



DIRECTION DE LA SANTE

Les outils Soins de Santé Primaires

Urgences en santé mentale

RECOMMANDATIONS OFFICIELLES DE LA DIRECTION DE LA SANTE DE POLYNESIE FRANÇAISE

Février 2020



La Direction de la santé a adopté, en 2019, un programme ambitieux de Modernisation des Soins de Santé Primaires, dont l'objectif est de participer à l'amélioration de l'état de santé de la population de Polynésie française en contribuant au renforcement des soins de santé primaires, selon une approche moderne et adaptée au contexte local.

Un des axes forts de ce programme est l'homogénéisation et le développement des connaissances et des pratiques des professionnels en matière de soins de santé primaires, dans une démarche de qualité, de sécurité et d'efficacité du service public.

*C'est pourquoi la Direction de la santé propose une série de formation et d'outils pratiques afférents, dont l'outil « **Urgence en santé mentale** ». Ce dernier a pour objectif d'apporter aux professionnels de la santé des recommandations et des éléments pratiques pour l'accueil et la prise en charge d'urgence des personnes présentant des troubles psychiques. Les protocoles de prise en charge et de suivi ne relevant pas de l'urgence sont décrites dans l'outil « MhGAP » de l'OMS.*

Afin de répondre au mieux aux besoins et attentes, cet outil est le fruit d'un travail collaboratif impliquant de nombreux professionnels, dont je remercie l'implication.

Docteur Laurence BONNAC-THERON
Directrice de la santé en Polynésie française



Sommaire

La santé mentale ^[1]	3
Comment communiquer efficacement ?	4
Que faire face à un adulte agité ou agressif ?	6
Que faire face à un adulte en détresse psychique ?	10
Que faire face à un enfant / adolescent en souffrance psychique ?	15
Soins psychiatriques SANS consentement du patient	16
A retenir	20

LA SANTE MENTALE [1]

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé mentale est un état de **bien-être** qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté.

Ainsi, la santé mentale, tout comme la santé en général, concerne l'ensemble de la société et dépend de nombreux facteurs, ou **déterminants de la santé**, tels que le réseau social, les relations familiales, l'environnement, les comportements individuels, la sécurité, le niveau d'éducation, l'emploi, etc.

Les conditions de vie et un environnement favorables contribuent largement à l'équilibre d'un individu. A contrario, les changements sociaux rapides, les conditions de travail éprouvantes ou le chômage, l'exclusion sociale, la précarité et le faible niveau d'instruction sont des facteurs de risque reconnus comme néfastes pour la santé mentale. Il est avéré que l'évolution rapide des modes de vie, en particulier due à l'urbanisation, engendre une perte de repères créant ainsi les conditions d'une augmentation des **addictions** et des **violences**.

Malgré un niveau de spécialisation élevé et l'implication de nombreux partenaires, la Polynésie française, présente des indicateurs préoccupants par leur niveau élevé et par leur tendance à la hausse. Il s'agit en particulier :

- Des violences et notamment intrafamiliales qui concernent 70% des actes de violences
- Des addictions en augmentation
- De la problématique de la dépression et de celle des suicides
- De l'augmentation des troubles psychiques liés au développement inquiétant des pathologies dites de surcharge et des affections liées à l'évolution rapide du mode de vie et des pratiques alimentaires en Polynésie française.

Selon l'enquête « Santé mentale en population générale » conduite en 2015, **42 % aurait au moins un trouble psychique.**



Cet outil a pour objectif d'apporter aux professionnels de la santé des recommandations et des éléments pratiques pour **l'accueil et la prise en charge d'urgence** des personnes présentant des troubles psychiques.

Les protocoles de prise en charge et de suivi ne relevant pas de l'urgence sont décrites dans l'outil « MhGAP » de l'OMS.

COMMENT COMMUNIQUER EFFICACEMENT ?

Adopter des techniques de communication efficaces permet aux personnels de santé d'assurer des soins de qualité aux adultes, adolescents et enfants souffrant de troubles mentaux ou liés à l'abus de substances.

Voici les techniques de base ^[2] :

En santé mentale, la disponibilité et la bienveillance font parties du soin.

CREEZ UN ENVIRONNEMENT FAVORISANT LA COMMUNICATION

- Présentez-vous, et rappelez si nécessaire votre fonction et la base de votre travail.
- Si possible, rencontrez la personne dans un espace réservé.
- Accueillez avec bienveillance la personne, en vous adaptant à sa culture.
- Gardez le contact visuel et adoptez un langage corporel et des expressions du visage favorisant la confiance.
- Précisez que les informations dont vous allez parler resteront confidentielles et qu'elles ne seront partagées qu'avec des professionnels si besoin.
- Si un aidant/accompagnant est présent, demandez à vous entretenir avec la personne seule (sauf dans le cas d'un jeune enfant) et demandez la permission de divulguer des informations cliniques ensuite.
- Si la personne que vous rencontrez est une femme jeune, envisagez la possibilité qu'un membre féminin du personnel assiste à la rencontre.

Je ne parlerai de ce que tu me diras qu'avec l'équipe de professionnels.

Est-ce que tu préfères que l'on se voit tous les deux ou avec la personne qui t'accompagne ?

Aie confiance, ensemble on va améliorer ta situation.

