

Contrat
« Coordination qualité et sécurité des patients »

**NOTE D'ACCOMPAGNEMENT
PLAN PLURIANNUEL 2018-2022**

JANVIER 2018

CONTENU

1.	INTRODUCTION.....	1
2.	VISION DU SPF SANTE PUBLIQUE	2
3.	VISION SUR DES SOINS AXÉS SUR LA COMMUNAUTÉ	4
4.	CADRE GÉNÉRAL.....	6
5.	THÈMES GÉNÉRIQUES.....	8
5.1	Qu'est-il demandé en matière de transmission d'information ?.....	8
5.2	Qu'est-il demandé en matière de participation des patients ?.....	9
5.3	Qu'est-il demandé en matière de leadership, de stratégie et de politique ?	10
6.	THÈMES SPÉCIFIQUES.....	12
6.1	Soins médicamenteux	12
6.2	Soins somatiques.....	13
6.3	Privation de liberté	14
6.4	Auto-agression	16
6.5	Agression	17
6.6	Comportement de fuite.....	18
6.7	Incident de chute.....	20
7.	SYSTÈME DE GESTION DE LA SÉCURITÉ.....	22
7.1	Comité sécurité des patients	22
7.2	Système de notification et d'apprentissage des incidents et presque incidents	22
7.3	Encodage des incidents (taxonomie de l'OMS).....	23
7.4	Analyse rétrospective des incidents.....	24
7.5	Analyse proactive des risques.....	24
7.6	Mesures de la culture de la sécurité des patients.....	25
7.7	Qu'est-il demandé en matière de gestion de la sécurité	25
8.	MOTS DE REMERCIEMENTS	27
9.	ANNEXE : EXEMPLES D' ACTIONS	28

1. INTRODUCTION

Afin de promouvoir et de soutenir la progression de la coordination de la qualité et de la sécurité des patients dans les hôpitaux belges, un financement supplémentaire a été approuvé dans la section B4 du budget des moyens financiers, depuis juillet 2007.

Un premier programme quinquennal a été élaboré en 2007. Il reposait sur trois piliers : la structure, le processus et le résultat (voir la triade de Donabedian). Entre 2013 et 2017, les hôpitaux ont participé à un deuxième programme fortement axé sur les exigences d'accréditation de la Joint Commission International (JCI) et le Nederlands Instituut voor Kwaliteit van de Zorg (NIAZ) (Institut néerlandais pour la qualité des soins).

Les premier et deuxième programmes ont été proposés aux hôpitaux généraux, psychiatriques et Sp.

Depuis 2018, un programme Pay for Performance (P4P) est mis en place pour les hôpitaux généraux. Un troisième programme pluriannuel est introduit pour les hôpitaux psychiatriques. Les hôpitaux Sp tombent sous un régime différent. Le financement des hôpitaux Sp flamands a été transféré à la Région flamande par la sixième réforme de l'État, à la suite de laquelle un troisième programme au niveau fédéral ne peut plus s'appliquer à ces hôpitaux. Les hôpitaux Sp francophones pour leur part ont reçu un statut spécifique leur permettant de participer au troisième programme de qualité et de sécurité des patients pour les hôpitaux psychiatriques à partir de 2018.

Comme les deux programmes précédents, le troisième programme pluriannuel de qualité et de sécurité des patients a été élaboré par phases successives et les hôpitaux psychiatriques (y compris les hôpitaux SP ayant un statut spécifique) peuvent y participer sur la base de contrats annuels.

Cette note d'accompagnement explique le contenu du troisième programme pluriannuel de qualité et de sécurité des patients pour les hôpitaux psychiatriques, qui débute le 1er janvier 2018 et expire le 31 décembre 2022.

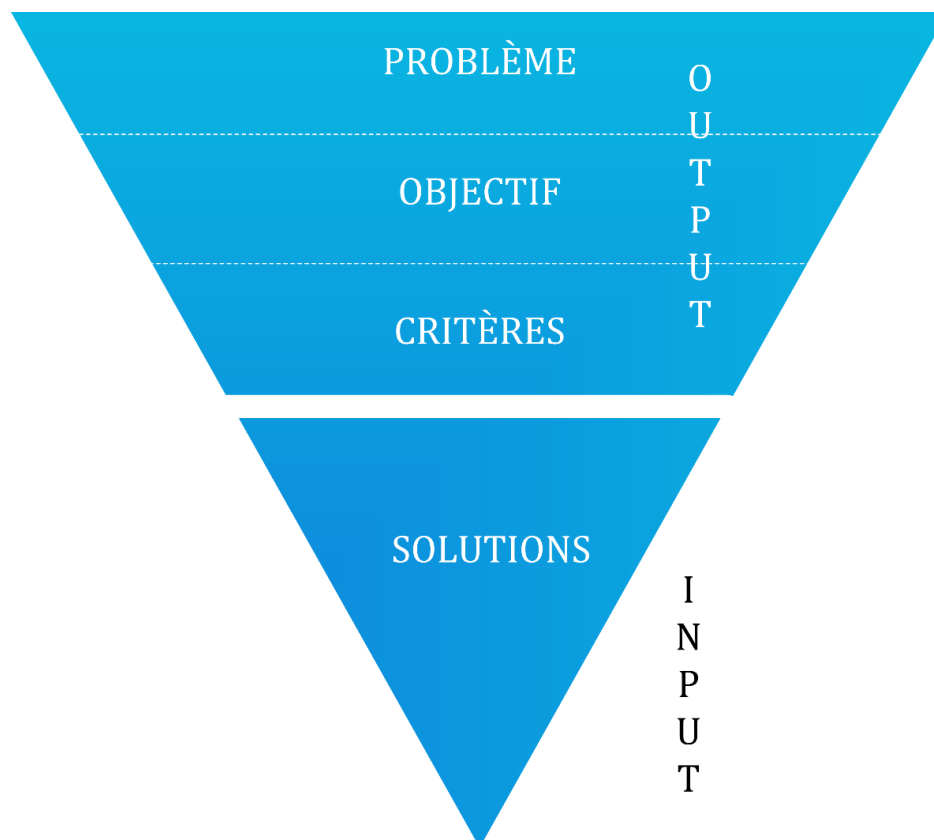
2. VISION DU SPF SANTE PUBLIQUE

Pour opérationnaliser le plan pluriannuel, le SPF Santé publique s'est inspiré du modèle d'output management décrit dans le livre de Filip Vandendriessche 'Diriger sans imposer : Quand votre solution devient le problème' (2007)¹. Ce modèle permet de mettre en évidence les facteurs qui contribuent aux changements. L'idée de ce modèle est la suivante : une solution gagne en force si elle aide à réaliser un objectif, voire aussi à solutionner un problème sociétal. Le plan d'action du SPF Santé publique se concentre donc plus sur les objectifs que sur les solutions à mettre en place pour les atteindre.

Afin d'introduire des changements durables, le modèle propose de se focaliser sur les quatre niveaux suivants (figure 1) :

1. 1. Problème
2. 2. Objectif
3. 3. Critères
4. 4. Solution.

Figure 1: Les quatre niveaux pour solutionner un problème



¹ VANDENDRIESSCHE F., *Diriger sans imposer : Quand votre solution devient le problème*, Eyrolles, 2007, 164 pages.

Dans le cadre du people management, les trois premiers niveaux concernent le management. Le quatrième niveau est du ressort de l'employé, car avec son expertise et sa connaissance du terrain, il est le mieux placé pour trouver des solutions adaptées. Celui-ci a donc la liberté de développer des solutions en fonction du problème, de l'objectif et des critères établis par le management.

En appliquant ce modèle d'output management au plan pluriannuel qualité et sécurité des patients, nous pouvons dire que le management de l'hôpital et le SPF Santé publique sont responsables du « problème », de « l'objectif » et des « critères ». Le développement de « solutions » revient aux collaborateurs de l'hôpital, les experts sur le terrain. Les collaborateurs de l'hôpital peuvent compter sur le soutien du management et du SPF Santé publique.

Le SPF Santé publique a formulé des critères (niveau 3) qui donnent les grandes lignes de travail (output) afin de solliciter au maximum l'autonomie de chaque institution de soins.

Ce programme pluriannuel a été élaboré par le SPF Santé publique, en particulier par la Cellule Qualité et Sécurité des Patients, en étroite collaboration avec le Service Soins Psychosociaux. Les réseaux de coordinateurs de la qualité ont également été fortement impliqués, tant du côté néerlandophone que du côté francophone. Sur la base d'une étude bibliographique, les thèmes les plus importants en matière de sécurité des patients et de qualité des soins dans les hôpitaux psychiatriques ont été retenus. Le feed-back des réseaux de coordonnateurs de la qualité a permis d'ajouter un certain nombre de thèmes et d'élaborer une représentation schématique du troisième programme pluriannuel. Ils ont également établi une liste d'actions possibles qui peuvent être entreprises pour satisfaire aux critères. En impliquant étroitement les coordinateurs de la qualité dans l'élaboration, des thèmes qui ont été choisis sont pertinents et caractéristiques des hôpitaux psychiatriques, tels que l'agression, l'auto-agression et la privation de liberté.

Pour les hôpitaux psychiatriques, le troisième programme pluriannuel représente une véritable opportunité, étant donné qu'il a été élaboré spécifiquement pour eux et en collaboration avec eux.

3. VISION SUR DES SOINS AXÉS SUR LA COMMUNAUTÉ

La réforme des soins de santé mentale (SSM) vise à obtenir des soins plus axés sur la communauté, en alignant au mieux l'offre de soins existante sur les besoins et les attentes des personnes ayant des problèmes psychiques et de le faire si possible dans l'environnement propre du patient. On vise une évolution progressive d'un SSM axé sur l'offre, essentiellement résidentiel, vers un SSM plus différencié et davantage axé sur la demande. Des circuits de soins sont réalisés via des réseaux entre les établissements.² Un programme complet de SSM est ainsi offert à un groupe cible d'âge spécifique de personnes ayant des problèmes psychiques. Les différents partenaires du circuit de soins au sein d'un réseau sont mieux coordonnés entre eux.

