

Spécificités : parmi les facteurs de risque qui obèrent l'espérance de vie des patients vivant avec une maladie psychiatrique grave, certains favorisent une détresse qui peut conduire à un arrêt cardiaque comme le passage à l'acte suicidaire, la surreprésentation des pathologies cardio-vasculaires, les effets secondaires des psychotropes (troubles de la conduction, fausses routes...).

Les particularités du soin en milieu psychiatrique doivent être prises en compte pour améliorer la prise en charge des urgences vitales et le pronostic du patient :

- Le patient qui présente souvent une étonnante tolérance à la douleur
- L'architecture des locaux : structure pavillonnaire, unité fermée, matériel sous clé
- Le personnel soignant dont la pratique des gestes techniques est moins soutenue que celle du personnel d'un établissement MCO
- L'environnement : l'urgence vitale dans une unité de psychiatrie nécessite de prendre en charge le patient concerné mais également les autres patients de l'unité que l'événement peut déstabiliser.

Comme pour tout établissement, la prise en charge des urgences vitales survenant au sein du centre hospitalier fait parti des éléments d'évaluation dans le cadre de la procédure de certification (item 18b).

Les recommandations du groupe de travail PACA

1. Disposer d'un matériel adapté

- Le matériel doit être pour la sécurité des patients hors de leur portée tout en restant accessible rapidement et facilement pour tout soignant (passe partout, digicode...)
- Sous la forme d'un chariot ou d'une trousse d'urgence, scellé, il est régulièrement contrôlé par le cadre de santé de l'unité et rééquipé après chaque utilisation. L'établissement de santé élabore une procédure pour l'équipement et la maintenance de ce chariot et assure la traçabilité de son utilisation et des opérations de contrôle.
- Compact, il doit comporter
 - un obus d'oxygène de transport
 - un aspirateur de mucosités adapté au risque de fausses routes en psychiatrie (présence fréquente d'aliments et pas seulement de liquides)
 - un défibrillateur semi-automatique
- En nombre accordé aux contraintes de la configuration de l'établissement (par unité, par pavillon, secteur fermé, secteur ouvert...)

La prise en charge des urgences vitales intra-hospitalières en psychiatrie

2. Former le personnel soignant

- Le plan de formation de l'établissement intègre la formation à la prise en charge des urgences vitales pour le personnel médical comme pour le personnel soignant non médical (formation initiale et actualisation régulière des connaissances et des pratiques). Pour mémoire, l'AFGSU a une durée de validité de 4 ans.
- La formation est théorique et si possible pratique avec des ateliers de simulation

3. Adapter l'environnement

- L'établissement dispose d'un numéro unique, dédié, simple et facile à mémoriser, affiché près de tous les postes téléphoniques pour mobiliser
 - Le renfort qui va permettre de gérer l'urgence dont un médecin sénior
 - Le renfort qui va permettre de gérer les autres patients
- Des EPP sont organisées in situ pour prendre en compte les spécificités de l'environnement

4. Elaborer une procédure

- Elle précise la répartition des tâches
 - Un soignant évalue la situation et effectue les premiers gestes
 - Un soignant mobilise les renforts
- Elle précise les recommandations pour évaluer la situation et effectuer les gestes de premier secours
- Elle précise qui mobilise le centre 15

5. Instaurer une pratique de débriefing

Après chaque prise en charge d'une urgence vitale, un retour d'expérience est organisé :

- pour observer les bonnes pratiques et améliorer les points faibles de l'organisation de la prise en charge de l'urgence vitale
- pour identifier les facteurs explicatifs de la détresse vitale

Les documents de référence

- Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales hospitalières - Conférence d'experts - SFAR - 2004