IMPLIQUEZ LA PERSONNE

Faites-en sorte que la personne (et, avec son consentement, son aidant et sa famille) soit impliquée autant que possible dans l'évaluation et la prise en charge, y compris les enfants, les adolescents et les personnes âgées.

ADAPTEZ VOTRE LANGAGE

- Utilisez un langage simple. Soyez clair et concis.
- Utilisez des questions ouvertes, reformulez et clarifiez les propos.
- Reformulez et répétez les points clés.
- Permettez à la personne de poser des questions sur les informations fournies.

Si je comprends bien ce que tu me dis, ...

ECOUTEZ

- Ecoutez de manière active. Soyez réceptif et empathique.
- Laissez la personne s'exprimer sans l'interrompre.
- Si la personne ne s'exprime pas tout de suite, attendez et soyez patient.
- Respectez les silences.
- Si son récit n'est pas clair, demandez des précisions.
- Pour les enfants, utilisez un langage approprié, en leur demandant par exemple leurs centres d'intérêt (jeux, copains, école, etc.).
- Pour les adolescents, faites-leur sentir que vous comprenez leurs sentiments et leur situation.

Je vais t'écouter sans t'interrompre et puis je te poserai des questions

Prend le temps qu'il te faut.

Qu'est ce qui t'a amené à ?

MONTREZ-VOUS TOUJOURS BIENVEILLANT ET RESPECTUEUX, ABSTENEZ-VOUS DE JUGER

- Montrez toujours du respect.
- Ne jugez pas sur les comportements ou les apparences.
- Restez calme et patient.
- Ne donnez pas votre avis

FAITES PREUVE DE TACT LORSQUE LA PERSONNE FAIT ETAT D'EXPERIENCES DIFFICILES (EX : VIOLENCE, AUTO-AGRESSION)

- Faites plus particulièrement preuve de tact sur des sujets difficiles.
- Reconnaissez clairement qu'il a pu être difficile pour la personne de révéler ces informations.

Je sais que c'est difficile d'en parler mais je suis là pour t'aider.



LA COMMUNICATION, CE N'EST PAS QUE DES MOTS !

SOYEZ ATTENTIF AU LANGAGE NON VERBAL [3]

« Le langage du corps traduit toutes les sensations et les sentiments que nous ressentons au travers d'attitudes corporelles et faciales. Cette communication peut renforcer le langage parlé, mais aussi le contredire. Il peut y avoir discordance entre ce que nous disons et ce que nous exprimons de façon non verbale, car ce mode de communication est plus instinctif. Par exemple, si quelqu'un nous marche sur les pieds, nous pouvons par politesse dire que nous n'avons pas mal. Cependant, il sera plus difficile de ne pas manifester notre douleur par une mimique. La communication non verbale s'exprime par différents éléments à prendre en compte :

- Les expressions faciales, ou mimiques
- Le regard
- Le toucher
- Les gestes et postures

QUE FAIRE FACE A UN ADULTE AGITE OU AGRESSIF ?

1

ACCUEILLIR ET ESSAYER DE DESAMORCER L'AGITATION

- Rester calme et encourager la personne à parler de ses préoccupations
- Proposer à boire et / ou à manger
- Parler sur un ton apaisant
- Ecouter attentivement
- Passer du temps avec la personne
- Essayer de trouver la source du problème et les pistes de solutions
- Impliquer les aidants et les soignants
- Ecarter de la situation toute personne qui pourrait déclencher l'agressivité
- Ecarter tout objet pouvant entraîner un danger
- Garder un accès rapide à la sortie (pas d'obstacle sur le chemin)
- Repérer la dangerosité (proximité de la personne, attitude agressive, tension musculaire, etc.)
- Refléter les émotions de la personne pour les valider « je vois que vous êtes en colère, qu'est ce qui ne va pas? »

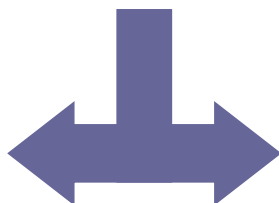
CHOSSES A NE PAS FAIRE

- Se mettre en danger (il s'agit de savoir se mettre à l'écart en cas de non-collaboration)
- Ne pas s'enfermer dans une pièce avec un malade agité
- Ne pas tourner le dos au patient
- Ne jamais se moquer de la personne
- Ne pas être agressif en retour, éviter tout geste brusque
- Ne pas hausser la voix

2 A

CONTACT POSSIBLE ET AGITATION MODEREE

Examen somatique et entretien bref pour situer le cadre **diagnostique**



2 B

IMPOSSIBILITE DE COMMUNICATION ET AGITATION MAJEURE

Maîtrise et sédation immédiates du patient pour éviter la survenue d'un accident

CONTACTER UN MEDECIN



VERS QUI PUIS-JE ME TOURNER ?

Utiliser tous les ressorts disponibles dans les délais nécessaires (pompiers, gendarmes, personnel soignant le plus compétent : IDE, médecin disponible, SAMU, psychiatre de garde, associations, etc.)

Attention ! Pour une meilleure efficacité, il est recommandé de définir en amont le protocole d'intervention conjointe de prise en charge des urgences en santé mentale.