Les soins axés sur la communauté forment également la base de la vision du troisième programme pluriannuel. Cette vision repose sur les piliers (thèmes) suivants : vision de rétablissement, participation du patient et de la famille et continuité des soins. Pour le troisième programme pluriannuel, on attend des établissements qu'ils ne travaillent que sur la participation des patients et des familles et sur la continuité des soins.

L'inclusion de cette vision dans le troisième programme pluriannuel vise à intégrer le thème « qualité et sécurité des patients » dans le fonctionnement du réseau. La réforme des SSM vise en effet à passer de la pensée organisationnelle à la pensée en réseau, dans laquelle la participation des patients et des familles et la continuité des soins ne devraient pas prendre fin à la sortie du patient de l'hôpital. L'hôpital et les autres acteurs au sein d'un réseau veillent ensemble à assurer un suivi efficace des patients, assurent la continuité des soins et garantissent une offre et une qualité des soins optimales.

Le coordinateur de réseau pilote le réseau et y joue un rôle crucial. Il en connaît les ressources et les structures et facilite la coopération entre les différents acteurs de soins qui y collaborent.

Concrètement, le SPF veut stimuler les hôpitaux à élaborer un plan stratégique pour ce qui concerne les soins axés sur la communauté, en mettant l'accent sur la participation des patients et de leur famille et sur la continuité des soins. Le plan stratégique d'un établissement se base sur celui du réseau auquel appartient cet établissement. Cela signifie que l'on travaille à partir du plan stratégique (existant) du réseau, pour adapter celui-ci à son propre établissement. En outre, une coopération systématique est encouragée entre l'hôpital et les autres acteurs dans le réseau (et

² Un **circuit de soins** comprend l'offre de SSM complète, adaptée aux besoins spécifiques d'un groupe cible d'âge. Il fournit tous les modules de soins possibles aux personnes ayant des problèmes psychiques appartenant à un groupe d'âge spécifique : enfants et adolescents, jeunes adultes ou personnes âgées. Chaque circuit de soins est organisé par une coopération entre prestataires de soins. Cette collaboration est consolidée dans un **réseau de soins** : il s'agit d'un réseau de prestataires de soins qui réalisent ensemble un ou plusieurs circuits de soins.

son coordinateurs) pour assurer la continuité des soins et stimuler la participation des patients et de leur famille.

4. CADRE GÉNÉRAL

Le troisième programme pluriannuel de qualité et de sécurité des patients débute le 1er janvier 2018, expire le 31 décembre 2022 et comprend cinq contrats annuels.

Différents éléments prolongent partiellement des activités des années précédentes, mais de nouveaux thèmes sont proposés, spécifiques aux hôpitaux psychiatriques et liés à la réforme des soins de santé mentale.

À l'instar du deuxième programme pluriannuel, une distinction a été faite entre les thèmes génériques et spécifiques.

Les thèmes spécifiques ont été choisis sur la base d'étude bibliographique axée sur les incidents de sécurité les plus fréquents dans les hôpitaux psychiatriques. Le réseau des hôpitaux psychiatriques et le réseau Qualpsy ont été sollicités et ont participé à la coordination du projet. Cette approche bottom-up garantit que le contenu du troisième programme pluriannuel correspond aux priorités en matière de qualité et de sécurité des patients dans les hôpitaux psychiatriques.

Les **thèmes génériques** sont (1) la transmission de l'information, (2) la participation des patients et (3) le leadership, la stratégie et la politique. Les **thèmes spécifiques** sont regroupés en deux piliers : les processus de soins (= pilier A) et la gestion des risques (= pilier B). Des **processus de soins** garantissent des soins de qualité et sûrs. Le prestataire de soins sait exactement ce que l'on attend de lui et le patient est au centre. Des processus de soins anticipent également le pilier B, la **gestion des risques**. Des processus de soins peuvent en effet prévenir les risques et les comportements à risque. Une gestion des risques bien élaborée permet aux prestataires de soins de disposer d'outils leur permettant d'intervenir préventivement et de gérer adéquatement les comportements à risque. Selon la littérature, les risques qui causent les incidents les plus fréquents sont l'auto-agression, l'agression, le comportement de fuite et l'incident de chute.

Les thèmes spécifiques du pilier A, processus de soins, sont :

1. Soins médicamenteux
2. Soins somatiques
3. Privation de liberté

Les thèmes spécifiques du pilier B, gestion des risques, sont :

1. Auto-agression (suicide/automutilation)
2. Agression
3. Comportement de fuite
4. Incident de chute

S'y ajoute un troisième pilier, celui de la **gestion de la sécurité** (= pilier C), qui couvre à la fois les thèmes spécifiques et génériques. Le pilier C comprend la culture de sécurité, l'analyse proactive des risques, la formation et l'amélioration continue, la notification, l'analyse et l'apprentissage. Ce pilier est la continuation du système de gestion de la sécurité des précédents programmes pluriannuels.

La figure 2 montre une représentation schématique du troisième programme pluriannuel, reprenant les différents piliers et thèmes. La matrice montre clairement comment les thèmes génériques sont intégrés dans les thèmes spécifiques.

Figure 2: Représentation schématique du troisième programme pluriannuel

C : GESTION DE LA SÉCURITÉ : culture de sécurité ; analyse proactive des risques ; formation et amélioration permanente ; signalement ; analyse et apprentissage						
			Transmission des informations	Participation du patient	Leadership, stratégie et politique	
A : PROCESSUS DE SOINS	soins médicamenteux		critère A 1	critère A 4	critère A 7	
	soins somatiques		critère A 2	critère A 5	critère A 8	
	privation de liberté		critère A 3	critère A 6	critère A 9	
B : GESTION DES RISQUES	auto-agression (suicide/automutilation)		critère B 1	critère B 5	critère B 9	
	agression		critère B 2	critère B 6	critère B 10	
	comportement de fuite		critère B 3	critère B 7	critère B 11	
	incident de chute		critère B 4	critère B 8	critère B 12	

Une distinction est faite entre les thèmes obligatoires et thèmes à choisir librement. Les **thèmes obligatoires** sont le système de gestion de la sécurité (SGS) d'une part, et le thème soins médicamenteux d'autre part. Pour les **thèmes à choisir librement** l'hôpital choisit un thème dans les processus de soins (= pilier A) et un thème dans la gestion des risques (= pilier B).

5. THÈMES GÉNÉRIQUES

Les thèmes génériques sont :

1. La transmission de l'information
2. La participation du patient et de la famille
3. Leadership, stratégie et politique

Nous détaillons ci-après ce qui est demandé aux hôpitaux d'ici 2022 pour les thèmes génériques. Les critères seront explicitement demandés chaque année.

5.1 Qu'est-il demandé en matière de transmission d'information ?

Une coopération efficace entre le patient et le prestataire de soins, d'une part, et entre prestataires de soins, d'autre part, est une condition essentielle pour garantir la continuité des soins. L'échange d'informations sur les patients tout au long du processus de soins (y compris l'admission, le changement d'équipe, le transfert à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital, les tournées de patients et la sortie de l'hôpital) en est un élément important³.

Étant donné que les interventions et les processus commencent généralement après un rapport verbal (p.ex. un briefing) ou écrit (p.ex. un formulaire de sortie), une communication optimale est essentielle en matière de soins de santé. Une mauvaise communication ou une communication déficiente entre les prestataires de soins ou entre les prestataires de soins et le patient et ses proches est une cause majeure d'incidents liés à la sécurité des patients. Une étude montre que des erreurs de communication sont à la base d'incidents de sécurité des patients dans 70 % des cas^{4,5}.

Une transmission efficace de l'information représente un défi majeur dans les soins de santé, non seulement dans l'hôpital, mais également pour d'autres acteurs de soins. La communication est à la fois interdisciplinaire et multidisciplinaire et diverses méthodes sont utilisées (verbale, écrite, électronique ou une combinaison de méthodes).

Pendant toute la durée du troisième programme pluriannuel (2018-2022) :

- les hôpitaux seront invités à faire rapport annuellement sur les critères liés aux thèmes spécifiques (voir chapitre 6 : thèmes spécifiques) ;

³ Flemming, D., Paul, M., & Hübner, U. (2014). Building a common ground on the clinical case: design, implementation and evaluation of an information model for a Handover EHR. *Studies in health technology and informatics*, 201, 167-174.

⁴ Health Canada. (2007). The working conditions of nurses: Confronting the challenges. *Strengthening the Policy-Research Connection*, 13, 1- 46. Consulté le 12 février 2018 sur http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-eng.pdf

⁵ Lang, A., & Edwards, N. (2006). *Safety in home care: Broadening the patient safety agenda to include home care services. Report for the Canadian Patient Safety Institute*. Consulté le 12 février 2018 sur <http://www.patientsafetyinstitute.ca/>

- la Cellule qualité et sécurité des patients demandera des éléments importants pour la transmission de l'information et pour vérifier si des initiatives supplémentaires doivent être prises en appui et au profit de quels groupes cibles. Les thèmes abordés portent notamment sur :
 - la concertation multidisciplinaire
 - le dossier (électronique) du patient
 - la transmission d'information lors de l'admission, du changement d'équipe, du transfert et de la sortie de l'hôpital
 - le debriefing et l'analyse des incidents (graves) au niveau de l'équipe
 - l'évaluation des risques, y compris l'identification des déclencheurs possibles (comportement d'automutilation, médicaments, ...)

5.2 Qu'est-il demandé en matière de participation des patients ?

La participation des patients dans les soins de santé mentale se définit comme étant leur participation active aux activités (planification, évaluation, assistance, étude, formation, etc.) et leur participation à la prise de décision, en partant de leur expérience de vécu et en coopérant avec les prestataires de soins. La participation des patients peut être à la fois individuelle et collective⁶.

