



Explications concernant les transferts

entre les institutions résidentielles d'aide à l'enfance et à la jeunesse et le centre d'urgence de pédopsychiatrie

Table des matières

Clés de lecture	3
1. Définition des termes importants	4
1.1 Crise psychique	4
1.2 Urgence psychiatrique	4
1.3 Comportement autodestructeur grave	4
1.4 Suicidalité.....	4
1.5 Placement à des fins d'assistance (y c. placement reposant sur une décision médicale et maintien du placement d'une personne entrée de son plein gré dans une institution).....	5
1.6 Bases légales pour la prise en charge dans le domaine de la pédopsychiatrie	6
2. Étapes et procédures en cas d'urgence psychiatrique	6
2.1 Urgence dans l'institution résidentielle et nécessité d'une prise en charge médicale somatique.....	6
2.2 Urgence dans l'institution résidentielle et transfert dans le centre d'urgence de pédopsychiatrie consenti par la personne mineure	7
2.3 Urgence dans l'institution résidentielle et transfert dans le centre d'urgence de pédopsychiatrie non consenti par la personne mineure	8
2.4 Urgence en milieu fermé.....	9
2.5 Surcharge du centre d'urgence de pédopsychiatrie	9
3. Placement à des fins d'assistance décidé par une ou un médecin	9
4. Procédure en cas de pensées suicidaires	9
5. Procédure pour la sortie du centre d'urgence de pédopsychiatrie et le retour dans l'institution résidentielle	10
5.1 Levée de l'indication médicale par le centre d'urgence de pédopsychiatrie	10
5.2 Entretien de sortie	10
5.3 Transfert de connaissances concernant le traitement pour la prise en charge psychiatrique ou psychologique dans l'institution résidentielle	10
6. Échange d'informations	11
7. Procédure à suivre en cas de divergence par rapport au contenu des processus de transfert	11

Clés de lecture

Le présent document fournit des clés de lecture utiles à la compréhension des deux diagrammes expliquant les processus de transfert entre, d'une part, les institutions résidentielles d'aide à l'enfance et à la jeunesse qui garantissent un suivi intensif dans le cadre d'un placement ou un encadrement socio-pédagogique et un hébergement en milieu fermé et, d'autre part, le centre d'urgence de pédopsychiatrie des Services psychiatriques universitaires de Berne (SPU)¹.

Les diagrammes et les présentes explications exposent les différentes étapes du passage d'un système à l'autre, c'est-à-dire de l'institution résidentielle au centre d'urgence de pédopsychiatrie et inversement. Les aspects matériels, organisationnels et temporels y sont décrits. L'intérêt d'une procédure standardisée réside dans les moyens qu'elle donne d'éviter tout contretemps dommageable. Elle contribue aussi à garantir la couverture des soins psychologiques et psychiatriques pour les enfants et les jeunes du canton.

Par ailleurs, le présent document définit des termes importants. L'objectif est de faciliter ainsi l'intercompréhension des spécialistes des différentes disciplines et d'offrir les meilleures conditions possibles à la collaboration professionnelle là où une coordination est nécessaire dans l'intérêt des enfants et des jeunes.

¹ Les processus ont été conçus par l'entreprise Büro S à la demande de l'Office des mineurs (état: novembre 2022).

1. Définition des termes importants

Une compréhension univoque de ce que sont l'urgence psychiatrique ou le risque élevé de comportement suicidaire aide à éviter les incertitudes, les malentendus et les conflits quant aux objectifs. Lorsqu'on donne le même sens aux mots qu'on utilise, les circonstances se prêtent mieux à une organisation professionnelle et axée sur les besoins des transferts entre les différents systèmes d'aide².