2 A

LE CONTACT EST POSSIBLE ET L'AGITATION EST MODEREE [2]

==> Examen somatique, entretien bref pour situer le cadre diagnostique et **contact avec le médecin référent ou un spécialiste**

1/ EVALUER LA CAUSE SOUS-JACENTE

- Contrôler la **glycémie**. Si elle est faible, administrer du glucose.
- Contrôler les **signes vitaux, température, saturation en oxygène**. Administrer de l'oxygène en cas de besoin.
- Eliminer un **syndrome confusionnel et les causes médicales**, dont l'empoisonnement.
- Eliminer la **consommation d'alcool ou de drogues**. Envisager en particulier une intoxication aux stimulants et/ou un sevrage d'alcool/sédatifs.
- Eliminer une agitation en lien avec un **trouble psychotique** ou un **épisode maniaque** dans le cadre d'un trouble bipolaire.

2/ CONTACTER LE MEDECIN REFERENT OU UN SPECIALISTE

2 B

LE CONTACT EST IMPOSSIBLE ET L'AGITATION EST MAJEURE

APRES AVIS MEDICAL ==> maîtrise et sédation immédiates du patient pour éviter la survenue d'un accident

- Utiliser **Valium** 30 à 60 gouttes (10 à 20 mg per os)
- Si refus 1 à 2 ampoules I.M. (en fonction de la corpulence et la sévérité de l'état d'agitation)
- Attendre 30 minutes
- Si besoin, **Loxapac** 100 à 200 gouttes I.M. (ou 1 à 2 ampoules I.M.)

ATTENTION ! : Créer une relation de confiance afin de favoriser une prise per os des médicaments

- Utiliser **l'Hypnovel** (1 amp. Intranasale) si possibilité de monitoring
- Relai obligatoire dans les 30 minutes avec de la Loxapine

CF P.8 : SEDATION DU PATIENT AGITE PAR VOIE INTRANASALE

EN CAS DE VIOLENCE EXTREME :

- Solliciter l'aide du personnel ou de la police
- Contacter un spécialiste ou le professionnel référent
- Rester avec la personne et si nécessaire, procéder à une **CONTENTION PHYSIQUE OU UN ISOLEMENT** (CF P. SUIVANTE)

Si la personne est toujours agitée, vérifier la saturation d'oxygène, les signes vitaux et la glycémie.

Envisager la possibilité d'un état douloureux.



PROTOCOLE DE CONTENTION D'UN PATIENT AGITE ET VIOLENT

La **contention** est un soin réalisé **SUR PRESCRIPTION MEDICALE** qui consiste à restreindre, à maîtriser les mouvements d'un patient en l'immobilisant sur un brancard ou un lit muni d'attaches verrouillées. Elle a pour objectif :

- d'assurer la sécurité du patient et de son environnement
- de prévenir la rupture thérapeutique

Matériels

- Un brancard équipé d'une ceinture ventrale et d'attaches pour chaque membre
- Une chambre sécurisée avec un lit fixé au sol au centre de la pièce
- Une feuille de prescription médicale
- Une fiche de traçabilité nominative

Modalités

- Prévoir au moins 5 membres de l'équipe médicale et paramédicale dont un coordinateur
- Appel des agents de la sécurité
- Le coordonnateur assure la continuité du lien relationnel

Contre-indications

- **Somatiques** : Affections organiques non stabilisées dont le diagnostic ou pronostic peut être grave.
- **Non somatiques** :
 - * Utilisation à titre de punition
 - * Etat clinique ne nécessitant pas ces mesures
 - * Uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe ou pour son confort
 - * Uniquement liée au manque de personnel

REALISATION PRATIQUE

1. **Sur ordre du soignant coordonnateur**, saisir le patient par les 4 membres (1 soignant par membre) en empaumant chacun le bras et l'avant-bras ou le mollet et la cuisse. **En parallèle**, le coordonnateur saisit la tête du patient et la maintient sur le côté (évite les risques de morsures).
2. Coucher le patient sur le dos, sur un brancard
3. Maintenir par une attache chaque membre, boucler la ceinture ventrale et verrouiller les attaches
4. Déshabiller partiellement le patient et le couvrir d'un drap (préserve sa dignité)
5. Fouiller le patient et supprimer tout objet potentiellement dangereux.
6. Retirer la ceinture de pantalon
7. Surélever la tête du brancard (évite les risques d'inhalation)
8. Appliquer la sédation médicamenteuse
9. Ouvrir la fiche de traçabilité et de surveillance rapprochée (suivant la prescription médicale)
10. Surélever les pieds (diminue l'amplitude des mouvements)
11. Entretenir le lien relationnel
12. Coincer le brancard dans l'angle d'une pièce (si le patient n'est pas maintenu sur un lit fixé au sol)
13. Vérifier et verrouiller les attaches (pas sur les articulations, ni trop serrées, ni trop lâches)
14. Réévaluer l'état clinique à chaque consultation médicale de surveillance (2 fois par 24 heures), afin de décider ou non de l'arrêt de l'isolement. Consultation infirmière : surveillance toutes les heures (avant consultation médicale)
15. Lever partiellement puis complètement la contention au plus tôt. La décision de la levée de l'isolement et/ou contention se fait sur décision médicale.
16. Clore la fiche de traçabilité



Pour plus de précisions, consulter « Isolement et contention en psychiatrie générale Méthode Recommandations pour la pratique clinique » de la HAS