La participation des patients porte sur les droits et les possibilités du patient d'exercer une influence et d'être impliqué dans la prise de décision relative à ses soins. Elle est obtenue en combinant les préférences, le potentiel et l'expérience du vécu des patients aux connaissances des prestataires de soins. La participation des patients au niveau collectif signifie que les patients ou les organisations représentant les patients essaient de contribuer à la conception des soins de santé et sociaux. Et ceci à travers une implication active dans les activités au niveau individuel, organisationnel et politique.

La participation des patients mène à une amélioration de la qualité des soins de santé (mentale), parce que les besoins du patient sont intégrés dans les soins. L'autonomisation des patients est également stimulée, leur implication est accrue : le patient apprend à faire face à sa maladie et à utiliser ses compétences^{7,8,9}.

Une tension peut apparaître entre les actions qui promeuvent la sécurité du patient et le respect de leur autonomie. Des mesures telles que la limitation de la liberté peuvent, à première vue,

⁶ Tambuyzer, E., Gelders, C., Spruytte, N., Jacob, B. & Van Audenhove, C. (2010). Participatie van patiënten en mantelzorgers in de therapeutische projecten. Consulté le 14 février 2018 sur <https://lirias.kuleuven.be/handle/123456789/287355>

⁷ Hickey, G., & Kipping, C. (1998). Exploring the concept of user involvement in mental health through a participation continuum. *Journal of clinical nursing*, 7(1), 83-88.

⁸ LUCAS – K.U. Leuven (2010). Een starterskit voor betere GGZ: visie en methodieken. Consulté le 14 février 2018 sur <http://www.psy107.be>

⁹ World Health Organization. (2010). User empowerment in mental health: a statement by the WHO Regional Office for Europe-empowerment is not a destination, but a journey. Consulté le 14 février 2018 sur <http://apps.who.int>

restreindre la liberté de mouvement des patients, alors qu'elles visent en réalité à garantir la sécurité du patient et de son entourage¹⁰.

Pendant toute la durée du troisième programme pluriannuel (2018-2022) :

- les hôpitaux seront invités à faire rapport annuellement sur les critères liés aux thèmes spécifiques (voir chapitre 6 : thèmes spécifiques) ;
- la Cellule qualité et sécurité des patients demandera des éléments importants pour l'autonomisation des patients et pour vérifier si des initiatives supplémentaires doivent être prises en appui et au profit de quels groupes cibles. Les thèmes abordés portent sur :
 - la responsabilisation des patients quant à leur propre rôle dans le trajet de soins individuel ;
 - l'éducation fournie, adaptée aux attentes et aux besoins du patient ;
 - l'information au patient sur ses soins, adaptés à ses attentes et à ses besoins ;
 - l'information à l'environnement du patient, moyennement son consentement éclairé, sur les soins au patient ;
 - la possibilité pour les patients de communiquer dans leur propre langue avec les prestataires de soins ;
 - l'implication de besoins spécifiques de soins du patient ;
 - l'élaboration d'une carte de signal/de crise avec le patient (et ses proches) ;
 - le débriefing et l'analyse des incidents (graves) au niveau de l'équipe ;
 - l'incitation des patients, des aidants proches et de la famille à être attentifs aux risques de sécurité ;
 - la collaboration des hôpitaux avec les organisations de patients et avec les organisations d'aidants proches/membres de la famille ;
 - une représentation (périodique) et/ou une communication structurelle de et avec les patients ou les associations de patients dans les conseils d'administration ;
 - l'implication des patients ou des associations de patients dans des processus de soins.

5.3 Qu'est-il demandé en matière de leadership, de stratégie et de politique ?

Le leadership comprend l'attitude et le comportement, sur la base de la mission et de la vision, de toutes les personnes au sein de l'organisation qui assument une responsabilité de direction. Cette notion inclut tous les membres de la direction, les gestionnaires, les chefs d'équipe, etc. Ils ont un rôle d'exemple pour les autres au sein de l'organisation et sont la force inspirante et motrice de l'amélioration continue d'une organisation. Les dirigeants exercent leur fonction de manière telle

¹⁰ Bowers, L., N., Crowhurst, N., Alexander, J., Callaghan, P., Eales, S., Guy, S., et al. (2002). Safety and security policies on psychiatric acute admission wards: Results from a London-wide survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 427-433.

que les collaborateurs se sentent également impliqués et encouragés à prendre leurs responsabilités¹¹.

En partant de la stratégie et de la politique, on essaie de traduire la mission et la vision en objectifs de l'organisation et en actions à entreprendre pour atteindre ces objectifs. La politique et la stratégie sont donc formulées en termes concrets et mesurables.

Durant toute la période du troisième plan pluriannuel (2018-2022) :

- Les hôpitaux doivent communiquer sur l'état d'avancement des projets mis en place liés aux thèmes spécifiques.
- La cellule Qualité et Sécurité des patients interrogera les hôpitaux sur des aspects cruciaux du leadership afin de suivre l'évolution de la situation et de prévoir des initiatives de soutien. Les aspects suivant seront relevés :
 - dans quelle mesure les audits internes, s'ils existent, sont un outil de gestion pour l'équipe de management de l'hôpital ;
 - dans quelle mesure les audits internes (et leurs résultats) engendrent la mise en place des mesures d'amélioration ;
 - dans quelle mesure le leadership est renforcé ;
 - dans quelle mesure les collaborateurs prennent la responsabilité d'assurer des soins de qualité ainsi que la sécurité des patients ;
 - dans quelle mesure une évaluation proactive et systématique est faite pour des nouvelles procédures (et/ou actualisées) en ce qui concerne les risques potentiels pour la sécurité des patients ;
 - dans quelle mesure des démarches sont entreprises pour arriver à un Système de *Entreprise Risk Management*, un plan de gestion de tous les risques auxquels un hôpital peut être confronté.

¹¹ Modèle de gestion INK. Consulté le 20 février 2018 sur <http://www.ink.nl/model/ink-managementmodel>.

6. THÈMES SPÉCIFIQUES

Nous détaillons dans ce chapitre les thèmes spécifiques qui sont répartis en deux piliers : les processus de soins (= pilier A) et la gestion des risques (= pilier B).

La définition de chaque thème, les objectifs stratégiques et les critères du programme pluriannuel 2018-2022 sont ensuite discutés. Les critères sont liés à un thème spécifique ainsi qu'à un thème générique. La matrice (figure 2 page 7) montre clairement comment les thèmes génériques sont intégrés dans les thèmes spécifiques. Par exemple, pour le thème spécifique « soins médicamenteux », un critère est défini pour chaque thème générique (critères A1, A4 et A7). Dans l'annexe 1, des actions possibles sont proposées par critère.

6.1 Soins médicamenteux

Définition des soins médicamenteux

Les soins médicamenteux comprennent l'ensemble des activités à entreprendre par différents prestataires de soins, nécessaires pour donner le bon médicament dans la bonne forme et la bonne posologie au bon patient au bon moment. Cela inclut également l'information et l'accompagnement nécessaires du patient et de sa famille ou des aidants proches¹².

Objectif stratégique pour 2022 pour les soins médicamenteux

Dans chaque hôpital, le thème des soins médicamenteux est prioritaire dans les politiques qualité et sécurité des patients et ceci implique la participation de tous les prestataires de soins concernés, mais aussi celle du patient et de sa famille.

Critères pour les soins médicamenteux

Dans la figure 3, les critères pour les soins médicamenteux sont énumérés. En annexe 1, des actions possibles sont proposées par critère.

Figure 3 : Critères pour les soins médicamenteux

Soins médicamenteux	
Transmission des informations	Critère A 1 : Organiser la transmission des informations relatives aux soins médicamenteux de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.

¹² Farmaceutische zorg door arts en apotheker. Consulté le 20 février 2018 sur https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Farmaceutische_zorg.pdf

Participation du patient	Critère A 4 : Organiser la participation du patient et de sa famille aux soins médicamenteux selon leurs besoins et leurs possibilités, de telle sorte que le patient soit informé en détail à ce sujet, contribue activement et puisse agir en toutes circonstances de façon autonome et adaptée.
Leadership, stratégie et politique	Critère A 7 : Développer une stratégie et une politique en matière de soins médicamenteux de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.

6.2 Soins somatiques

Définition des soins somatiques

Le dépistage somatique favorise la prévention, l'identification et le traitement à temps des problèmes somatiques. Dans soixante pour cent des décès chez les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique, il s'agit de maladies traitables, telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète et l'hypertension¹³. Ces personnes présentent un risque accru en raison de la plus grande prévalence de facteurs de risque, dont le tabagisme, la réduction de l'activité physique, les effets iatrogènes des psychotropes (p.ex. le syndrome métabolique)¹⁴. Une étude montre toutefois que les soins somatiques chez les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique sont de moindre qualité, ce qui augmente le risque de sous-diagnostic et de sous-traitement^{15,16}. Les symptômes sont souvent confondus avec des maladies psychiatriques et l'étude somatique n'est pas systématiquement effectuée^{17,18}.

Objectif stratégique pour 2022 pour les soins somatiques

Le thème des soins somatique est prioritaire dans les politiques qualité et sécurité des patients et ceci implique la participation de tous les prestataires de soins concernés, mais aussi celle du patient et de sa famille.

Critères pour les soins somatiques

Dans la figure 4, les critères pour les soins somatiques sont énumérés. En annexe 1, des actions possibles sont proposées par critère.

¹³ Cook J. (2011). Physical wellness: an integral feature of recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34: 271-2.

¹⁴ Thornicroft G. (2011). Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry*, 199: 441-2.

¹⁵ De Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M. A. R. C. E. L. O., Cohen, D. A. N., Asai, I., ... & Newcomer, J. W. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World psychiatry*, 10(1), 52-77.

¹⁶ Van Alphen C, Ammeraal M, Blanke C, Boonstra H, Boumans R, Bruggeman S, Casteley FL, et al. (2012). Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie. Utrecht: De Tijdstroom.

