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 2022**



Template sur le comportement de fuite (critères B3– B7– B11)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFO |  | Pour le pilier B (gestion des risques), le thème du « comportement de fuite » est un thème optionnel pour tous les hôpitaux psychiatriques. Trois critères ont été formulés (B3-B7-B11).  Ce template concerne le **thème : « comportement de fuite » .**  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.**   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | B3 | Le comportement de fuite par rapport à la transmission des informations | |  | B7 | Le comportement de fuite par rapport à la participation du patient | |  | B11 | Le comportement de fuite 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 2022 sur le comportement de fuite. |
| objectif |  | Décrivez ci-dessous **l’objectif** de l’action ou du projet mené en 2022 sur le comportement de fuite. 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 2022, concernant le comportement de fuite.  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- 006- comportement de fuite*** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Critère B3  *Organiser la transmission des informations relatives au comportement de fuite de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.*   * Une évaluation des risques est systématiquement effectuée lors de l’admission. * Il est possible de recourir à une fonction de consultation dans des situations de soins complexes selon la rupture du cycle d’escalade. * Il existe un plan actuel de traitement interdisciplinaire avec mention de la date d’évaluation. * Il existe un document de disparition inquiétante dans le dossier patient informatisé. * Il y a un seul responsable du suivi renforcé du patient par shift d'infirmiers. * Un accord de coopération est conclu avec la police. * Le risque de comportement de fuite est évalué lors des moments de transfert. * Chez les patients à risque de comportement de fuite, une fiche détaillée relative notamment à la description individuelle est élaborée à l’avance. * Lors d’un transfert en interne, une transmission détaillée des informations sur le risque de fuite est prévue.   Critère B 7  *Organiser la participation du patient et de sa famille à la prévention et au suivi dans le cadre du comportement de fuite 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.*   * Si un risque de fuite existe, une fiche de signalement/fiche de crise est rédigée avec le patient et ses proches, en faisant attention aux triggers (déclencheurs) et mécanismes d’adaptation. Des accords sont clairement rédigés et font toujours l’objet d’évaluation et d’ajustement au besoin (certainement après une fugue). * Le patient est informé des conditions en cas d’hospitalisation. * Des experts du vécu sont mobilisés. * Les patients et leurs proches peuvent participer à la politique en matière de sécurité. * Des accords de sortie individuels sont conclus sur mesure pour un unique patient, avec des cartes de sortie qui reprennent le statut individuel. * Après une fuite, une évaluation est effectuée avec le patient et des tiers pertinents.   Critère B 11  *Développer une stratégie et une politique en matière de comportement de fuite de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.*   * Il existe un texte de vision relatif à la gestion du comportement de fuite. Une évaluation à cet égard doit toujours être effectuée pour connaître les éventuelles conséquences/risques potentiels du comportement de fuite (notamment risque de suicide, d’agression, de décès dû p.ex. à la confusion, etc.). * Il est possible au sein des établissements de placer temporairement dans un service fermé des patients présentant un risque accru de comportement de fuite, combiné à des facteurs de risque comme le suicide ou l'agression violente. Si une telle mesure n’est pas possible, il existe des SLA (*service level agreement*) avec d’autres établissements pouvant offrir ces soins. * Un système de *track-and-trace* est mis à disposition pour certains patients présentant un comportement de fuite (ex. personnes sujettes à la démence). * Des accords structurels sont conclus avec la police locale par rapport au comportement à adopter à l’égard de patients qui commettent une fuite. À cet égard, il est également prévu dans la formation de la police un volet sur les affections psychiatriques. * Il existe des directives stipulant la communication de ce genre d’incident auprès des familles. * Il existe une procédure pour le signalement de disparition inquiétante. * Il existe une échelle clinique de prévention de crise (fonction d’expert au sein de l’organisation). * Il existe une procédure en cas d’admission forcée. * Il existe des procédures uniformes qui distinguent clairement la disparition inquiétante de la fugue ou encore de la fugue combinée à un statut juridique. * Un protocole est élaboré avec des tiers (selon les unités de soins fermées). * Il existe une procédure d’accueil des collaborateurs après des incidents difficiles. * Il existe une politique intégrale de prévention de crise prêtant attention à tous les niveaux de prévention – bottom up mise en forme de la politique par la participation des collaborateurs (validation expertise disponible) et par celle des patients et de leurs proches. * Il existe un suivi/contrôle systématique avec des analyses de tendance et des recommandations. | |
|  | | |