

Mesure d'amélioration de la qualité: **Prévention systématique du suicide**

Déroulement de la demande	Date
Soumission	19.01.2023
Validation technique	26.01.2023
Validation contractuelle	11.09.2023
Publication	Octobre 2023

Généralités

Les mesures d'amélioration de la qualité (MAQ) sont des mesures concrètes et systématiques, reconnues par les parties contractantes, relatives aux structures et processus d'un hôpital ou d'une clinique. Elles visent à améliorer un aspect de la qualité des traitements et de la sécurité des patient-e-s dans un domaine thématique donné. Leur impact dans un hôpital ou une clinique spécifique est évalué et amélioré en permanence dans le cadre du concept de qualité global du domaine thématique. **La MAQ est intégrée dans le cycle PDCA du concept de qualité du champ d'action.** Cette intégration doit être consignée et décrite dans le concept de qualité.

1. Délimitation de la mesure d'amélioration de la qualité

a) Nom de la mesure d'amélioration de la qualité
Prévention systématique du suicide
b) Classification
La prévention du suicide doit aider un nombre aussi élevé que possible de fournisseurs de prestations stationnaires à améliorer la qualité des soins aux patient-e-s présentant un risque important de suicide. À cet effet, des mesures de prévention reposant sur des données probantes sont appliquées systématiquement et leur implémentation peut être aisément établie dans le cadre des contrôles. Un tableau fixe les principaux éléments de la prévention et évite en même temps les prescriptions par trop spécifiques. C'est ainsi que sont garanties l'utilité clinique et simultanément l'application dans différents settings stationnaires (des grands établissements de soins aigus/proposant la palette complète de soins aux petites cliniques spécialisées).
c) Objectif de la mesure d'amélioration de la qualité
Les objectifs spécifiques sont: <ul style="list-style-type: none">• Ancrage dans la psychiatrie stationnaire des processus garantissant la qualité de la prévention du suicide• Prévenir les tentatives de suicide
d) Champs d'action
<input type="checkbox"/> Culture de la sécurité <input checked="" type="checkbox"/> Sécurité des patients <input type="checkbox"/> Prise de décision fondée sur des données probantes <input type="checkbox"/> Système centré sur le patient
e) Domaine(s)
<input type="checkbox"/> Soins somatiques aigus <input checked="" type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Réadaptation
f) Délimitation: départements / services, professions, etc.
La prévention du suicide est applicable dans tous les départements, services et groupes professionnels. La priorité porte sur les processus et le personnel de la santé en relation directe avec la suicidalité, en particulier les infirmières et infirmiers, le corps médical et les thérapeutes. Les processus hors settings stationnaires, même s'ils assurent une contribution essentielle à la prévention du suicide, ne sont pas l'objet de cette demande. La prévention du suicide est applicable à toutes les classes d'âge de la psychiatrie, c'est-à-dire enfants et adolescents (0-18 ans), adultes (18 à 64 ans) et seniors (dès 65 ans). Les modules doivent cependant être aménagés selon l'âge.

2. Méthodologie, développement et impact

a) Méthodologie de la mesure d'amélioration de la qualité

La fixation par écrit et la mise en œuvre des aspects suivants de la prévention systématique du suicide dans le setting psychiatrique stationnaire est considérée comme une exigence minimale du concept. L'aménagement concret de ces aspects appartient cependant à l'établissement concerné et dépend essentiellement des particularités de l'unité organisationnelle au sein de laquelle la prévention du suicide est pratiquée (établissements de soins aigus / proposant toute la palette des soins), cliniques spécialisées, éventail de diagnostics etc.).