SEDATION DU PATIENT AGITE PAR VOIE INTRANASALE [5]

Préalables

- Renfort de la sécurité si besoin
- Contention physique du patient (Rappel : 5 personnes nécessaires pour une intervention sur un patient agité, un personnel maintenant chaque membre et un personnel maintien la tête)

Matériels

- Un dispositif spécifique intranasal atomisant les particules (30 à 100 μ) est nécessaire

Contre-indications

- Allergie
- Insuffisance respiratoire
- Myopathie

PREPARATION DU MIDAZOLAM (HYPNOVEL) PAR L'INFIRMIER RESPONSABLE DU PATIENT APRES AVIS MEDICAL

- Utiliser les ampoules 10mg/ml
- Utiliser une seringue de 1 ml avec l'embout intranasal spécifique
- Diviser la dose entre les 2 narines (10mg au total soit 0.5 ml dans chaque narine)
- Insérer l'embout dans la narine en direction du septum et presser le piston rapidement
- Préparer le matériel d'aspiration et d'oxygénothérapie

Pour le Midazolam :
délai d'action de 10
minutes, durée d'action de
30 à 60 minutes

SURVEILLANCE DES EFFETS SECONDAIRES

- Sensation de brûlure ou de douleur nasale pendant 30 secondes
- Dépression respiratoire à l'inhalation (très rare)
- Réaction paradoxale (rare avec la voie intranasale)

SURVEILLANCE DU PATIENT

- Patient en position demi assise ou tête sur le côté
- Contrôle 5 et 10 minutes après l'inhalation : pouls, TA, SpO2

DEBUTER LE RELAI DE LA SEDATION

- Loxapac IM en première intention (100mg chez l'adulte, à adapter chez les sujets âgés) une demi-heure après l'injection intranasale"
- ou Diazépam IM (1 amp 10 mg) surtout si notion de prise de toxique (alcool / drogues)

QUE FAIRE FACE A UN ADULTE EN DETRESSE PSYCHIQUE ?

Les troubles mentaux, la détresse émotionnelle aiguë et le désespoir peuvent mener au suicide ou à des actes auto-agressifs.

LA CRISE SUICIDAIRE [6]

La crise suicidaire est un état de trouble psychique aigu, caractérisé par la présence d'idées noires et d'une envie de suicide de plus en plus marquées et envahissantes. La personne confrontée à ce moment de grande souffrance ne trouve pas en elle les ressources suffisantes pour le surmonter. Elle se sent dans une impasse et confrontée à une telle souffrance que la mort apparaît progressivement comme le seul moyen de trouver une issue à cet état de crise.

Les idées suicidaires sont le début d'un processus qui peut aboutir à une tentative de suicide : elles peuvent déboucher sur un passage à l'acte. Pour prévenir ce risque et aider la personne à surmonter la crise, il est essentiel de repérer les signes de détresse qu'elle peut manifester. La crise suicidaire est temporaire et réversible en l'absence de passage à l'acte.

QUELS SONT LES FACTEURS PROTECTEURS ?

L'entourage et le soutien de la famille, des amis, des collègues, des communautés religieuses, des associations et des professionnels de santé sont les principaux facteurs protecteurs.

QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE SUICIDAIRE ?

La personne concernée par le risque de tentative de suicide peut par exemple :

- Souffrir de troubles mentaux (dépression, dépendance à l'alcool, schizophrénie)
- Présenter un problème de santé physique grave comme par exemple des maladies incurables (terminales, douloureuses, invalidantes, SIDA)
- Avoir des antécédents personnels de tentative de suicide
- Avoir des antécédents familiaux de suicide, addictions, et de tout autre trouble mental
- Vivre ou avoir vécu des événements de vie douloureux (ex. Deuil dans l'enfance)
- Être socialement isolé (divorcés, veufs, célibataires)
- Être sans emploi ou retraité

QUELS FACTEURS PEUVENT PRECIPITER UNE CRISE SUICIDAIRE ?

- Séparation conjugale
- Deuil
- Conflits familiaux
- Changement professionnel et du statut matériel
- Rejet par une personne proche
- Honte et culpabilisation

MOTIFS DE CONSULTATION TYPIQUES D'UN INDIVIDU PRESENTANT UN RISQUE SUICIDAIRE OU AUTO-AGRESSIF

Sentiment de détresse ou de bouleversement extrême

Tristesse ou désespoir profond

Antécédents de tentatives d'actes auto-agressifs (tels qu'une intoxication aiguë par les pesticides, une intoxication médicamenteuse volontaire, des automutilations).

ETAPE 1 : EVALUER^[7]

QUESTION 1 :

Le sujet a-t-il récemment tenté de se suicider ou de commettre des actes auto-agressifs ?

QUESTION 2 :

Y a-t-il un risque imminent (= dans les 3 jours) de conduite auto-agressive / suicidaire ?

Pour évaluer le risque, penser à la méthode d'évaluation du scénario suicidaire (méthode COQ) :

Comment (= moyen)

Où (= lieu)

Quand (= Moment)

QUESTION 3 :

Existe-t-il des troubles concomitants associés aux actes suicidaires ou auto-agressifs ?