1.1 Crise psychique

Une crise psychique peut être déclenchée par divers facteurs et se caractérise généralement par une dynamique psychique particulière: la personne mineure voit progressivement rétrécir l'horizon de son univers et de ses projections ainsi que sa capacité à agir jusqu'à ce que, sauf intervention professionnelle, elle se trouve potentiellement en situation d'urgence et qu'elle présente un risque de mise en danger pour elle-même ou pour autrui. Lors d'une telle crise, la personne concernée est en mesure de conclure un pacte avec le système de soutien dont le respect semble assuré au moins jusqu'à la prochaine séance de suivi. Elle a la faculté de tenir les engagements qu'elle prend. Il n'existe alors pas de menace immédiate pesant sur la vie de la personne ou sur celle d'autrui, mais tous les risques n'ont pas disparu pour autant, puisqu'une rupture de l'équilibre mental ou une situation d'urgence sont encore possibles ou que la charge pesant sur l'entourage peut être telle que tout danger ne saurait être écarté.

1.2 Urgence psychiatrique

Une urgence psychiatrique correspond à l'état dans lequel se trouve une personne présentant un risque immédiat de grave mise en danger de sa vie ou de celle d'autrui. Dans ce cas, le réseau de soutien ne peut plus partir du principe que la personne est capable de surmonter la crise en prenant les décisions nécessaires et en les mettant en œuvre. Une prise en charge immédiate s'impose; elle peut même aller à l'encontre de la volonté de la personne concernée si certaines conditions légales sont réunies.

Une urgence psychiatrique doit être traitée en priorité. Toutes les autres tâches doivent être remises à plus tard. L'intervention ne prend fin que lorsque tout danger sérieux a disparu.

1.3 Comportement autodestructeur grave

Une personne a un comportement autodestructeur grave lorsqu'il y a un risque imminent qu'elle porte sérieusement atteinte à son intégrité. Sa protection ne peut pas être garantie sans mesures étroites de surveillance et d'encadrement.

1.4 Suicidalité

La suicidalité est évaluée selon trois degrés qui s'inscrivent dans un continuum. Il s'agit de la tendance suicidaire, du risque élevé de comportement suicidaire et du risque aigu de comportement suicidaire.

Tendance suicidaire: La tendance suicidaire se définit comme la propension au suicide d'une personne compte tenu de son parcours de vie et de ses antécédents médicaux ainsi que de la situation actuelle.

² Le document intitulé «Krisen und Notfall» de la clinique universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent des SPU a servi de base pour les définitions de la crise psychique, de l'urgence psychiatrique, du comportement autodestructeur grave et de la suicidalité.

Risque élevé de comportement suicidaire:

- Expression d'une volonté concrète de mourir et d'un désir de faire une pause
- Reconnaissance et expression d'idées et de projets suicidaires concrets
- Désespoir profond qu'un entretien ne permet pas d'alléger
- Moments et conditions pouvant être concrètement définis comme déclencheurs ou motifs de suicide (p. ex. jour du décès d'une personne aimée)
- Évolution rapide d'un trouble psychique ou d'une maladie psychique chronique
- Situation apparaissant subjectivement sans issue

Risque aigu de comportement suicidaire (ou comportement autodestructeur grave):

- Expression d'une intention concrète de passer à l'acte
- Suicide planifié et déjà préparé, voire tentative avortée
- Souffrance intense (douleur morale) qui ne semble plus supportable (= plus grande probabilité de passage à l'acte suicidaire)
- Autoagressivité (comportement autoagressif) et absence de toute capacité à se déterminer et à tenir un engagement
- Impossibilité pour la personne de donner des raisons qui la pousseraient à continuer de vivre ou qui s'opposeraient à une tentative de suicide

1.5 Placement à des fins d'assistance (y c. placement reposant sur une décision médicale et maintien du placement d'une personne entrée de son plein gré dans une institution)

Le placement à des fins d'assistance (PAFA) est une mesure de protection ordonnée, qui est prévue par le Code civil suisse (CC). Cette mesure sert notamment pour l'internement sous contrainte des personnes à protéger qui souffrent d'un trouble psychique lorsque l'assistance ou le traitement nécessaires ne peuvent leur être fournis d'une autre manière (art. 426 CC). Dans le canton de Berne, un PAFA peut être ordonné non seulement par une autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA), mais aussi par une ou un médecin disposant d'une autorisation d'exercer en Suisse. Dans le second cas, la décision de placement doit être portée à la connaissance de l'APEA et le placement ne peut dépasser six semaines (art. 27, al. 3 de la loi sur la protection de l'enfant et de l'adulte [LPEA]).