Facteurs contextuels qui doivent être représentés dans le concept de prévention du suicide [1]:

- Valeurs / attitude / traitement de la suicidabilité
- Documentation médicale
- Compétences / responsabilités
- Formation des collaborateurs (p. ex. identifier les indices de suicidabilité, intervention de crise, postvention etc.): qui est formé, à quelle fréquence, sur quel thème

Diagnostic de la suicidabilité, y c. évaluation du risque de suicide [2]

- Trigger: moments critiques (p. ex. admission et sortie) dans le déroulement du traitement et / ou fondés sur les symptômes (p. ex. expression d'intentions suicidaires)
 - La suicidabilité fait impérativement partie de l'examen psychopathologique
 - Anamnèse et diagnostic spécifiques au trouble (les troubles psychiques sont le principal facteur de suicidabilité)
 - Évaluation spécifique de la suicidabilité
- Les émettrices de la demande souhaitent préciser explicitement que les instruments quantitatifs d'évaluation du risque suicidaire, même validés scientifiquement, ne garantissent aucune sécurité absolue. [3]*

Interventions fondées sur le degré de gravité en cas de suicidabilité

- Degrés d'escalade/échelonnement des interventions et surveillance/monitoring fondé sur le degré de gravité (p. ex. pharmacothérapie, psychothérapie, accompagnement 1:1, choix du setting de soins etc.)

Postvention

- Les mesures et responsabilités après une tentative de suicide ou un suicide accompli doivent être fixées pour tous les groupes cibles suivants:
 - o le patient lui-même (en cas de tentative)
 - o les proches / personnes de confiance du patient (p. ex. orientation vers des offres de soutien)
 - o les autres patients stationnaires, en tenant compte des droits de la personne concernée (veiller au phénomène de contagion suicidaire)
 - o les collaborateurs (p. ex. gestion des situations difficiles, mesures d'amélioration etc.)

Mesures préventives du suicide lors de la planification et après la sortie

- Planification du transfert stationnaire-ambulatoire (p. ex. réunion de transition) [1]
- Prise en compte des recommandations de l'OFSP «Prévention du suicide après un séjour hospitalier – Recommandations à l'attention des professionnels de la santé» [4]

Mesures portant sur la construction et l'environnement [5]

- Ces mesures doivent être adaptées à l'offre de l'établissement (p. ex. cliniques spécialisées n'accueillant pas de patients présentant un risque élevé de suicide vs. établissements de soins aigus / proposant toute la palette de soins)
- Mesures de prévention du suicide dans la construction (p. ex. charge maximale des crochets ou des barres de douche dans les salles de bain)

Évaluation et déduction d'objectifs et de mesures

<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation: saisie régulière de l'efficacité qui est réalisée au travers des mesures définies ci-dessus. La méthode d'évaluation devrait être choisie de telle manière que les résultats conduisent à des actions, resp. que des potentiels d'amélioration soient identifiables. À cet effet, on peut recourir à des méthodes quantitatives (p. ex. reporting des taux de suicide, de tentatives, de transferts dans des cadres protégés – avec ou sans MLL – etc.) ou qualitatives (interviews, groupes cibles de patients ou de collaborateurs) - Déduction d'objectifs sur la base de l'évaluation - Planification et mise en œuvre de méthodes afin de réaliser les objectifs définis lors de l'étape précédente 		
<i>Annexes relatives à la méthodologie des mesures d'amélioration de la qualité</i>		
Aucune		
b) Marge de manœuvre pour la conception		
Cette demande définit des éléments spécifiques de la prévention du suicide dans les settings psychiatriques stationnaires et permet aux établissements de les adapter aux spécificités de leur unité organisationnelle respective.		
c) Transférabilité possible dans d'autres départements et/ou hôpitaux		
Voir chiffre 2b		
d) Phase de développement		
Autodéclaration: La mesure d'amélioration de la qualité ...		
<input type="checkbox"/> ... est axée sur la pratique.	<input checked="" type="checkbox"/> ... a été testée lors d'un <u>projet pilote</u> au moins.	<input type="checkbox"/> n'est pas remplie.
	<i>Par projet pilote, il faut entendre la mise en œuvre de la mesure d'amélioration de la qualité et la collecte d'expériences dans au moins un hôpital ou un secteur d'hôpital.</i>	
e) Effet souhaité sur la qualité des soins et/ou la sécurité des patient-e-s		
<p>Actuellement, la directive «Self-harm» [3] développée au Royaume-Uni par le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) est la plus complète. Un tel modèle fait défaut dans l'espace germanophone mais une demande est en cours d'élaboration en Allemagne. Les mesures figurant dans cette demande comprennent les recommandations de l'OFSP [1,4].</p> <p>Le niveau de preuve (évidence) fondant les mesures va du degré 1a (méta-analyses) au degré 5 (avis d'experts).</p>		
<i>Annexes concernant l'impact, resp. concernant les données probantes</i>		
<i>Références</i>		
[1] Trageser J, von Stokar T, Reisch T. Zwischenstand Umsetzung Nationaler Aktionsplan Suizidprävention 2021.		
[2] Lewitzka U, Knappe S. Suizidalität. PSYCH Up2date 2021;15:419–32.		
[3] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Self-harm: assessment, management and preventing recurrence (NICE guideline NG225). 2022.		