Évaluer les éléments suivants :

- 1/ Empoisonnement , intoxication aiguë à l'alcool / drogues et surconsommation médicamenteuse ou autres actes auto-agressifs
- 2/ Signes nécessitant un traitement médical urgent : saignement dû à une automutilation, perte de conscience, léthargie extrême

A/ Interroger le sujet et/ou ses aidants sur :

- Les idées ou les projets de suicide à l'heure actuelle ou au cours du mois passé (=scénario envisagé)
- Les actes auto-agressifs au cours de l'année écoulée et les antécédents familiaux de tentative de suicide ou de suicide,
- L'accès à des moyens de suicide (tels qu'une corde, des pesticides, des armes, des couteaux, des médicaments prescrits ou des drogues) : disponibilité et risque de mort selon le moyen envisagé

B/ Rechercher les signes de troubles psychiatriques (dépression, psychose) :

- Désespoir ou détresse émotionnelle aiguë
- Comportement violent ou agitation extrême
- Repli sur soi-même ou réticence à communiquer

Le sujet est considéré comme présentant un risque imminent (= dans les 3 jours) d'actes suicidaires ou auto-agressifs en cas :

- De présence d'idées, récurrentes ou permanentes, de projets ou d'actes suicidaires,
- Ou d'antécédents d'idées ou de projets d'actes auto-agressifs au cours du mois précédent ou d'actes en ce sens au cours de l'année écoulée chez un sujet qui est maintenant extrêmement agité, violent, en détresse ou non communicant.

Évaluer et prendre en charge les troubles concomitants possibles :

Incapacité ou douleur chronique, Trouble dépressif modéré à sévère, Troubles psychotiques , Consommation nocive d'alcool ou de drogues, État de stress post-traumatique, Détresse émotionnelle aiguë

Vous pouvez également utiliser la grille RUD (Risque Urgence Dangersité) (cf. Manuel de formation de la stratégie nationale de prévention du suicide de Terra et Seguin)



PARLER DES ACTES SUICIDAIRES OU AUTO-AGRESSIFS

Certains professionnels de la santé craignent, à tort, que parler de suicide va inciter l'individu à commettre une tentative de suicide. Au contraire, en parler diminue souvent l'anxiété de l'individu concernant ses idées suicidaires, l'aide à se sentir compris et donne l'occasion d'approfondir le sujet.

COMMENT PARLER DES ACTES SUICIDAIRES OU AUTO-AGRESSIFS ?



1. INSTAURER UN CLIMAT SECURISANT ET INTIME POUR QUE LE SUJET PUISSE SE CONFIER

- Ne pas porter de jugement sur les tendances suicidaires du sujet.
- Proposer de parler avec le sujet seul ou avec d'autres personnes de son choix.

2. EMPLOYER UNE SERIE DE QUESTIONS OU CHAQUE REPONSE MENE NATURELLEMENT A UNE AUTRE QUESTION

Par exemple :

1. *[Commencer par le présent]* Comment te sens-tu ?
2. *[Prendre en compte les sentiments du sujet]* Tu sembles triste/bouleversé. Nous pourrions en parler.
3. Certaines personnes connaissant les mêmes problèmes m'ont dit qu'ils pensaient que la vie ne valait pas la peine d'être vécue. Te couches-tu le soir en souhaitant ne plus jamais te réveiller ?
4. As-tu déjà pensé à te faire du mal ? *Si oui, de quelle façon ?*
5. As-tu pensé à la mort, ou que la vie ne valait plus la peine d'être vécue ?
6. As-tu déjà projeté d'en finir avec la vie ? *Si oui, de quelle façon ?*
7. As-tu les moyens d'en finir avec la vie ? *Si oui, lesquels ?*
8. As-tu déjà pensé à quel moment le faire ? *Si oui, à quel moment y as-tu pensé ?*
9. As-tu déjà essayé de te suicider ?
10. Comment imagines-tu ton avenir ? Qu'en attends-tu ?

ATTENTION !

Si l'individu ne répond que par oui ou par non, n'hésitez pas à reformuler les questions ou poser des questions supplémentaires si besoin.

La discussion doit rester ouverte.

3. SI LE SUJET A FAIT PART D'IDEES SUICIDAIRES

- Conserver une attitude calme et prévenante.
- Ne pas faire de fausses promesses.



A RETENIR

Le fait de poser directement les questions n'augmente pas le risque de suicide. Au contraire cela peut soulager le patient de se sentir compris et écouté.

ETAPE 2 : PRENDRE EN CHARGE (PROGRAMME BASIQUE)

Présence ou antécédents de pensées, de projets ou d'acte(s) auto-agressifs ou suicidaires sans imminence :

**RISQUE DE CONDUITES
AUTO-AGRESSIVES / SUICIDE
NON IMMINENT**

Présence ou antécédents de pensées, de projets ou d'acte(s) auto-agressifs ou suicidaires chez une personne très agitée, violente, en détresse ou qui ne communique pas :

**RISQUE IMMINENT D'AUTO-
AGRESSIONS / SUICIDE (=**
DANS LES 3 JOURS)

Acte auto-agressif avec signes d'empoisonnement ou d'intoxication, saignement dû à une blessure auto-infligée, perte de connaissance et/ou extrême léthargie :

**ACTE AUTO-AGRESSIF
SERIEUX SUR LE PLAN
MEDICAL**

Offrir et mettre en place un soutien psychosocial.