Un PAFA ordonné par une APEA ou par une ou un médecin est nécessaire lorsque le placement d'une personne mineure ne peut se faire de manière consentie. Lorsque les parents titulaires de l'autorité parentale refusent le placement, il faut également que l'APEA décide le retrait du droit de déterminer le lieu de résidence (art. 310 CC).

La compétence des médecins pour ordonner un PAFA est limitée: seul les motifs d'ordre psychiatrique et les placements en établissement psychiatrique sont concernés. Lorsque le placement implique nécessairement une limitation de l'autorité parentale, il appartient à l'APEA de rendre une décision à cet égard. Si toutefois il y a péril en la demeure, la décision médicale tient lieu de substitut jusqu'à droit connu. Par conséquent, le PAFA ordonné par une ou un médecin doit immédiatement être annoncé à l'APEA afin que cette dernière puisse rendre une décision concernant le retrait du droit de déterminer le lieu de résidence au sens de l'article 310 CC et donc l'ingérence dans l'exercice des droits parentaux qui en découle.

Lorsqu'une personne mineure souffrant de troubles psychiques souhaite quitter une institution résidentielle prévoyant un suivi intensif dans laquelle elle est entrée de son plein gré, elle peut être retenue sur ordre de la médecin compétente ou du médecin compétent pendant trois jours au plus (art. 314b en relation avec l'art. 427 CC). Il est possible de maintenir ainsi le placement à deux conditions: si la personne met en danger sa vie ou son intégrité corporelle et si elle met gravement en danger la vie ou l'intégrité corporelle d'autrui. Ce délai échu, elle peut quitter l'institution, à moins qu'une décision exécutoire de

placement n'ait été ordonnée. Si le maintien du placement correspond à la volonté des parents, mais s'oppose à celle de l'enfant, la décision de placement peut être rendue par la ou le médecin et suffit dans un premier temps. Lorsque les parents s'opposent au maintien du placement, la compétence pour trancher en la matière relève de l'APEA une fois le délai de trois jours passé. Dans le cas où le retrait du droit de déterminer le lieu de résidence ne peut pas être décidé à temps (à titre superprovisionnel), le placement peut être ordonné par la ou le médecin au motif de l'urgence.

1.6 Bases légales pour la prise en charge dans le domaine de la pédopsychiatrie

Conformément aux groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) dans le secteur de la psychiatrie, la clinique de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent fait partie des établissements répertoriés dans la liste des hôpitaux du canton de Berne. Les bases légales applicables se trouvent dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), la loi sur les soins hospitaliers (LSH) et dans la loi sur la protection de l'enfant et de l'adulte (LPEA).

Une admission pour un séjour résidentiel dans le centre d'urgence de pédopsychiatrie ne peut se faire que sur indication médicale de la part d'une ou d'un spécialiste. Ces médecins doivent disposer d'un titre postgrade fédéral ou d'un titre étranger reconnu selon les articles 20 et 21 de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires. Par ailleurs, une inscription précisant leur titre de spécialiste doit exister dans le registre des professions médicales (MedReg). En l'absence de toute indication médicale aucune personne n'est donc admise au centre d'urgence, même si l'APEA a rendu une décision et qu'elle garantit la prise en charge des coûts.

Dans les cas qui, selon l'évaluation initiale de la clinique, présentent seulement une indication socio-pédagogique sur la base de facteurs contextuels psycho-sociaux, il n'y a pas de nécessité d'hospitalisation au sens de la législation.

2. Étapes et procédures en cas d'urgence psychiatrique

2.1 Urgence dans l'institution résidentielle et nécessité d'une prise en charge médicale somatique

Une tentative de suicide par intoxication ou par sectionnement des veines des poignets, par exemple, rend nécessaire une prise en charge médicale somatique de la part du service des urgences de l'Hôpital de l'Île. La procédure est la suivante:

- La ou le spécialiste responsable au sein de l'institution résidentielle téléphone au service des urgences et fournit les informations essentielles (selon l'exemple encadré). L'âge de l'enfant est important: avant 16 ans, le service des urgences pédiatriques est concerné; après 16 ans, il faut appeler le service des urgences de l'Hôpital de l'Île.