¹⁷ Crul, B.V.M., Rijkse W.P. (2005). Psychisch blijkt toch somatisch. *Medisch Contact*, 48: 1940-2.

¹⁸ Crul, B.V.M., Rijkse W.P. (2006). Psychiater gaat óók over de somatiek. *Medisch Contact*, 37: 1458-61.

Figure 4 : Critères pour les soins médicamenteux

Soins somatiques	
Transmission des informations	Critère A 2 : Organiser la transmission des informations relatives aux soins somatiques de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.
Participation du patient	Critère A 5 : Organiser la participation du patient et de sa famille aux soins somatiques selon leurs besoins et leurs possibilités, de telle sorte que le patient soit informé en détail à ce sujet, contribue activement et puisse agir en toutes circonstances de façon autonome et adaptée.
Leadership, stratégie et politique	Critère A 8 : Développer une stratégie et une politique en matière de soins somatiques de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.

6.3 Privation de liberté

Définition de la privation de liberté^{19 20 21}

Nous entendons par privation de liberté toutes les mesures thérapeutiques qui restreignent la liberté de choix ou de circuler du patient séjournant en service de soins psychiatriques qu'il fasse l'objet d'une mise en observation judiciaire ou non (hospitalisation forcée).

Chaque praticien veillera à ce que ce type de mesures soit appliqué en veillant au plus grand intérêt du patient, et à respecter la Loi sur les droits du patient. Le consentement du patient est une préoccupation prioritaire, il sera recherché en utilisant toutes les méthodes de concertation appropriées.

Les mesures de privation de liberté ne peuvent être prises que si l'état du patient le requiert et que toute autre forme de traitement/soins (volontaire) appropriée n'a pas abouti. La privation de liberté ne peut être ou devenir une mesure de coercition, situation dans laquelle on agit sans le consentement du patient.

Même si ces mesures sont appliquées dans le seul but de protéger l'intégrité du patient ou d'autrui, elles peuvent toutefois générer chez lui un sentiment d'étrangeté, un sentiment d'isolement, d'inquiétude, d'angoisse et donc de l'agressivité ou de la violence. Les mesures de contention

¹⁹ *Toolkit GGZ – Zorg zelf voor minder vrijheidsbeperkende maatregelen in de GGZ*, Vilans, kenniscentrum voor de langdurende zorg, in samenwerking met het Trimbos-instituut, kenniscentrum GGz en verslavingszorg, Juni 2012.

²⁰ CNO (College of Nurses of Ontario), *Practice standard "Restraints"*, juni 2009.

²¹ APA, American Psychiatric Association's Committee on Patient Safety. *SAFE MD. Practical Applications and Approaches to Safe Psychiatric Practice*, 2009.

peuvent aussi générer des dommages physiques tels que : escarres, amyotrophie, incontinence, arrêt du cœur, asphyxie...

La privation de liberté (structurelle ou situationnelle) concerne entre autres :

- tous les types de règles imposées liées au cadre thérapeutique,
- le traitement sous contrainte,
- la médication sous contrainte,
- la gestion de l'argent par un tiers,
- les limitations de sortie ou de visite,
- les mises en chambre d'isolement,
- les mesures physiques ou chimiques de contention,
- l'interdiction de détenir des objets dangereux, toxiques, un gsm, ...
- etc...

Objectif stratégique pour 2022 pour la privation de liberté

La privation de liberté est un thème prioritaire dans les politiques qualité et sécurité des patients et ceci implique la participation de tous les prestataires de soins concernés, mais aussi celle du patient et de sa famille.

Critères pour la privation de liberté

Dans la figure 5, les critères pour la privation de liberté sont énumérés. En annexe 1, des actions possibles sont proposées par critère.

Figure 5 : Critères pour la privation de liberté

Privation de liberté	
Transmission des informations	Critère A 3 : Organiser la transmission des informations relatives aux mesures restrictives de liberté de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.
Participation du patient	Critère A 6 : Organiser la participation du patient et de sa famille à la prévention et au suivi dans le cadre des mesures restrictives de liberté de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.
Leadership, stratégie et politique	Critère A 9 : Développer une stratégie et une politique en matière de mesures restrictives de liberté de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.

6.4 Auto-agression

Définition d'auto-agression

Le concept d'« auto-agression » inclut, dans le contexte de ce programme, à la fois le comportement d'automutilation, la tentative de suicide et le suicide.

Le comportement d'automutilation délibérée (CAD) se définit défini comme « *un comportement socialement inacceptable, par lequel une personne s'inflige délibérément et directement des blessures physiques sans intention d'attenter à sa vie* »²².

Le suicide est « un acte dont l'issue est fatale et que le défunt a initié en connaissant ou en s'attendant à une issue fatale potentielle et qu'il a exécuté dans le but de réaliser des changements »²³.

La tentative de suicide est « un comportement inhabituel sans issue fatale que la personne initie et exécute dans l'attente ou avec le risque de mourir ou de provoquer des lésions corporelles et dans le but de réaliser les changements souhaités »²⁴.

Les personnes présentant un trouble psychiatrique représentent un groupe à risque pour ce qui concerne le développement de pensées suicidaires²⁵ et les personnes admises dans un hôpital psychiatrique sont dix fois plus susceptibles de décéder par suicide²⁶.

Objectif stratégique pour 2022 pour auto-agression

Le thème auto-agression est prioritaire dans les politiques qualité et sécurité des patients et ceci implique la participation de tous les prestataires de soins concernés, mais aussi celle du patient et de sa famille.

Critères pour auto-agression

Dans la figure 6, les critères pour l'auto-agression sont énumérés. En annexe 1, des actions possibles sont proposées par critère.

²² Claes, L., Vandereycken, W. & Vertommen, H. (2007). Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Personality and Individual Differences*, 42, 611-621.

²³ De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J., Kerkhof, A., & Bille-Brahe, U. (2004). Definitions of suicidal behaviour. In D. De Leo, A. Bille-Brahe, A. Kerkhof, & A. Schmidtke (Eds.), *Suicidal Behaviour: Theories and Research Findings* (pp. 14–39). Göttingen: Hogrefe & Huber.

²⁴ De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J., Kerkhof, A., & Bille-Brahe, U. (2004). Definitions of suicidal behaviour. In D. De Leo, A. Bille-Brahe, A. Kerkhof, & A. Schmidtke (Eds.), *Suicidal Behaviour: Theories and Research Findings* (pp. 14–39). Göttingen: Hogrefe & Huber.

²⁵ Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395–405.

²⁶ OESO. (2014). Improving quality measurement and data collection for mental health. In *Making mental health count*.

Figure 6 : Critères pour auto-agression

Auto-agression	
Transmission des informations	Critère B 1 : Organiser la transmission des informations relatives à l'auto-agression de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.
Participation du patient	Critère B 5 : 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.
Leadership, stratégie et politique	Critère B 9 : 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.

6.5 Agression

Définition d'agression

L'agression peut se définir comme le comportement physique ou verbal d'une personne qui se montre menaçante ou cause des dommages réels à la victime ou à un objet. Elle peut s'exprimer par un acte, un geste ou une tentative de provoquer une peur fondée d'être blessé, dans le chef de la victime. Cette blessure peut être de nature physique ou psychologique²⁷.

L'agression est l'un des incidents les plus courants en soins de santé mentale, qui met en danger la sécurité des patients. Les patients en soins de santé mentale représentent donc un groupe très vulnérable aux conséquences d'une agression. Et cela tant en tant que victime qu'en tant qu'auteur ou témoin. Outre l'agression entre patients, le comportement agressif du patient est essentiellement dirigé contre le personnel²⁸, en particulier le personnel infirmier²⁹. Bien que l'agression soit une réalité dans les soins de santé mentale, il faut souligner que la majorité des patients ne présentent pas de comportement agressif³⁰.

²⁷ National Institute for Health and Care excellence. *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings*. 2015. Consulté le 25 février 2018 sur <https://www.nice.org.uk/guidance/ng1>.

²⁸ Foster, C., Bowers, L., & Nijman, H. (2007). Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing*, 58, 140-149.

²⁹ Nicholls, T.L., Brink, J., Greaves, C., Lussier, P., & Verdun-Jones, S. (2009). Forensic psychiatric inpatients and aggression: An exploration of incidence, prevalence, severity, and interventions by gender. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 23-30.

³⁰ Rocca, P., Villari, V., & Bogetto, F. (2006). Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30, 586-598.

Objectif stratégique pour 2022 pour agression

Le thème agression est prioritaire dans les politiques qualité et sécurité des patients et ceci implique la participation de tous les prestataires de soins concernés, mais aussi celle du patient et de sa famille.

Critères pour agression

Dans la figure 7, les critères pour agression sont énumérés. En annexe 1, des actions possibles sont proposées par critère.

Figure 7 : Critères pour agression

Agression	
Transmission des informations	Critère B 2 : Organiser la transmission des informations relatives à l'agression de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.
Participation du patient	Critère B 6 : Organiser la participation du patient et de sa famille à la prévention et au suivi dans le cadre de l'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.
Leadership, stratégie et politique	Critère B 10 : Développer une stratégie et une politique relatives à l'agression de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.

6.6 Comportement de fuite

Définition de comportement de fuite

Le comportement de fuite (*absconding*) constitue un problème fréquent pour la sécurité des patients dans le secteur des soins de santé mentale. Les patients peuvent représenter un danger pour eux-mêmes ou pour les autres, en raison du danger d'automutilation, de suicide, de violence, d'agression et de négligence de soi³¹. Il se définit comme le comportement par lequel un patient quitte le service sans autorisation ou lorsque des accords sur la période de congé ne sont pas respectés³². Le comportement de fuite peut survenir dans différentes situations : dans un service fermé, dans un service ouvert ou pendant un congé accompagné et lors d'une admission d'urgence ou de longue durée.

³¹ Brickell, T. A., Nicholls, T. L., Procyshyn, R. M., McLean, C., Dempster, R. J., Lavoie, J. A. A., Sahlstrom, K. J., Tomita, T. M., & Wang, E. (2009). *Patient safety in mental health*. Edmonton, Alberta: Canadian Patient Safety Institute and Ontario Hospital Association.