- [4] Bundesamt für Gesundheit BAG, Projektgruppe Suizidprävention bei Klinikaustritten. Suizidprävention bei Klinikaustritten - Empfehlungen für Gesundheitsfachpersonen 2021.
- [5] Glasow N. Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen. Berlin: Logos-Verlag; 2011.

3. Réalisation et coûts

a) Registre		
La mesure d'amélioration de la qualité prévoit-elle la tenue d'un ou de plusieurs registres?	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
b) Certification		
La mesure d'amélioration de la qualité prévoit-elle une certification?	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
c) Licences		
La mesure d'amélioration de la qualité prévoit-elle des licences (par ex. questionnaires, système IT)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
d) Estimation des ressources humaines et financières pour la mise en œuvre de la mesure d'amélioration de la qualité		
<p>Une évaluation globale des coûts n'est pas possible car les charges dépendent des caractéristiques de chaque unité organisationnelle dans laquelle la prévention du suicide est appliquée.</p> <p>En principe, le coût de la formation augmente avec le nombre de lits, resp. l'effectif du personnel. Les principaux facteurs dépendent en outre des caractéristiques des patients traités: plus la suicidalité est élevée, plus grandes sont les charges pour le diagnostic, les interventions fondées sur le degré de gravité, la postvention et les mesures portant sur la construction et l'environnement.</p>		

4. Contrôle de l'intégration dans le concept de qualité interne

*L'organe de contrôle externe vérifie si la mesure d'amélioration de la qualité est intégrée au cycle d'amélioration de la qualité (PDCA). Des **critères** doivent être définis ici pour que le contrôle de cette intégration soit efficace et juste.*

Les exigences minimales définies au chiffre 2a en termes de prévention du suicide sont fixées par écrit et leur application peut être établie, soit concrètement:

- Concept de prévention du suicide
 - Facteurs contextuels
 - Diagnostic de la suicidalité, y c. évaluation du risque de suicide
 - Interventions en cas de risque suicidaire fondées sur le degré de gravité
 - Postvention
 - Mesures préventives du suicide après la sortie
 - Mesures portant sur la construction et l'environnement
- Évaluation et déduction d'objectifs et de mesures

5. Émettrice de la demande et conflits d'intérêts

Émettrice de la demande (institution)	Klinik Oberwaid Integrierte Psychiatrie Winterthur (IPW)
<i>Description des éventuels conflits d'intérêts de l'émettrice de la demande</i>	
Klinik Oberwaid: Cette institution siège au sein de la commission technique Qualité de H+ et s'abstient lors du vote sur la validation technique. Pas d'autre conflit d'intérêts.	
Integrierte Psychiatrie Winterthur (IPW): aucun	