Maintenir des contacts réguliers et assurer un suivi.

Essayer de remplir le **plan de sécurité avec le patient (cf. outil)**

Si le patient décompensant mais calme, refuse la prise en charge, proposer des visites à domicile sans voiture de fonction, sans blouse avec une personne de confiance parlant tahitien, si possible, connaissant le milieu familial.

IDEE PRATIQUE : Constituez-vous un annuaire des ressources locales (professionnels de santé, associations, communauté religieuse, etc.)

Surveiller le sujet

Instaurer un climat sécurisant et bienveillant pour le sujet.

Éloigner tous les moyens possibles d'auto-agressions/suicide et, si possible, proposer une salle tranquille et séparée. Toutefois, ne pas laisser le sujet seul. Un aidant ou un des membres du personnel doit rester en permanence avec lui.

Offrir un soutien psychosocial

Aider le sujet à identifier des pistes de raisons de rester en vie.

Rechercher ensemble des solutions aux problèmes.

Mobiliser les aidants, des amis, d'autres individus de confiance et des ressources communautaires pour surveiller et soutenir le sujet en cas de risque imminent de suicide. Leur expliquer l'importance de surveiller le sujet 24h/24. S'assurer qu'ils disposent d'un plan concret et réalisable (par exemple, qui va surveiller le sujet à tel moment de la journée).

Consulter un spécialiste de la santé mentale, s'il y en a un de disponible.

Dispenser les soins médicaux

Traiter les personnes s'étant infligé des actes auto-agressifs avec le même soin que les autres, en respectant leur intimité. Ne pas les punir.

Traiter la blessure ou l'empoisonnement.

En cas d'overdose à des médicaments prescrits, si un traitement reste nécessaire, le choisir le moins nocif possible. Si possible, prescrire le nouveau traitement pour de brèves périodes uniquement (par exemple, quelques jours à une semaine à la fois) pour prévenir toute nouvelle overdose.

Surveiller continuellement le sujet tant qu'il reste un risque imminent de suicide

Proposer un soutien psychosocial

Consulter un spécialiste de la santé mentale, s'il y en a un de disponible.



VERS QUI PUIS-JE ME TOURNER ?

Utiliser tous les ressorts disponibles dans les délais nécessaires (pompiers, gendarmes, personnel soignant le plus compétent : IDE, médecin disponible, SAMU, psychiatre de garde, associations, etc.)

Attention ! Pour une meilleure efficacité, il est recommandé de définir en amont le protocole d'intervention conjointe de prise en charge des urgences en santé mentale.

PLAN DE SECURITE (A ETABLIR AVEC LE PATIENT)¹

A remettre au patient

Les signes (pensées, images, humeur, comportement, situation, etc.) qui m'alertent qu'une crise peut se développer :

1. _____
2. _____
3. _____

Ce que je peux faire pour oublier mes problèmes, sans avoir de contact avec une autre personne (technique de relaxation, activités physiques, activités de plaisir, etc.) :

1. _____
2. _____
3. _____

Les personnes ou les groupes de personnes qui peuvent me fournir une distraction :

1. Nom _____ Téléphone _____
2. Nom _____ Téléphone _____
3. Nom _____ Téléphone _____

Les personnes à qui je peux demander de l'aide :

1. Nom _____ Téléphone _____
2. Nom _____ Téléphone _____
3. Nom _____ Téléphone _____

Les professionnels ou organismes avec qui je peux communiquer en période de crise :

1. Nom _____ Téléphone _____
2. Nom _____ Téléphone _____
3. Nom _____ Téléphone _____

N° d'urgence :

SOS Suicide (444 767, 87 20 25 23, 89 20 25 23)

SAMU: 15, Pompiers 16, Police : 17

CHPF, Département de psychiatrie : 40 48 47 35

Ce que je peux faire pour me créer un environnement sécurisant :

1. _____
2. _____
3. _____

¹ Modèle de plan de sécurité © 2008 Barbara Stanley et Gregory K. Brown, traduit et adapté en français par Stéphane Amadéo (CHPF & Association SOS Suicide)

QUE FAIRE FACE A UN ENFANT / ADOLESCENT EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE ?

1/ ELIMINER UNE CAUSE SOMATIQUE (également pour les enfants avec retard de développement et/ou sans langage) : pouls / TA / Température / Glycémie capillaire / Point d'appel clinique, etc..

Et repérer d'éventuels **retard de développement psychomoteur, cognitif et/ou psycho-affectif** nécessitant une demande d'évaluation spécialisée dans un premier temps somatique par un pédiatre, puis pédopsychiatrique par la suite.

2/ EVALUER LA SITUATION SOCIALE : signes de carences ou de maltraitements physiques, psychologiques ou sexuelles afin de, si nécessaire :

- Mettre à distance l'enfant de ses parents
- Interroger l'enfant sur d'éventuels sévices passés ou présents
- Faire une information préoccupante ou un signalement auprès du service social ou du procureur si nécessaire.