³² Scobie, S., Minghella, E., Dale, C., Thomson, R., Lelliott, P., & Hill, K. (2006). *With safety in mind: Mental health services and patient safety. Patient safety observatory report 2*. National Patient Safety Agency.

Contrairement aux patients qui manifestent un comportement de fuite, les patients qui errent (*wandering*) ne visent pas toujours à quitter l'établissement sans autorisation ni à enfreindre les accords sur la période de congé. L'errance se définit comme le déplacement de patients présentant une déficience cognitive (ayant une influence sur la mémoire, la capacité de jugement et l'orientation spatiale) et dont le comportement est ciblé ou non³³.

Objectif stratégique pour 2022 pour le comportement de fuite

Le thème comportement de fuite est prioritaire dans les politiques qualité et sécurité des patients et ceci implique la participation de tous les prestataires de soins concernés, mais aussi celle du patient et de sa famille.

Critères pour comportement de fuite

Dans la figure 8, les critères pour comportement de fuite sont énumérés. En annexe 1, des actions possibles sont proposées par critère.

Figure 8 : Critères pour comportement de fuite

Comportement de fuite	
Transmission des informations	Critère B 3 : Organiser la transmission des informations relatives au comportement de fuite de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.
Participation du patient	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.
Leadership, stratégie et politique	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.

³³ Lai, C. K., & Arthur, D. G. (2003). Wandering behaviour in people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 173-182.

6.7 Incident de chute

Définition d'incident de chute

Un incident de chute se définit comme tout mouvement non prévu par lequel le patient atterrit sur le sol, contre un mur ou une autre surface d'appui³⁴.

Un âge plus avancé, au-delà de 65 ans, représente le principal facteur de risque pour les incidents de chute³⁵. Le taux de chute et le nombre de blessures liées aux chutes sont, en outre, plus élevés chez les patients psychogériatriques que chez les personnes âgées dans d'autres établissements de soins.

Bien que moins d'une chute sur 10 entraîne une blessure, un cinquième des incidents de chute nécessite des soins médicaux. Ils sont également associés à une augmentation de la morbidité et de la mortalité. C'est pourquoi ils représentent un grave problème de sécurité dans les soins de santé mentale³⁶.

Il est important de signaler que la majorité des incidents de chute peuvent être prévus et évités, mais que certains facteurs empêchent une prévention complète des chutes³⁷. Il n'est, ainsi, pas souhaitable de limiter l'autonomie et la liberté de mouvement du patient.

Objectif stratégique pour 2022 pour incident de chute

Le thème incident de chute est prioritaire dans les politiques qualité et sécurité des patients et ceci implique la participation de tous les prestataires de soins concernés, mais aussi celle du patient et de sa famille.

Critères pour incident de chute

Dans la figure 9, les critères pour incident de chute sont énumérés. En annexe 1, des actions possibles sont proposées par critère.

³⁴ Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap – K.U.Leuven. (2004) Klinische performantie – indicatoren voor het kwaliteitsbeleid van de Vlaamse algemene ziekenhuizen.

³⁵ Scobie, S., Minghella, E., Dale, C., Thomson, R., Lelliott, P., & Hill, K. (2006). *With safety in mind: Mental health services and patient safety. Patient safety observatory report 2*. National Patient Safety Agency.

³⁶ Gillespie, L. D., Gillespie, W. J., Robertson, M. C., Lamb, S. E., Cumming, R. G., & Rowe, B. H. (2008). Interventions for preventing falls in the elderly (review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-112.

³⁷ McMurdo, M. E. T., & Harper, J. R. (2004). Institutional falls: Quality not quantity. *Age and Ageing*, 33, 399-404.

Figure 9 : Critères pour incident de chute

Incident de chute	
Transmission des informations	Critère B 4 : Organiser la transmission des informations relatives au chutes de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.
Participation du patient	Critère B 8 : Organiser la participation du patient et de sa famille à la prévention et au suivi dans le cadre de chutes 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.
Leadership, stratégie et politique	Critère B 12 : Développer une stratégie et une politique en matière de chutes de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.

7. SYSTÈME DE GESTION DE LA SÉCURITÉ

7.1 Comité sécurité des patients

Dans le cadre du système de gestion de la sécurité (SGS) et des contrats coordination « qualité et sécurité des patients », l'existence d'un comité pluridisciplinaire en charge de coordonner les projets est primordial. Le Comité Sécurité des patients ou toute autre structure équivalente est responsable de la définition, du suivi et de l'amélioration de la politique de sécurité des patients et de la qualité des soins dans l'hôpital.

Le Comité Sécurité des patients, ou toute autre structure équivalente, a, entre autres, pour responsabilités de et aborde les sujets suivants :

- développer au niveau stratégique la politique en matière de sécurité des patients ;
- conseiller la direction et formuler des recommandations sur les actions à entreprendre pour améliorer la sécurité des patients ;
- informer la direction et les collaborateurs hospitaliers au sujet de la politique menée en matière de sécurité des patients ;
- encourager les collaborateurs hospitaliers à notifier les incidents ;
- coordonner et suivre les actions d'amélioration à partir d'analyses d'incidents ;
- informer les collaborateurs hospitaliers des résultats des actions d'amélioration menées.

Une difficulté réside notamment dans le fait que ce comité n'est pas légalement obligatoire et que sa structure, son rôle et ses objectifs ne sont pas clairement délimités comme par exemple pour le Comité d'hygiène hospitalière ou le Comité de transfusion.

7.2 Système de notification et d'apprentissage des incidents et presque incidents

Dans le cadre du premier programme pluriannuel (2007-2012) du SPF Santé publique, l'accent a été mis sur le développement d'un système de gestion de la sécurité du patient (pilier 1 du contrat). Au cours de la troisième année de contrat (2010), il a été explicitement demandé aux hôpitaux de mettre en place un système de notification des événements indésirables et d'apprentissage.

Le système de notification et d'apprentissage demandé peut être développé par l'hôpital, par un partenaire externe ou par une société commerciale. Dans tous les cas, le système de notification et d'apprentissage doit satisfaire aux critères définis par le Groupe de travail Sécurité des patients en mars 2009, actualisés en 2012 et disponibles sur notre site web https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/critere_systeme_de_notification_et_dapprentissage_def.pdf.

Dans le système de notification et d'apprentissage la possibilité pour le déclarant de signaler anonymement doit être fournie et les rapports d'incidents doivent pouvoir être anonymisés après l'analyse. Selon le paragraphe 26 de la *General Data Protection Regulation*, les principes de protection des données ne s'appliquent pas aux données anonymes, c'est-à-dire les informations qui ne se rapportent pas à une personne physique identifiée ou identifiable ou à des données personnelles qui ont été rendues anonymes de telle sorte que la personne concernée n'est pas ou plus identifiable.

7.3 Encodage des incidents (taxonomie de l'OMS)

Dans le cadre du système de notification et d'apprentissage des incidents, il a été demandé aux hôpitaux de prévoir la possibilité de classer les incidents sur la base de l'*International Classification for Patient Safety de l'OMS (ICPS)*³⁸. L'application de cette taxonomie universelle largement répandue vise à garantir la cohérence des données et la possibilité de les échanger, de sorte que leur agrégation au sein des différents départements ou services d'un même hôpital et entre les hôpitaux entre eux devienne possible à court terme. Le but ici est d'apprendre de chacun pour s'améliorer. La classification complète d'un incident n'a pas toujours de sens et n'est certainement pas toujours nécessaire. Pour cette raison, le groupe de travail Sécurité des patients a défini un ensemble de données minimales (*minimal dataset*) qui comprend les quatre catégories principales. À chaque notification d'un incident, il faut donc encoder au minimum les catégories de données suivantes : le type d'incident, les caractéristiques de l'incident, ses conséquences pour le patient et ses conséquences pour l'organisation.

L'agrégation des données relatives aux notifications des incidents n'est toutefois possible que s'il est satisfait aux quatre conditions suivantes :

1. Il faut que la notification des incidents puisse se faire par voie électronique.
2. Le formulaire de notification de l'hôpital doit recueillir les données permettant d'encoder les 4 catégories du *minimal dataset*.
3. Les notifications des incidents doivent pouvoir être codées jusqu'au niveau le plus profond (par le reporter).
4. Le modèle d'exportation XML, proposé par le SPF Santé publique en 2010, doit être intégré dans le logiciel de l'hôpital.

Le but d'une exportation est de pouvoir agréger de manière totalement anonyme les rapports d'incidents provenant de différents hôpitaux pour obtenir une opportunité d'apprentissage conjointe :

- Un hôpital peut se comparer au groupe en termes de modèle de déclaration des incidents.

³⁸ L'ICPS est un cadre conceptuel qui regroupe 10 grandes classes, 48 concepts clés et environ 700 notions. La version initiale de l'ICPS a été développée par la World Alliance for Patient Safety (www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/en/), a été adaptée à la situation belge par le groupe de travail ad hoc 'taxonomie' et a ensuite été traduite dans les trois langues nationales.

- L'analyse statistique peut être effectuée sur une base de données agrégée. Cela peut conduire, entre autres, à l'identification de risques spécifiques qui peuvent être traités à un niveau supérieur.

En soutien à cet encodage, des workshops sont organisés. Les présentations sont disponibles sur le site web <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/securite-des-patients/plan-de-soutien-0>.

7.4 Analyse rétrospective des incidents

Depuis 2008, dans le cadre des contrats « coordination qualité et sécurité des patients, le SPF Santé publique incite les hôpitaux belges à analyser de manière rétrospective ces événements indésirables.

