Nom de l’hôpital :

Numéro d’agrément :

Nom de la personne de contact pour ce template :

Email de la personne de contact pour ce template :

**RAPPORTAGE SUR LE CONTRAT QS 2021**



Template sur l’auto-agression (critères B1 – B5 – B9)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFO |  | Pour le pilier B (gestion des risques), le thème de « l’auto-agression » est un thème optionnel pour tous les hôpitaux psychiatriques. Trois critères ont été formulés (B1-B5-B9).Ce template concerne le **thème : « auto-agression » .**Sur la dernière page du template, vous trouverez quelques exemples illustrant ces trois critères. Celles-ci ont été formulées par les réseaux d’hôpitaux psychiatriques lors de l’élaboration du [troisième programme pluriannuel.](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/note_3ieme_pp_hp_0.pdf)**Veuillez cocher ci-dessous le critère pour lequel votre hôpital a choisi.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | B1 | L’auto-agression par rapport à la transmission des informations  |
|  | B5 | L’auto-agression par rapport à la participation du patient  |
|  | B9 | L’auto-agression par rapport au leadership, stratégie et politique  |

Ci-après, il est demandé de décrire en détail l’action ou le projet sur le critère choisi. **S’il vous plaît, faites cela de manière concise.** |
| Sujet  |  | Décrivez ci-dessous le **sujet** de l’action ou du projet mené en 2021 sur l’auto-agression. |
| objectif  |  | Décrivez ci-dessous **l’objectif** de l’action ou du projet mené en 2021 sur l’auto-agression. Décrivez cet objectif de manière spécifique, mesurable, acceptable, réaliste et temporelle (**SMART**). |
| groupe cible |  | Décrivez ci-dessous le **groupe cible** de l’action ou du projet, mené en 2021, concernant l’auto-agression.Le groupe cible fait référence aux utilisateurs sur lesquels l’action a ou aura une influence. Cela peut être un groupe de patients spécifique, des soignants, etc. |
| acteurs internes |  | Quels acteurs internes (au sein de l’hôpital) ont été **importants** pour le succès de cette action ?Quels acteurs internes auraient été **importants** pour le succès de cette action, **mais n’ont pas participé**?**Que fera votre hôpital** pour permettre à ces acteurs internes de participer à l’avenir ?Décrivez le **rôle explicite** de :• la direction :• le médecin(-chef) :• l’infirmière (principale) :• le pharmacien hospitalier :• autres acteurs (qui ?) : |
| acteurs externes |  | Quels acteurs externes (au sein de l’hôpital) ont été **importants** pour le succès de cette action ?Quels acteurs externes auraient été **importants** pour le succès de cette action, **mais n’ont pas participé**?**Que fera votre hôpital** pour permettre à ces acteurs internes de participer à l’avenir ? |
| indicateurs |  | Quel (s) **indicateur (s) de structure** votre hôpital a-t-il utilisé pour suivre l’action ?Quel (s**) indicateur (s) de processus** votre hôpital a-t-il utilisé pour suivre l’action ?Quel (s) **indicateur (s) de résultat** votre hôpital a-t-il utilisé pour suivre l’action ? Veuillez également mentionner le résultat obtenu et la valeur cible prédéfinie. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| continuité des soins |  | Décrivez ce que l’action a **changé** dans le contexte de la continuité des soins (au sein du réseau de soins de santé mentale).*Merci d’avoir rempli ce template. Veuillez-vous assurer que* ***toutes les questions sont complétées****.* *Si vous ne pouvez pas répondre à la question, veuillez indiquer « aucun » ou « pas fait ».****Veuillez ajouter le template dans Survey Monkey (format WORD)*** ***avec le nom suivant :******Numéro d’agrément- 004- auto-agression*** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Critère B1 :***Organiser la transmission des informations relatives à l’auto-agression de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.* **quelques éléments pour ce critère à titre d’exemple*** Une évaluation des risques est prévue à partir de l’admission, en ce compris l’identification des éventuels triggers (déclencheurs). L’évaluation des risques fait l’objet d’une communication claire à l’ensemble des prestataires de soins concernés.
* L’évaluation des risques est reprise dans le plan de traitement.
* Les patients qui présentent des risques d’auto-agression sont identifiés au moyen d’un screening /assessment systématiques et d’une bonne anamnèse et hétéro-anamnèse. Par ailleurs, cette évaluation des risques répertorie les besoins spécifiques en soins des patients. L’évaluation des risques fait l’objet d’une communication claire à l’ensemble des prestataires de soins et peut être immédiatement consultée (p.ex. via le dossier de patient électronique).
* Lors d’un transfert interne, une transmission détaillée des informations sur le risque d’auto-agression est prévue.
* Le risque d’auto-agression est évalué lors des moments de transfert.
* Il existe un plan de traitement interdisciplinaire avec mention de la date d’évaluation.
* Il existe une échelle clinique de prévention de crise (fonction d’expert au sein de l’organisation).
* Après chaque (tentative) d’auto-agression, une évaluation est réalisée au sein de l’équipe en ce qui concerne la nécessité d’adapter le plan de traitement.
* Après un incident d’auto-agression, un(e) débriefing/defusing/intervision est toujours organisé(e) pour les collaborateurs concernés.
* Une analyse est réalisée au niveau de l’équipe : la situation a-t-elle été correctement gérée, aurait-on pu faire encore autre chose, que peut-on faire à l’avenir pour éviter/limiter de tels incidents, le plan de traitement doit-il être adapté, faut-il une prévoir discussion (avec le patient et sa ou ses victime(s)), …
* Chaque tentative de suicide est clairement indiquée dans le dossier de soins.
* Au moment de la sortie, un briefing des prestataires d’aide chargés des soins relatifs au risque d’auto-agression est organisé (moyennant le consentement éclairé du patient).
* Le risque d’auto-agression est repris de façon standard dans la lettre de sortie destinée au médecin généraliste.
* Un contact de suivi a lieu dans les deux semaines suivant la sortie (p.ex. polyclinique)
* Un échange d’information bilatéral a lieu entre le patient et le prestataire d’aide.
* Présence d’une brochure informative sur le comportement d’automutilation dans le contexte des jeunes présentant un comportement d’automutilation.
* Possibilité d’une fiche de consultation pour des situations de soins complexes selon la rupture du cycle d’escalade.
* Une évaluation des patients suicidaires est réalisée à chaque changement important du séjour (admission, transfert, sortie, week-end).
* Il existe une échelle clinique de prévention du suicide (fonction d’expert au sein de l’organisation).