LES SIGNES EVOCATEURS			
de carences éducatives	de maltraitements		
	Physiques	Psychologiques	Sexuelles
<ul style="list-style-type: none"> • Enfants sans suivi médical et/ou scolaire ou importante discontinuité dans les suivis • Enfants pas lavés, mal habillés, des plaies pas soignées, etc.. • Enfant anxieux, agité, replié, etc... • Enfant livré à lui-même, pas de cadre éducatif, etc.. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ecchymoses, brûlures de cigarette, fractures répétées ou survenues dans un contexte flou, peu vraisemblable, plaintes somatiques fréquentes, etc.. • Encoprésie, énurésie, etc.. 	<ul style="list-style-type: none"> • Discours des tuteurs péjoratif vis-à-vis de l'enfant, insultes, dévalorisations • Enfant avec agitation, inhibition, très faible estime de soi • Encoprésie, énurésie, etc.. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportement sexualisé de l'enfant, mise en scène de scènes sexuelles avec les jouets, etc.. • Infections génitales, encoprésie, énurésie, etc..

 Pour plus de précisions, consulter la fiche mémo « Maltraitance de l'enfant : repérage et conduite à tenir » de la HAS : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf

3/ IDENTIFIER LA PROBLEMATIQUE en rapport avec la demande de soins psychiatrique.

4/ DEMANDER UN AVIS MEDICAL +/- SPECIALISE afin :

- D'organiser une hospitalisation : séjour de rupture dans l'attente d'une mesure de protection, ou autre nécessité de soins en urgence, etc.
- De prescrire une médication sédatrice en cas d'anxiété ou de trouble du comportement non gérable, ou troubles du sommeil important. A noter que **tout recourt à une thérapeutique médicamenteuse chez un mineur doit faire envisager une hospitalisation ou au moins une consultation spécialisée et nécessite l'accord écrit des deux parents (hors urgence vitale)**. Elle doit également être suivie d'une surveillance rapprochée de la tolérance (sédation) et de l'efficacité du traitement :
 - NOZINAN à partir de 3 ans de 0.5 à 2mg/kg/jour en solution buvable dans les situations exceptionnelles avant 6 ans (normalement en milieu spécialisé).
 - TERCIAN à partir de 6 ans de 1 à 4mg/kg/jour en solution buvable.

SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT DU PATIENT

SOINS REpondant A UNE NECESSITE SANITAIRE

	CONDITIONS NECESSAIRES	DOCUMENTS NECESSAIRES
SOINS A LA DEMANDE D'UN TIERS (SDT)	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles mentaux rendant impossible le consentement aux soins • L'état de la personne impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante en hospitalisation complète ou régulière en ambulatoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Demande du tiers • Photocopie de la carte d'identité nationale du tiers • 1^{er} Certificat médical circonstancié extérieur au service psychiatrique d'accueil et de moins de 15j • 2^{ème} Certificat médical circonstancié du service psychiatrique d'accueil moins de 15j (possible par médecin de psy "DE" moins de 15j))
SOINS A LA DEMANDE D'UN TIERS EN URGENCE (SDTU)	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles mentaux rendant impossible le consentement aux soins • L'état de la personne impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante en hospitalisation complète ou régulière en ambulatoire • Urgence : Il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade 	<ul style="list-style-type: none"> • Demande du tiers • Photocopie de la carte d'identité nationale du tiers • Certificat médical circonstancié émanant le cas échéant d'un médecin exerçant en service psychiatrique
SOINS POUR PERIL IMMINENT (SPI)	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles mentaux rendant impossible le consentement aux soins • L'état de la personne impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante en hospitalisation complète ou régulière en ambulatoire • Péril imminent pour la santé de la personne dûment constaté par un certificat médical • Impossibilité de recueillir la demande d'un tiers 	<ul style="list-style-type: none"> • Certificat médical circonstancié extérieur au service psychiatrique d'accueil et de moins de 15j



EVACUATION SANITAIRE

- Accompagnement assuré par un personnel du service de santé (*et force de l'ordre si besoin*)
- Prévoir plusieurs accompagnants en les prévenant de l'état de la personne



Si le patient est mineur : Faire remplir une autorisation par le détenteur de l'autorité parentale. Le parent ou tuteur devra accompagner la personne hospitalisée.

SOINS REpondant A UNE NECESSITE SECURITAIRE ET EFFECTUEE SUR DECISION MOTIVEE DE L'AUTORITE CIVILE

	CONDITIONS NECESSAIRES 	DOCUMENTS NECESSAIRES 
SOINS SUR DECISION DU REPRESENTANT DE L'ETAT (SDRE)	<ul style="list-style-type: none">• Troubles mentaux qui nécessitent des soins• Sûreté des personnes (tiers ou elle-même) compromise ou atteinte grave à l'ordre public	<ul style="list-style-type: none">• Certificat médical circonstancié extérieur au service psychiatrique d'accueil• Au vu du certificat médical, un arrêté du Haut-Commissaire, ou provisoirement, en cas de danger immédiat, du Maire.

EVACUATION SANITAIRE

La procédure est officiellement du ressort du Haut-Commissaire (ou du Maire, en cas de danger immédiat). L'organisation du transfert est confiée à l'autorité civile et aux services de santé, et ce jusqu'à la prise en charge définitive du patient en service de psychiatrie :

- Transport et sécurisation du patient par la Police Municipale
- Collaboration du service de santé sur demande des autorités municipales.