L'analyse rétrospective d'un événement indésirable en matière de sécurité d'un patient permet d'identifier tous les facteurs contributifs de l'incident et a pour but de mettre en place des améliorations permanentes. Les méthodes d'analyse rétrospective reposent sur une approche systémique. Il ne s'agit donc pas de chercher les « coupables », mais bien de chercher les imperfections dans le système (causes profondes) qui ont permis à une erreur d'avoir des conséquences. Différentes méthodes telles que PRISMA et RCA (SIRE) peuvent être utilisées à cette fin.

En soutien à cette analyse, le SPF Santé publique organise annuellement des workshops sur les différentes méthodes existantes : PRISMA et RCA. Les présentations sont disponibles sur le site web <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/securite-des-patients/plan-de-soutien-0>.

7.5 Analyse proactive des risques

Depuis 2011, le SPF Santé publique encourage les hôpitaux belges à réaliser des analyses proactives des risques portant sur des thématiques liées à la sécurité des patients. Une analyse proactive des risques de type AMDEC permet de détecter les risques potentiels et de réduire leurs conséquences avant qu'ils ne se produisent. Les modes de défaillance potentiels des processus (*failure modes* ou modes de défaillance) sont systématiquement identifiés et évalués par rapport à leur effet potentiel. Ensuite, des mesures sont prises qui peuvent réduire le risque de survenue de ces modes de défaillance ou en limiter l'effet.

En soutien à cette analyse, le SPF Santé publique organise annuellement un workshop AMDEC. Les présentations de ces formations sont disponibles sur le site web <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/securite-des-patients/plan-de-soutien-0>.

7.6 Mesures de la culture de la sécurité des patients

Au cours des dix dernières années, la promotion de la culture de la sécurité a été une préoccupation de plus en plus présente dans les hôpitaux belges. Dans le cadre du programme pluriannuel fédéral « coordination qualité et sécurité des patients » (2007-2012 et 2013-2017), trois mesures de culture ont été déjà réalisées à un niveau national dans les hôpitaux de soins aigus, psychiatriques et de soins spécialisés. L'instrument utilisé était *l'Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC) de la AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*), qui a été traduit et validé. Cet instrument évalue la perception du personnel hospitalier sur 12 aspects ou dimensions de la culture de sécurité. L'UHasselt a organisé après chaque mesure une étude comparative avec un rapport de feedback vers les hôpitaux.

Pour les hôpitaux psychiatriques, le programme pluriannuel se poursuivra de 2018 à 2022. Dans ce cadre, ils sont invités à effectuer une quatrième mesure de la culture de sécurité en 2019. Les hôpitaux psychiatriques qui auraient réalisé une mesure de la culture en 2017 ou 2018 sont exemptés de cette obligation de mesure en 2019, mais ils peuvent toutefois, s'ils le souhaitent, participer à la nouvelle mesure de 2019.

Les hôpitaux sont invités à transmettre sur base volontaire les résultats de leur enquête sur la mesure de la culture de sécurité à l'UHasselt pour permettre, comme chaque année, une étude de benchmarking. Dans le rapport de feedback qu'ils recevront, les hôpitaux auront un aperçu de l'évolution de la culture de sécurité dans leur institution (résultats de tendance) et peuvent se positionner sur la base d'un code hospitalier unique et anonyme par rapport aux autres hôpitaux participants.

Toutes les informations concernant la mesure de la culture de sécurité et les rapports de feedback sont disponibles sur le site web <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/securite-des-patients/culture-de-securite>.

7.7 Qu'est-il demandé en matière de gestion de la sécurité

Pendant toute la durée du troisième programme pluriannuel (2018-2022), nous attendons :

- qu'un comité pour la sécurité des patients soit présent et assume les tâches et rôles susmentionnés (voir 7.1) ;
- que les (presque) incidents liés au thème obligatoire des soins médicamenteux et aux deux thèmes retenus soient répertoriés, classés selon la taxonomie de l'OMS et analysés ;
- que les actions d'amélioration résultant des analyses d'incidents fassent l'objet d'un suivi par processus et soient discutées avec les prestataires de soins concernés et la direction ;
- que trois analyses proactives des risques soient effectuées sur une période de cinq ans, dont l'une sur les soins médicamenteux et les deux autres sur les thèmes librement choisis ou sur un autre aspect partiel des soins médicamenteux ;

- qu'une formation soit organisée pour le personnel ;
- qu'une mesure de la culture de sécurité soit réalisée en 2019 (sauf si elle a été réalisée en 2017 ou en 2018).

8. MOTS DE REMERCIEMENTS

Une longue période de préparation a précédé l'élaboration du troisième programme pluriannuel 'coordination de la qualité et de la sécurité des patients pour les hôpitaux psychiatriques'. Une collaboration a été établie entre les coordonnateurs de la qualité, les collaborateurs de la sécurité des patients et le Service Soins Psychosociaux du SPF Santé publique. L'équipe QS tient à les en remercier de manière explicite.

9. ANNEXE : EXEMPLES D' ACTIONS

Les actions ci-dessous ne sont que des exemples d'actions possibles pouvant être entreprises pour satisfaire aux critères. Elles servent de source d'inspiration et n'ont pas de caractère obligatoire. Les actions possibles ont été formulées par le réseau des hôpitaux psychiatriques et le réseau Qualpsy.

Les soins médicamenteux

Critère A1

Organiser la transmission des informations relatives aux soins médicamenteux de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.

1. Il est prévu de réexaminer avec le patient sa médication lors de son admission, de son transfert et de sa sortie, après quoi il est possible d'adapter le schéma de médication.
2. Un schéma de médication est établi, notamment dans le dossier du patient, et dans lequel on indiquera la raison en cas d'adaptation.
3. Le schéma de médication est analysé, évalué et adapté périodiquement. À cet égard, une attention particulière est accordée à la poly médication.
4. Une concertation est organisée régulièrement entre les médecins, les pharmaciens d'officine et les pharmaciens hospitaliers pour vérifier la médication.
5. Un système d'information clinique est disponible.
6. La technique *patient status at a glance* est d'application : les informations les plus importantes sur le patient sont présentées de façon visible dans le dossier/sur l'écrêteau du patient dans l'espace de concertation.
7. Dans le cadre de la prescription de médicaments, des triggers (déclencheurs) sont prévus dans le dossier patient informatisé (allergies, effets secondaires liés aux médicaments).
8. En vue de l'admission, le dossier du patient contient une liste récapitulative des médicaments qu'il prend. Les médecins traitants et le pharmacien hospitalier ont accès à ce récapitulatif.
9. L'identification des patients qui risquent des effets secondaires (comorbidité, dose élevée d'antipsychotiques, etc.) est systématiquement prévue.

Critère A4

Organiser la participation du patient et de sa famille aux soins médicamenteux selon leurs besoins et leurs possibilités, de telle sorte que le patient soit informé en détail à ce sujet, contribue activement et puisse agir en toutes circonstances de façon autonome et adaptée.

1. L'hôpital encourage le patient à s'autogérer et à prendre ses responsabilités quant à l'administration de ses médicaments (préparation, administration, prise). Une attention particulière est accordée à l'assiduité thérapeutique.
2. Le patient et sa famille (si le patient donne son consentement) sont informés, pour la première administration ou en cas d'adaptation, de son traitement médicamenteux (individuellement ou via des ateliers en groupe).
3. Le patient et la famille (si le patient donne son consentement) sont informés, pour la première administration ou en cas d'adaptation, des effets secondaires de son traitement médicamenteux.
4. Des programmes de formation sur la médication sont prévus pour le patient.
5. À sa sortie, on communique le schéma de médication au patient ainsi qu'à son médecin généraliste, si le patient donne son consentement, afin de garantir la continuité des soins.
6. Le patient (et sa famille) ont accès aux protocoles, aux directives, aux recommandations de dosage, de listes de contrôle et de prescriptions préimprimées éventuelles des médicaments à haut risque.
7. Une politique est développée en matière de médication dans le cadre d'une administration autonome lors de l'admission.
8. Si le patient prend ses médicaments de façon autonome, ceci doit être indiqué dans son dossier.
9. Le patient peut contribuer activement à la politique en matière de médication ;
10. Le patient et sa famille peuvent signaler un incident de sécurité.
11. Après un incident, le patient peut participer à son analyse.
12. Les patients et leur famille reçoivent des informations sur leur médication : informations sur le produit et le dosage (ex. flyers, brochures d'accueil, intranet pour les patients, séances de psychoéducation, entretiens individuels lors de traitement intensif, etc.).
13. Une attention particulière est accordée aux médicaments à haut risque. En outre, toutes les modifications sont discutées avec le patient.

Critère A7

Développer une stratégie et une politique en matière de soins médicamenteux de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.

1. Le double contrôle dans la préparation des médicaments est systématisé ;
2. Il y a une évaluation systématique de l'application du protocole en matière de préparation des médicaments.
3. L'identification du patient pour l'administration des médicaments est systématisée.
4. Le personnel et les prestataires de soins respectent le planning de préparation, d'approvisionnement et d'administration des médicaments, de sorte que

l'administration des médicaments puisse se dérouler en toute sécurité à chaque étape du processus.

5. Une procédure dans laquelle il est précisément indiqué la méthode de contrôle de la médication (y compris les médicaments à haut risque), de la délivrance jusqu'à l'administration, est rédigée.
6. Des tours et audits de sécurité sont régulièrement organisés.
7. Tous les risques liés aux médicaments à haut risque sont identifiés de manière proactive.
8. Des protocoles de soins sont établis là où cela s'avère utile (ex. suivi lithium, clozapine, etc.).

Soins somatiques

Critère A2

Organiser la transmission des informations relatives aux soins somatiques de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.