 **Critère B5***Organiser la participation du patient et de sa famille à la prévention et au suivi dans le cadre de l’auto-agression de telle sorte que le patient soit informé en détail à ce sujet, contribue activement et puisse agir en toutes circonstances de manière autonome et adaptée.*1. Un contrat thérapeutique est convenu avec le patient, dans le cadre duquel sont précisés les obligations, le prestataire d’aide et le demandeur d’aide.
2. Les besoins en soins spécifiques des patients sont identifiés.
3. Elaboration et évaluation régulière d’un plan de signalement ou d’un plan de crise, en concertation avec le client.
4. Si un risque d'auto-agression existe, une fiche de signalement/fiche de crise est rédigée avec le patient et ses proches, en faisant attention aux triggers (déclencheurs) et aux mécanismes de coping (mécanismes d’adaptation).
5. La fiche de signalement comporte, par phase, au moins les signaux personnels, les interventions pour le patient, les interventions par l’entourage.
6. Après un incident d’auto-agression, un plan par étapes est élaboré, avec plusieurs dispositions. Le cas échéant, la fiche de signalement/fiche de crise est adaptée en concertation avec le patient.
7. Au moment de la sortie, un briefing de la famille qui sera chargée des soins relatifs au risque d’auto-agression est organisé (moyennant le consentement éclairé du patient).
8. Il existe des directives relatives à la communication de ce genre d’incident auprès des familles.
9. Il est fait appel à des experts du vécu.
10. L’analyse de risque en matière de prévention du suicide est réalisée avec des experts du vécu.
11. Le plan de sécurité relatif aux tendances suicidaires est abordé avec le patient suicidaire.
12. Des entretiens de crise sont proposés.
13. A la suite d’un incident, la famille est informée et un suivi est proposé.
14. La perspective du patient est intégrée dans l’analyse d’un incident.
15. Les patients et les proches ont la possibilité de participer à l’élaboration de la politique.
16. La politique de prévention du suicide d’un département est évaluée avec les patients.
17. Les patients sont impliqués dans la politique en matière d’auto-mutilation (manches longues ou non, moments de soins …)
18. Un plan de signalement est élaboré et éventuellement adapté en collaboration avec le client.

Critère B9 *Développer une stratégie et une politique relatives à l’auto-agression de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.*Général* Il existe une procédure et des informations à propos de cette procédure relative à la prise en charge des collaborateurs à la suite d’incidents difficiles (plan 1ère, 2e, 3e victime). Un suivi est automatiquement proposé aux collaborateurs concernés par un incident grave. Ils déterminent eux-mêmes s’ils souhaitent ou non bénéficier du suivi.
* L’institution prend des mesures en vue d’améliorer la sécurité sur les lieux de travail, l’environnement de travail et l’aménagement des bâtiments.
* Des mesures sont prises en vue d’améliorer la sécurité des procédures de travail.
* Il existe des directives en ce qui concerne la façon d’agir en cas de disparition inquiétante d’un patient qui présente un risque d’auto-agression.
* L’institution prévoit un plan de sécurité au niveau de l’organisation, notamment en vue de minimiser le risque d’auto-agression au niveau de l’infrastructure (niveau architectural, variables liées à l’environnement, disponibilité des moyens permettant de se suicider, tour du département, matériaux dangereux).
* Suivi/contrôle systématique avec une analyse des tendances et des recommandations.

Actions relatives au suicide :* Il existe une directive et un organigramme concernant les patients présentant un risque de suicide.
* Il existe une directive relative à l’approche à mener pour les patients présentant un risque de suicide qui ont refusé un avis de traitement.
* L’organisation réalise un monitoring du nombre de suicides, avec une analyse des tendances et des recommandations.
* Il existe une procédure décrivant les mesures de protection pouvant être prises selon le niveau de risque (p.ex. une check-list suicide surveillance accrue, contrôle de la chambre, circonstances dans lesquelles on passe aux mesures de contention).
* L’organisation réalise un monitoring du nombre de suicides, avec une analyse des tendances et des recommandations.
* Il existe un protocole à l’échelon de l’hôpital qui fait partie d’une approche générale en matière de prévention du suicide dans le cadre de la continuité des soins.

Actions relatives au comportement d’automutilation :* Il existe une procédure décrivant les mesures de protection pouvant être prises selon le niveau de risque (p.ex. circonstances dans lesquelles on passe aux mesures de contention).
 |
|  |