Exemple: «Nous avons une adolescente de 15 ans qui a réintégré le foyer en étant alcoolisée et qui s'est infligée une blessure profonde au couteau. Elle a besoin d'une prise en charge médicale et le risque suicidaire doit être évalué.»

Exemple de pathologie somatique: «Nous avons un adolescent de 15 ans qui ne va pas très bien depuis deux jours. Depuis ce matin, il éprouve de vives douleurs abdominales. Il n'a pas été à selle et souffre de nausées accompagnées de fièvre. Parler avec lui est devenu presque impossible. Nous voulons l'amener au service des urgences.»

- L'institution résidentielle est responsable du transport de la personne mineure qui doit être amenée à l'Hôpital de l'Île. Le véhicule de l'institution résidentielle peut servir de moyen de locomotion; la personne peut aussi être conduite à l'hôpital par transport sanitaire, escorté ou non de la police.
- Pendant que les soins somatiques sont apportés, le degré de suicidalité est évalué lors d'un examen médical.
 - o Lorsque la personne mineure présente un risque aigu de comportement suicidaire et qu'elle est d'accord d'intégrer le centre d'urgence de pédopsychiatrie, l'admission est organisée par l'Hôpital de l'Île.
 - o Lorsque la personne mineure présente un risque aigu de comportement suicidaire et qu'elle n'est pas d'accord d'intégrer le centre d'urgence de pédopsychiatrie, un PAFA est ordonné par une ou un médecin et l'Hôpital de l'Île se charge ensuite de l'admission.
 - o Lorsque l'examen médical montre que la situation ne présente aucun risque, la personne mineure retrouve sa place au sein de l'institution résidentielle. Cette dernière est responsable du transport, de la désescalade et de l'intégration, ainsi que de l'élaboration du plan d'urgence.

2.2 Urgence dans l'institution résidentielle et transfert dans le centre d'urgence de pédopsychiatrie consenti par la personne mineure

Une personne mineure séjournant dans une institution résidentielle a tenté de se suicider ou s'y est préparée, mais n'a besoin d'aucun soin médical somatique. Elle est d'accord d'être adressée au centre d'urgence de pédopsychiatrie. La procédure est la suivante:

- La ou le spécialiste responsable au sein de l'institution résidentielle téléphone au centre d'urgence de pédopsychiatrie et fournit les informations essentielles (selon l'exemple encadré).

Exemple: «Nous avons un adolescent de 15 ans qui se cogne la tête contre un mur depuis deux heures malgré un soutien de notre part. Il vient de nous annoncer qu'il ne voulait plus vivre. Il est d'accord de bénéficier de l'aide et de la protection offertes par le centre d'urgence de pédopsychiatrie.»

- L'institution résidentielle est responsable du transport de la personne mineure qui doit être amenée au centre d'urgence de pédopsychiatrie. Le véhicule de l'institution résidentielle peut servir de moyen de locomotion; la personne peut aussi être conduite à l'hôpital par transport sanitaire sans escorte de la police.
- Au centre d'urgence de pédopsychiatrie, un entretien d'admission a lieu. La teneur de cet entretien est expliquée ci-après.
 - o Les déclarations de la personne mineure sont complétées par celles de la ou du spécialiste responsable au sein de l'institution résidentielle. Il s'agit notamment de recueillir des informations d'ordre général et des précisions quant aux éléments constitutifs de l'urgence. Par ailleurs, des renseignements sur la personne mineure, dont le diagnostic et le traitement au sein de l'institution résidentielle, doivent être fournis.
 - o L'équipe d'admission du centre informe la patiente ou le patient, de même que l'institution résidentielle, au sujet de l'intervention d'urgence. L'occasion sert également à rendre les différentes personnes impliquées attentives au fait que la fin du séjour doit avoir lieu dans les douze heures dès l'instant où les critères déterminant la prise en charge d'urgence ne sont plus réunis et font défaut.
 - o Les modalités de la communication entre les deux établissements sont finalement convenues quant à la forme et au contenu. Le moment des communications et leur teneur durant le séjour dans le centre sont notamment définis. Il est important que l'institution résidentielle soit rapidement informée du déroulement du séjour et des changements se produisant lors de la prise en charge.