1. Un examen de routine est prévu à l'admission en fonction du double diagnostic / de problèmes physiques supplémentaires.
2. L'examen d'admission aborde systématiquement les éléments suivants : problématique somatique, facteurs de risque syndrome métabolique, obésité, intoxication, tabac, allergies, ... Un second screening peut éventuellement être réalisé après 72 heures, sur indication.
3. Une évaluation de la médication est réalisée à l'admission, à la sortie et de façon périodique.
4. Un screening annuel est prévu en cas de long séjour.
5. Un screening somatique est réalisé tous les X temps : suivi du poids, tension artérielle, pouls, glycémie, douleur, état de conscience ... si quelque chose semble être préoccupant, cela est discuté au sein d'une équipe pluridisciplinaire.
6. Un screening de la santé physique est réalisé (syndrome métabolique) dans les 72 heures suivant l'admission, notamment avec les résultats des valeurs sanguines. Cela permet de diagnostiquer un problème métabolique.
7. Les informations relatives aux soins somatiques sont enregistrées et un suivi est assuré pendant l'hospitalisation.
8. Un planning de suivi est mentionné dans le plan de traitement du patient et ce, à partir du plan de traitement standard avec des critères minimums de suivi.
9. Un screening labo spécifique a lieu en fonction de la médication spécifique.
10. Des systèmes d'information cliniques sont utilisés.
11. Un échange d'informations a lieu entre les prestataires de soins et le médecin généraliste.
12. La problématique du syndrome métabolique est mentionnée dans la lettre de sortie.

13. La problématique du syndrome métabolique est communiquée en cas de transfert et à la sortie.

Critère A5

Organiser la participation du patient et de sa famille aux soins somatiques selon leurs besoins et leurs possibilités, de telle sorte que le patient soit informé en détail à ce sujet, contribue activement et puisse agir en toutes circonstances de façon autonome et adaptée.

1. Le patient est partiellement responsable de ses soins somatiques.
2. Le patient est informé des soins somatiques et de la médication.
3. L'importance du screening métabolique/somatique est expliqué en fonction du rétablissement, du traitement.
4. Des ateliers sont prévus sur un style de vie sain /une alimentation saine.
5. Des objectifs en matière de poids/ santé physique font l'objet d'une discussion avec le patient à l'admission et aussi de façon systématique durant l'hospitalisation.

Critère A8

Développer une stratégie et une politique en matière de soins somatiques de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.

1. Il existe une procédure en matière des examens de routine à réaliser au moment de l'admission.
2. Il existe une procédure en matière du suivi de la santé physique.
3. Il existe une procédure en matière screening labo en fonction de la médication spécifique (lithium, inhibiteurs MAO, anticoagulants, neuroleptiques ...).

Privation de liberté

Critère A3

Organiser la transmission des informations relatives aux mesures restrictives de liberté de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.

1. Il est possible de recourir à une fonction de consultation dans des situations de soins complexes selon la rupture d'un cycle d'escalade.
2. Il existe un plan actuel de traitement interdisciplinaire avec mention de la date d'évaluation.
3. Il y a un seul responsable du suivi renforcé du patient par shift d'infirmiers.
4. Importance des personnes de référence par service.
5. Une évaluation propre à un service est effectuée sur la restriction de liberté, tant au niveau structurel que situationnel.
6. Il y a un système d'enregistrement dans lequel toutes les mesures restrictives de liberté sont notées (temps, durée, raison, contrôles des intervalles réguliers y compris description de l'état du patient, etc.).

7. Des initiatives sont prises pour lutter contre la stigmatisation. L'hôpital entreprend des actions afin de présenter de manière réaliste l'image dans la société de l'utilisation des mesures restrictives de liberté (ex. informations sur le site web, brochures d'accueil, flyers, intranet pour les patients, etc.).
8. En cas d'isolement dans une chambre d'isolement séparée et/ou de contention, un débriefing doit toujours être effectué en concertation multidisciplinaire afin d'analyser le cas : l'intervention était-elle justifiée ? s'est-elle déroulée correctement ? Quelles sont les possibilités pour éviter à l'avenir les raisons qui entraînent des mesures restrictives de liberté chez ces patients, les mesures restrictives de liberté ont-elles atteint leur objectif visé ? ... ;
9. Une analyse sur les mesures restrictives de liberté (y compris feed-back des patients et de leur famille) est effectuée à des moments fixes, notamment par le biais d'un rapport annuel interne, comprenant des données (type, intervalles), la raison, les circonstances, d'éventuelles actions d'amélioration. En outre, les acteurs du terrain (tous les services) reçoivent un compte rendu. L'analyse doit s'effectuer tant au niveau hospitalier que par service.
10. Toutes les éventuelles situations pouvant amener à l'application de mesures restrictives de liberté sont identifiées de manière proactive.
11. La médication forcée est enregistrée et contrôlée.

Critère A6

Organiser la participation du patient et de sa famille à la prévention et au suivi dans le cadre des mesures restrictives de liberté de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.

1. Lors de son admission, le patient est systématiquement informé de la politique en matière de mesures restrictives de liberté (MRL) susceptibles d'être appliquées, dans quelles circonstances, les alternatives et ce qui est en son pouvoir pour les éviter ou pour y faire face.
2. Lors de son admission, le patient est systématiquement informé de ses droits.
3. On interroge systématiquement le vécu des patients et de leur famille par rapport aux mesures restrictives de liberté appliquées (par ex. via une enquête de satisfaction, des débriefings, des experts du vécu).
4. *Advance statement* : le patient fournit une déclaration spécifiant sa préférence en cas de comportement à risque grave avec escalade.
5. Les proches sont associés à chaque étape des soins (prévention, mesures restrictives de liberté, suivi des soins, etc.).
6. Un débriefing est organisé systématiquement avec le patient à chaque mise en place de mesures restrictives de liberté en fonction de son rétablissement et de la prévention + compte-rendu dans le dossier de soins.

7. Des experts du vécu sont mobilisés.
8. Les patients et leurs proches peuvent participer à la politique en matière de sécurité.
9. Un plan de crise est établi avec le patient.
10. Les incidents sont analysés avec le patient.
11. Une offre d'activités journalières en circuit restreint est élaborée.
12. Un plan par étape est élaboré avec le patient autour de la fin progressive de l'isolement/de la contention.
13. Dans la mesure du possible, on travaille par étape : chambre confort/salle de réveil/isolement dans le service.
14. La famille est contactée en cas d'application de mesures restrictives de liberté.

Critère A9

Développer une stratégie et une politique en matière de mesures restrictives de liberté de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.

1. Il existe une procédure en matière de mesures restrictives de liberté.
2. Il existe une procédure en matière d'accueil des collaborateurs après des incidents difficiles.
3. Il existe un texte de vision relatif aux mesures restrictives de liberté incluant au moins le principe de subsidiarité et de proportionnalité. Toutes les éventuelles mesures restrictives de liberté utilisées dans l'établissement y sont décrites.
4. Des procédures concrètes, y compris un code de conduite, relatives aux mesures restrictives de liberté, sont rédigées. Un système adéquat est développé sur la diffusion des informations auprès des collaborateurs.
5. Il existe une politique actuelle en matière de mesures restrictives de liberté, contenant tous les niveaux de prévention et recevant une forme multidisciplinaire.
6. Suivi/contrôle systématique avec des analyses de tendance et des recommandations.
7. La politique est évaluée à l'aide de cas d'incidents spécifiques. Quand dévier de la politique avec arguments à l'appui et quand ajuster la politique ?
8. Analyser de manière proactive la politique de contention en isolement : comment limiter cette mesure au strict minimum ?
9. Examiner les alternatives à la restriction de liberté au regard de la sécurité des patients : risque calculé (*positive risktaking*) ou culture axée sur la politique qui tend vers la limitation des mesures restrictives de liberté ne pouvant plus garantir la sécurité ?
10. Les risques liés aux mesures restrictives de liberté sont identifiés.

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.

Général :

1. 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.
2. L'évaluation des risques est reprise dans le plan de traitement.
3. 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).
4. Lors d'un transfert interne, une transmission détaillée des informations sur le risque d'auto-agression est prévue.
5. Le risque d'auto-agression est évalué lors des moments de transfert.
6. Il existe un plan de traitement interdisciplinaire avec mention de la date d'évaluation.
7. Il existe une échelle clinique de prévention de crise (fonction d'expert au sein de l'organisation).
8. 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.
9. Après un incident d'auto-agression, un(e) débriefing/defusing/intervision est toujours organisé(e) pour les collaborateurs concernés.
10. 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)), ...
11. Chaque tentative de suicide est clairement indiquée dans le dossier de soins.
12. 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).
13. Le risque d'auto-agression est repris de façon standard dans la lettre de sortie destinée au médecin généraliste.
14. Un contact de suivi a lieu dans les deux semaines suivant la sortie (p.ex. polyclinique)

15. Un échange d'information bilatéral a lieu entre le patient et le prestataire d'aide.

Actions relatives au comportement d'automutilation :

16. Présence d'une brochure informative sur le comportement d'automutilation dans le contexte des jeunes présentant un comportement d'automutilation.
17. Possibilité d'une fiche de consultation pour des situations de soins complexes selon la rupture du cycle d'escalade.

Actions relatives au suicide :

18. Une évaluation des patients suicidaires est réalisée à chaque changement important du séjour (admission, transfert, sortie, week-end).
19. 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

1. 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.
2. 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.
3. Des mesures sont prises en vue d'améliorer la sécurité des procédures de travail.
4. 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.
5. 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).
6. Suivi/contrôle systématique avec une analyse des tendances et des recommandations.

Actions relatives au suicide :

1. Il existe une directive et un organigramme concernant les patients présentant un risque de suicide.
2. 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.
3. L'organisation réalise un monitoring du nombre de suicides, avec une analyse des tendances et des recommandations.
4. 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).
5. L'organisation réalise un monitoring du nombre de suicides, avec une analyse des tendances et des recommandations.
6. 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 :

7. 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).

Agression

Critère B2

Organiser la transmission des informations relatives à l'agression de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.