Prévoir plusieurs accompagnants en les prévenant de l'état de la personne

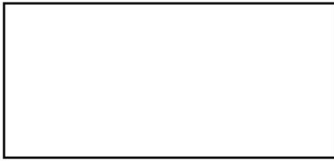
N° d'urgence :

Psy régulateur : 40 48 47 39 - Fax Psy : 40 48 47 15 - Service de psychiatrie (Unité Tokani) : 40 48 47 10

Mail : cmp.psyadulte.regul@cht.pf

Secrétariat médical psy : 40 48 47 35

Cabinet du Haut-Commissariat : 40 46 85 25 (ou 28 ou 27) (Standard si besoin : 40 46 87 00)



**Soins psychiatriques
à la demande d'un tiers
Premier certificat médical d'admission**

Je soussigné(e) Docteur....., Docteur en médecine

Certifie avoir examiné le

M., Mme, Melle.....

né(e) le :.....

domicilié(e) :.....

Et avoir constaté les troubles mentaux suivants :

.....
.....
.....

Il en résulte que :

- Ces troubles rendent impossible son consentement à une hospitalisation
- Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier

Et nécessite une hospitalisation selon les termes de l'article L.3212-1 du Code de la santé publique.

Je certifie n'être ni parent ou allié, au quatrième degré inclus, ni avec la personne ayant demandé l'hospitalisation, ni avec la personne dont l'hospitalisation est demandée, ni avec le Directeur de l'Etablissement d'accueil (CHPF).

J'atteste également ne pas exercer dans cet établissement.

Patient informé de la décision oui non

Fait à, le.....
àH.....

Signature

Demande d'hospitalisation par un tiers

Nom – Prénom :
Profession :
Age :
Domicile :
N° de Téléphone :

A Monsieur le directeur du Centre Hospitalier de la Polynésie française,
J'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir autoriser l'admission dans votre établissement, en hospitalisation sur demande d'un tiers,
De mon voisin, épouse, père etc. (préciser la nature des relations),

.....
Nom – Prénom :
Né(e) le :
Profession :
Domicile:

Pour y recevoir les soins que nécessite son état.
J'atteste ne pas être un personnel soignant de l'établissement d'accueil (CHPF)

Fait à, le
Signature

P.J. : Une photocopie de la pièce d'identité du tiers



LES 6 ELEMENTS ESSENTIELS POUR UNE COMMUNICATION EFFICACE

1. Créez un **ENVIRONNEMENT** favorisant la communication
2. **IMPLIQUEZ** la personne
3. **ADAPTEZ** votre langage
4. **ECOUTEZ**
5. Montrez-vous toujours **BIENVEILLANT** et respectueux, abstenez-vous de juger
6. Faites preuve de **TACT** lorsque la personne fait état d'expériences difficiles

FACE A UNE PERSONNE AGITEE OU AGRESSIVE :

- 1—**ACCUEILLIR** et essayer de **DESAMORCER** l'agitation
- 2 A—Si le contact est possible et l'**AGITATION EST MODEREE** ==> Examen somatique, entretien bref pour situer le cadre diagnostique et contact avec le médecin référent ou un spécialiste
- 2B—Le contact est impossible et l'**AGITATION EST MAJEURE** ==> **APRES AVIS MEDICAL** : Maîtrise et sédation immédiates du patient pour éviter la survenue d'un accident

FACE A UNE PERSONNE EN DETRESSE PSYCHIQUE

ETAPE 1 : EVALUER

- Le sujet a-t-il récemment tenté de se suicider ou de commettre des actes auto-agressifs ?
- Y a-t-il un risque imminent (= dans les 3 jours) de conduite auto-agressive / suicidaire ?
- Existe-t-il des troubles psychiatriques concomitants associés aux actes suicidaires ou auto-agressifs ?

ETAPE 2 : PRENDRE EN CHARGE BASIQUEMENT EN FONCTION DE LA SITUATION IDENTIFIEE (Risque de suicide non imminent, imminent, ou passage à l'acte réalisé)

Bibliographie :

- [1] Direction de la Santé, Ministère de la santé et de la prévention en charge de la protection sociale généralisée, « Plan de Santé mentale, Agir ensemble pour le bien-être en Polynésie française, 2019 –2023 ». 2018.
- [2] Organisation mondiale de la Santé., « Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées, version 2.0. » 2018.
- [3] É. Terrat, « La communication fonctionnelle », *Aide-Soignante*, vol. 4058, n° 150, p. 1-31, 2013.
- [4] SFMU, « Conférence de Consensus, l'agitation en urgence (petit enfant excepté) », n° 16, p. 58-64.
- [5] Centre Hospitalier de Polynésie Française, « Sédation du patient agité aux urgences - Voie intranasale ». 2018.
- [6] « Crise suicidaire : agir avant la tentative de suicide ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/urgence/pathologies/crise-suicidaire-tentative-suicide>. [Consulté le: 17-sept-2019].
- [7] *Guide D'intervention Humanitaire Prise En Charge Clinique Des Troubles Mentaux, Neurologiques Et Lié ° L'utilisation De Substances Psychoactives Dans Les Situations D'urgence Humanit.* World Health Organization, 2015.

Direction de la Santé de Polynésie française

avec la participation du Centre Hospitalier de Polynésie française

Février 2020