Il se peut que, au cours de l'entretien d'admission, la personne mineure présentant déjà un risque aigu de comportement suicidaire ne veuille soudainement plus d'une hospitalisation au sein du centre d'urgence de pédopsychiatrie. Elle peut alors être retenue pour une durée de 72 heures au plus sur ordre de la médecin-chef ou du médecin-chef si cela s'avère nécessaire.

Il arrive aussi parfois qu'il n'y ait plus de risque aigu de comportement suicidaire à l'arrivée au centre et que la personne mineure semble capable de prendre un engagement pour les 24 prochaines heures selon l'évaluation médicale effectuée lors de l'entretien d'admission. Dans ces circonstances, la personne mineure retrouve sa place au sein de l'institution résidentielle. Cette dernière est responsable du transport, de la désescalade et de l'intégration, ainsi que de l'élaboration du plan d'urgence. Le centre se met à la disposition de l'institution dans le cadre de l'entretien d'admission pour l'aider à établir un plan d'urgence concret.

2.3 Urgence dans l'institution résidentielle et transfert dans le centre d'urgence de pédopsychiatrie non consenti par la personne mineure

Une personne mineure séjournant dans une institution résidentielle a tenté de se suicider ou s'y est préparée, mais n'a besoin d'aucun soin médical somatique. La personne mineure n'est pas d'accord d'être adressée au centre d'urgence de pédopsychiatrie. Voici les étapes à suivre:

1. La personne mineure verbalise le fait qu'elle n'est pas d'accord d'être hospitalisée. Elle n'oppose toutefois aucune résistance au moment de se rendre au service ambulatoire du centre d'urgence de pédopsychiatrie (passivité). La ou le spécialiste responsable au sein de l'institution résidentielle téléphone au préalable au service ambulatoire pour lui transmettre les principaux éléments.
 - Le degré de suicidalité est évalué lors d'un examen médical.
 - o Lorsque la personne mineure présente un risque de comportement suicidaire et qu'elle est d'accord d'intégrer le centre d'urgence de pédopsychiatrie, son transfert a lieu.
 - o Lorsque la personne mineure présente un risque de comportement suicidaire et qu'elle n'est pas d'accord d'intégrer le centre d'urgence de pédopsychiatrie, elle est retenue dans la structure sur ordre d'une ou d'un médecin. Au besoin, un PAFA est décidé par une ou un médecin et le transfert au centre d'urgence a lieu.
 - o Lorsque l'examen médical montre que la situation ne présente aucun risque, la personne mineure retrouve sa place au sein de l'institution résidentielle. Cette dernière est responsable du transport, de la désescalade et de l'intégration, ainsi que de l'élaboration du plan d'urgence.
2. La personne mineure oppose un refus actif à son hospitalisation au centre d'urgence de pédopsychiatrie.
 - La ou le spécialiste responsable au sein de l'institution résidentielle téléphone à la ou au médecin de garde de la région, ainsi qu'à la police et fournit les informations essentielles.

Exemple: «Nous avons un adolescent de 15 ans qui se cogne la tête contre un mur depuis deux heures malgré un soutien de notre part. Il vient de nous annoncer qu'il ne voulait plus vivre. Il ne souhaite pas d'aide ni de protection. Il s'agit à notre avis d'un comportement autodestructeur grave. Nous prions la médecin de garde ou le médecin de garde d'évaluer le degré de suicidalité et la police d'assurer la sécurité.»

- Le degré de suicidalité est évalué lors d'un examen médical mené au sein de l'institution résidentielle par la personne de garde.
 - o Lorsque la personne mineure présente un risque aigu de comportement suicidaire et qu'elle est d'accord d'intégrer le centre d'urgence de pédopsychiatrie, le transport a lieu,

sous la responsabilité de l'institution résidentielle. Le centre réévalue le degré de suicidalité au moment de l'entretien d'admission.

