.
- Type d'orientation

V.5. Les données PMSI sont-elles renseignées ?

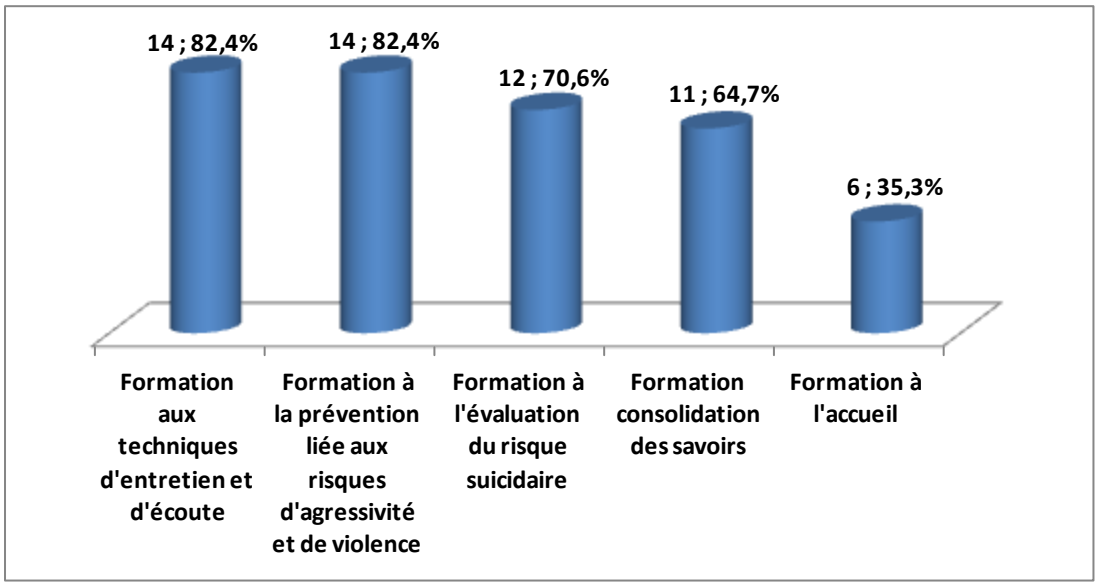


Commentaires : Les données PMSI sont liées aux développements de l'informatisation du dossier patient.

VI. FORMATION / PARTAGE DES PRATIQUES

LA FORMATION SPECIFIQUE DES PROFESSIONNELS DEDIES A L'ACTIVITE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

VI.1. A VI.5. Formations

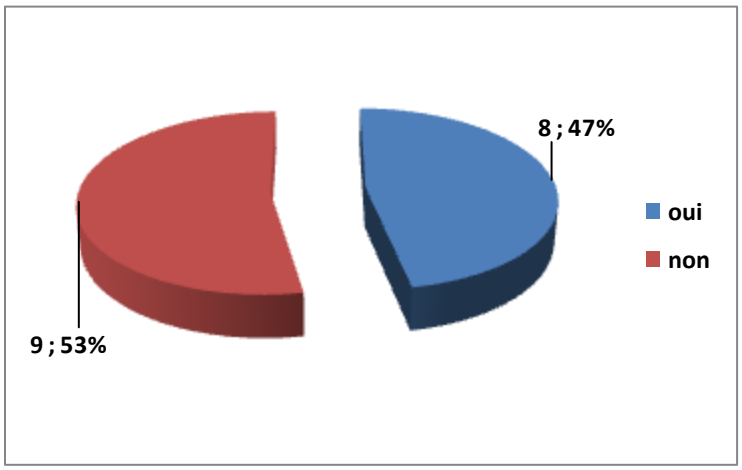


Autre, précisez :

- psychotrauma (X3)
- troubles cognitifs, addictologie, gestion agressivité, infanto-juvénile, transmission ciblée
- thérapie systémique brève (X2)
- formation interne par les médecins psychiatres, formation psy TUTORAT
- OMEGA (4 jours)
- gestion du stress
- professionnalisation TUTORAT
- aucune formation n'est rendue obligatoire pour travailler aux urgences psy. Par contre le tutorat existe et la formation OMEGA dont tous ont bénéficié.

PARTAGE DES PRATIQUES

VI.6. Existe-t-il un tutorat pour les jeunes professionnels ?

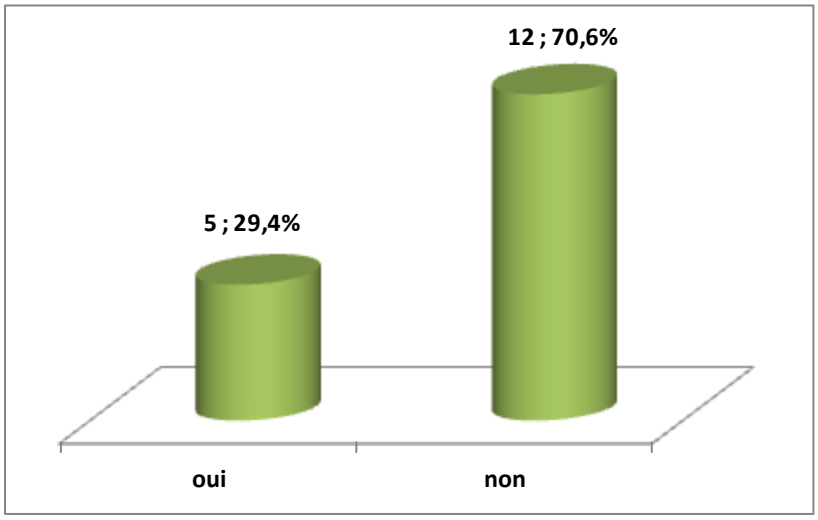


VI.1 à VI.6 :

Commentaires : De nombreux établissements font bénéficier les professionnels de l'équipe dédiée psychiatrique de formations spécifiques telles que les techniques d'entretien et d'écoute, la prévention liée aux risques d'agressivité et violence, aux risques suicidaires...

Préconisation : Les formations repérées doivent être intégrées dans un plan de formation de manière systématique pour les professionnels affectés à l'urgence psychiatrique, de même la mise en place du tutorat pour le professionnel novice dans son activité.

VI.7. Existe-t-il des temps dédiés aux échanges de pratiques entre les professionnels des urgences et de psychiatrie ?



Si oui, sous quelle forme

Sur les 5 ayant répondu oui, 3 d'entre eux sous forme de réunion de partage des pratiques, aucun en formation.

Autre précisez
- échanges non formalisés
- réunion mensuelle de coordination.

Commentaires : Peu d'échange de pratiques existe entre les professionnels des urgences et de psychiatrie.
Préconisation : Des échanges et analyse de pratiques doivent se mettre en place entre les professionnels des urgences et de psychiatrie.