1. Une évaluation des risques est prévue à l'admission, y compris l'identification des triggers (déclencheurs) éventuels. Le risque d'agression est évalué au moyen d'échelles de mesure validées. L'évaluation des risques fait l'objet d'une communication claire à l'ensemble des prestataires concernés.
2. L'évaluation des risques est reprise dans le plan de traitement (au moyen d'instruments de mesure, p.ex. *Brøset Violence Checklist*).
3. Après un grave incident d'agression (degré à déterminer par rapport à l'impact sur le patient et/ou le collaborateur), un(e) débriefing/*defusing*/interview est toujours organisé(e) pour les collaborateurs concernés.
4. Un suivi est automatiquement proposé aux collaborateurs concernés par un grave incident d'agression. Ils déterminent eux-mêmes s'ils souhaitent ou non en bénéficier.
5. 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)), ...
6. Une transmission détaillée des informations est prévue en cas de transfert en ce qui concerne le risque d'agression.
 7. Un briefing des prestataires d'aide chargés des soins relatifs au risque d'agression est organisé (moyennant le consentement éclairé du patient).
 8. Les règles de conduite (et les conséquences éventuelles) en matière d'agression sont clairement décrites dans le règlement d'ordre intérieur et/ou dans la brochure d'accueil.
 9. Evaluation de la fiche de signalement lors de moments de transmission.
 10. Présence d'un plan de traitement interdisciplinaire mentionnant la date d'évaluation.
 11. Le plan de crise est communiqué aux membres de la famille et aux autres prestataires de soins moyennant l'accord du patient.
 12. Possibilité d'intégrer une fonction de consultance dans des situations de soins complexes en fonction de la rupture du cycle d'escalade.
 13. Importance des personnes de référence par unité.
 14. Un seul responsable du suivi renforcé des patients par shift d'infirmiers.
 15. Il existe une échelle clinique de prévention de crise (fonction d'expert au sein de l'organisation).
 16. Après un grave incident d'agression (degré à déterminer par rapport à l'impact sur le patient et/ou le collaborateur), un(e) débriefing/defusing/intervision est toujours organisé(e) pour les collaborateurs concernés.
 17. Le risque d'agression est mentionné dans la lettre de sortie.
 18. Au moment de la sortie, un briefing des prestataires d'aide chargés des soins relatifs au risque d'agression est organisé (moyennant le consentement éclairé du patient).
 19. 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)), ...

Critère B6

Organiser la participation du patient et de sa famille à la prévention et au suivi dans le cadre de l'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. Au moment de la sortie, un briefing de la famille qui sera chargée des soins relatifs au risque d'agression est organisé (moyennant le consentement éclairé du patient).
2. S'il est question d'un risque d'agression, un plan de signalement précoce est élaboré, avec le patient, au moyen de la *Early Recognition Method*, et une attention est

portée aux triggers (déclencheurs) et aux mécanismes de coping (mécanismes d'adaptation)

3. Après un incident d'agression, un plan par étapes est élaboré, avec plusieurs dispositions. Le cas échéant, la fiche de signalement/la fiche de crise est adaptée, avec le patient.
4. Un climat de travail axé sur la présence est élaboré.
5. L'offre d'activités structurées/significatives en circuit fermé est élaborée (notamment l'activité physique).
6. Un plan de signalement individualisé, avec l'implication du patient, des proches et soignants, est élaboré. Différentes phases y sont décrites, avec pour chaque phase, au moins : signaux personnels, interventions pour le patient, interventions par l'entourage.
7. L'objectif de l'évaluation des triggers de l'agression est de minimiser les triggers et d'élaborer des stratégies individuelles de coping avec le patient.
8. Il est fait appel à des experts du vécu.
9. Les patients et les proches peuvent participer à la politique en matière de sécurité.
10. La perspective du patient est intégrée dans l'analyse d'un incident après un grave incident d'agression.
11. Un contrat est convenu entre le patient et les prestataires d'aide, dans le cadre duquel sont précisées les obligations de l'ensemble des parties et les alternatives possibles en cas d'escalade de la violence.

Critère B10

Développer une stratégie et une politique relatives à l'agression de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.

1. 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.
2. Des mesures sont prises en vue d'améliorer la sécurité des procédures de travail
3. Il existe un suivi/contrôle systématique avec une analyse des tendances et des recommandations.
4. Il existe une politique intégrale de prévention de crise prêtant attention à tous les niveaux de prévention, à la mise en forme bottom-up de la politique par la participation des collaborateurs (validation de l'expertise disponible) et par celle des patients et de leurs proches.
5. Un suivi est automatiquement proposé aux collaborateurs concernés par un grave incident d'agression. Ils déterminent eux-mêmes s'ils souhaitent ou non en bénéficier.
6. Il existe un plan pour la 1ère, 2e, 3e victime.

7. 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).
8. Il existe des directives relatives à la communication des incidents liés à une agression avec la famille.
9. Il existe une procédure d'assistance de la police (quels incidents d'agression doivent être signalés à la police).
10. Il existe une procédure d'accueil des collaborateurs après des incidents difficiles.
11. Il existe des directives relatives à la façon d'agir en cas de disparition inquiétante d'un patient qui présente un risque d'agression.
12. Les règles de conduite (et les conséquences éventuelles) en matière d'agression sont clairement décrites dans le règlement d'ordre intérieur et/ou dans la brochure d'accueil.

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.

1. Une évaluation des risques est systématiquement effectuée lors de l'admission.
2. Il est possible de recourir à une fonction de consultation dans des situations de soins complexes selon la rupture du cycle d'escalade.
3. Il existe un plan actuel de traitement interdisciplinaire avec mention de la date d'évaluation.
4. Il existe un document de disparition inquiétante dans le dossier patient informatisé.
5. Il y a un seul responsable du suivi renforcé du patient par shift d'infirmiers.
6. Un accord de coopération est conclu avec la police.
7. Le risque de comportement de fuite est évalué lors des moments de transfert.
8. Chez les patients à risque de comportement de fuite, une fiche détaillée relative notamment à la description individuelle est élaborée à l'avance.
9. 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.

1. 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).
2. Le patient est informé des conditions en cas d'hospitalisation.
 3. Des experts du vécu sont mobilisés.
 4. Les patients et leurs proches peuvent participer à la politique en matière de sécurité.
 5. Des accords de sortie individuels sont conclus sur mesure pour un unique patient, avec des cartes de sortie qui reprennent le statut individuel.
 6. 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.

1. 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.).
2. 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.
3. Un système de *track-and-trace* est mis à disposition pour certains patients présentant un comportement de fuite (ex. personnes sujettes à la démence).
4. 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.
5. Il existe des directives stipulant la communication de ce genre d'incident auprès des familles.
6. Il existe une procédure pour le signalement de disparition inquiétante.
7. Il existe une échelle clinique de prévention de crise (fonction d'expert au sein de l'organisation).
8. Il existe une procédure en cas d'admission forcée.
9. Il existe des procédures uniformes qui distinguent clairement la disparition inquiétante de la fugue ou encore de la fugue combinée à un statut juridique.
10. Un protocole est élaboré avec des tiers (selon les unités de soins fermées).
11. Il existe une procédure d'accueil des collaborateurs après des incidents difficiles.
12. 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.

13. Il existe un suivi/contrôle systématique avec des analyses de tendance et des recommandations.

Incident de chute

Critère B4

Organiser la transmission des informations relatives aux chutes de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.

1. Evaluation de la médication.
2. Une évaluation systématique des facteurs de risque en matière de chute est réalisée à l'admission : âge, maladies somatiques (p.ex. hypotension orthostatique, problèmes de vue, incontinence urinaire, Parkinson, diabète, troubles de l'équilibre, troubles de la mobilité/diminution de la force musculaire, problèmes de pieds, ...), effets secondaires de la médication, peur de tomber, antécédents, cognition.
3. Détection du risque de chute au moyen de méthodes validées (p.ex. *Tinetti test, Four Test Balance Scale, Time Up & Go Test, Timed Chair Stand Test, ...*).
4. Lors d'un transfert en interne, une transmission détaillée des informations sur le risque de chutes est prévue.
5. Il y a un seul responsable du suivi renforcé des patients par shift d'infirmiers.
6. Des interventions adaptées sont prévues pour les patients qui présentent des risques de chute : p.ex. programmes d'exercices en ce qui concerne l'équilibre, la mobilité et la force musculaire, la souplesse, ..., moyens supplémentaires, contrôle ophtalmo – adapter les lunettes, port de chaussures adéquates, utilisation d'une chaise percée, adapter le régime alimentaire, etc.
7. Il existe un système d'avertissement qui détecte les chutes.
8. Un briefing des prestataires d'aide chargés d'assurer les soins en matière de risque de chute est prévu à la sortie (moyennant le consentement éclairé du patient).
9. Le cas échéant, le risque de chute est mentionné dans la lettre de sortie.

Critère B8

Organiser la participation du patient et de sa famille à la prévention et au suivi dans le cadre de chutes 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. Une information/éducation structurelle est prévue, y compris sur les facteurs de risque, pour les patients à risque et pour leur famille.
2. Il existe des directives stipulant la communication de ce genre d'incident auprès des familles.

3. Un briefing de la famille qui assurera les soins en matière de risque de chute est prévu à la sortie (moyennant le consentement éclairé du patient).
4. Les chutes font l'objet d'une analyse avec le patient.
5. Des mesures appropriées font l'objet d'une discussion avec le patient et son entourage direct.

Critère B12

Développer une stratégie et une politique en matière de chutes de manière à garantir de façon optimale la sécurité des patients et la qualité.

1. Il existe des procédures en matière de prévention des chutes, y compris la formation et la sensibilisation ainsi que le suivi par les collaborateurs (p.ex. attention portée aux chaussures, évaluation de l'environnement et du comportement, attention portée en cas d'adaptation de la médication ou de maladies somatiques présentes).
2. L'environnement est analysé et adapté en vue de réduire le risque de chute.
3. Il existe des directives relatives à la sûreté de l'infrastructure afin d'éviter les chutes (p.ex. limiter les obstacles, pas de câbles qui traînent, une attention est consacrée à l'élaboration d'aides à la marche, chaises roulantes pour les soins, pas de surfaces dangereuses ni de seuils, éclairage adapté, matériel antidérapant dans les salles de bain, signalisation claire, ...).