- Lorsque la personne mineure présente un risque aigu de comportement suicidaire et qu'elle n'est pas d'accord d'intégrer le centre d'urgence de pédopsychiatrie, un PAFA est décidé par la ou le médecin de garde. La police escorte le transport sanitaire et le centre est obligé d'admettre en son sein la personne concernée.
- Lorsque l'examen médical montre que la situation ne présente aucun risque, la personne mineure retrouve sa place au sein de l'institution résidentielle. Cette dernière est responsable du transport, de la désescalade et de l'intégration, ainsi que de l'élaboration du plan d'urgence.

2.4 Urgence en milieu fermé

Une personne mineure séjournant en milieu fermé dans une institution résidentielle a tenté de se suicider ou s'y est préparée, mais n'a besoin d'aucun soin médical somatique. La ou le spécialiste de l'institution résidentielle fournissant des prestations en milieu fermé prend directement contact avec la ou le médecin de garde et la police. La ou le médecin de garde évalue le degré de suicidalité dans l'enceinte de l'institution résidentielle. Il lui appartient de définir sur place le cadre légal applicable.

2.5 Surcharge du centre d'urgence de pédopsychiatrie

Dans le cas où la capacité d'accueil du centre est déjà dépassée et qu'une patiente ou un patient est en attente d'admission, une évaluation est effectuée au sein des SPU et, lorsque cela s'avère indiqué, la prise en charge est assumée par l'unité de soins aigus de la clinique de psychiatrie et de psychothérapie des SPU. Le personnel de l'institution résidentielle est rapidement informé de la situation.

3. Placement à des fins d'assistance décidé par une ou un médecin

Pour pouvoir décider d'un placement à des fins d'assistance, une ou un médecin doit disposer d'une autorisation d'exercer en Suisse. Un tel placement ne peut être ordonné qu'après une évaluation médicale circonstanciée soit sur place (par la ou le médecin de garde) soit au service des urgences (urgences psychiatriques, urgences de l'Hôpital de l'Île).

Si, selon le résultat de l'examen médical, les conditions d'un PAFA sont réunies et que des motifs justifient qu'une ou un médecin l'ordonne, la personne mineure en est informée et la décision est délivrée avec l'indication des voies de droit. L'original de la décision est remis à la personne mineure. La clinique ainsi que la direction de l'institution résidentielle en obtiennent chacune une copie, de même que l'organe chargé du cas (APEA, Ministère public des mineurs, service social). Dans la mesure du possible, une copie de la décision est aussi communiquée à l'une ou l'un des proches de la personne mineure.

4. Procédure en cas de pensées suicidaires

Conformément au contrat de prestations conclu avec l'Office des mineurs (OM), les institutions qui proposent un suivi intensif dans le cadre d'un placement résidentiel et celles qui fournissent un encadrement socio-pédagogique et un hébergement en milieu fermé sont tenues de garantir la prise en charge psychiatrique des enfants et des jeunes et donc de disposer des compétences spécialisées en la matière. Lorsqu'une personne mineure résidant dans l'une de ces institutions résidentielles exprime des pensées suicidaires, la réaction de l'institution se fonde sur son plan d'urgence psychologique interne.

S'il s'agit exclusivement de pensées suicidaires, le suivi adéquat est mis en place dans l'institution résidentielle.

5. Procédure pour la sortie du centre d'urgence de pédopsychiatrie et le retour dans l'institution résidentielle

5.1 Levée de l'indication médicale par le centre d'urgence de pédopsychiatrie

Dès que l'indication médicale est levée par la clinique, l'institution résidentielle doit en être informée (par courriel ou au téléphone). La personne à contacter est désignée durant l'entretien d'admission. Si l'information est transmise par courriel, il convient d'ajouter l'adresse de la direction de l'institution en copie. La personne compétente du centre d'urgence de pédopsychiatrie fournit les informations suivantes:

- Bref résumé du déroulement du placement
- Convention de sortie dans les douze heures

Ensuite, le centre d'urgence de pédopsychiatrie prépare la personne mineure à sa sortie et à son retour dans l'institution résidentielle.

La ou le spécialiste responsable au sein de l'institution résidentielle communique les informations à la représentante légale ou au représentant légal de la personne mineure et organise le retour. À noter qu'il convient de se référer aux éventuelles instructions que l'APEA a données dans la décision de placement concernant la communication avec la personne assumant la représentation légale.

5.2 Entretien de sortie

Un entretien de sortie a lieu au centre d'urgence de pédopsychiatrie. Il dure environ 30 minutes et réunit la patiente ou le patient, la ou le spécialiste responsable au sein de l'institution résidentielle et la ou le spécialiste en psychiatrie ou psychologie du centre. La ou le spécialiste de l'institution résidentielle informe la représentante légale ou le représentant légal de la teneur de cet entretien dans la mesure du nécessaire.

À l'occasion de la discussion,

- le déroulement du séjour au centre d'urgence de pédopsychiatrie est résumé;
- les facteurs d'efficacité sont présentés;
- le diagnostic est expliqué et des recommandations sont formulées à propos de la médication et du plan d'urgence;
- le rapport succinct du centre d'urgence est transmis à la ou au spécialiste responsable au sein de l'institution résidentielle.

La ou le spécialiste responsable au sein de l'institution résidentielle accompagne la personne mineure lors de son retour.

5.3 Transfert de connaissances concernant le traitement pour la prise en charge psychiatrique ou psychologique dans l'institution résidentielle

La ou le spécialiste en psychiatrie ou psychologie de l'institution résidentielle consulte le rapport succinct du centre d'urgence dans les 24 heures. Le transfert de connaissances concernant le traitement suivi dans le centre est ainsi garanti. Dans les 48 heures suivant le retour, la ou le spécialiste en question et la personne mineure ont un contact personnel (entretien dans le cadre de son retour).

6. Échange d'informations

Lors du premier accueil dans l'institution résidentielle, il est possible de demander le consentement de la personne mineure pour la transmission d'informations en cas d'hospitalisation au centre d'urgence. Concrètement:

- La personne mineure capable de discernement peut consentir à la transmission des informations au début de son placement en institution.
- Le consentement peut être écrit ou oral; il peut à tout moment être retiré.
- La signature d'un formulaire peut valoir consentement.

Les médecins traitantes et traitants ont un devoir de discrétion qui découle du secret professionnel. La transmission d'informations à des tiers est toutefois permise lorsque la patiente ou le patient y a explicitement donné son accord. Lorsque le consentement est donné oralement à la ou au médecin, une mention écrite à cet égard doit figurer au dossier médical.

En cas d'admission au centre d'urgence, il faut que la personne mineure reçoive des explications standardisées sur ses droits. Au nombre de ces droits comptent notamment la possibilité de former recours devant un tribunal contre tout éventuel placement ordonné par une ou un médecin (art. 314b CC) ou le droit de pouvoir décider de manière autonome d'une éventuelle transmission des données.

La ou le spécialiste responsable au sein de l'institution résidentielle veille à informer la représentante légale ou le représentant légal de l'hospitalisation au centre d'urgence. À noter qu'il convient de tenir compte des éventuelles instructions des APEA en la matière.

7. Procédure à suivre en cas de divergence par rapport au contenu des processus de transfert

Les processus de transfert et les présentes explications sont destinés à guider les spécialistes du centre d'urgence et ceux des institutions résidentielles dans leur travail. En cas de divergences ou d'omissions, il convient de se référer aux indications fournies ci-après:

- Des spécialistes du centre d'urgence n'ont pas suivi les processus: les responsables de groupe de l'institution résidentielle en informent la cheffe ou le chef de clinique du centre d'urgence de façon concrète et factuelle. Si les processus ne sont toujours pas appliqués, l'institution résidentielle en informe la personne dirigeant le secteur concerné (médecin-cheffe ou médecin-chef).
- Des spécialistes de l'institution résidentielle n'ont pas suivi les processus: le centre d'urgence en informe les responsables de groupe de l'institution résidentielle de façon concrète et factuelle. Si les processus ne sont toujours pas appliqués, le centre d'urgence en informe la direction (générale) de l'institution résidentielle.
- L'Office des mineurs (surveillance et controlling des prestations) est informé une fois l'an, dans le cadre du controlling des prestations, des éventuelles difficultés rencontrées.