

Initiatives qualité

Extrait de la plateforme en ligne Initiatives qualité de la FMH, état en juillet 2017 (www.fmh.ch → Thèmes → Qualité / ASQM → Plateforme en ligne des initiatives qualité).

La psychiatrie en clinique ouverte grâce au concept de tracking : un modèle de soins innovant aux Cliniques psychiatriques universitaires baloises (UPK)

Brève description :

Réduire les mesures de contrainte, renforcer la psychothérapie, prodiguer des traitements individualisés selon les guides de pratique et inciter la participation des patients sont les exigences de la psychiatrie de demain. Entre 2012 et 2021 dans notre clinique, les parcours de soins ont été continuellement adaptés aux besoins des patients, les traitements ambulatoires et hospitaliers coordonnés, les équipes mieux qualifiées et spécialisées, de nouveaux protocoles d'admission et de traitement ont été définis, ce qui a permis d'améliorer la satisfaction des patients, d'ouvrir la clinique et de réduire massivement les mesures de contrainte et les complications.

Supplément d'information :

Organisation	Cliniques psychiatriques universitaires baloises (UPK)
Type d'organisation	Société de discipline
Spécialisation	Psychiatrie et psychothérapie
Catégorie	Interprofessionnalité
Innovation Qualité	Sécurité des patients
Ambulatoire / hospitalier	Secteurs ambulatoire / hospitalier / ambulatoire hospitalier
Domaine	Cliniques de soins psychiatriques
Type d'exploitation	Hôpitaux de soins aigus
Réseau de médecins	Oui
Professions non médicales	<ul style="list-style-type: none"> • Personnel infirmier • Physiothérapeutes • Responsables Qualité
Durée du projet	2012-2022

Groupes professionnels impliqués	Médecins, personnel infirmier, psychologues, ergothérapeutes, physiothérapeutes, travailleuses et travailleurs sociaux
Déroulement	<p>Le concept anglosaxon d'<i>open door</i>, entre-temps aussi nommé et référencé sous l'appellation de <i>track concept</i>, a été établi de manière continue depuis 2012 afin de mettre en œuvre un protocole de traitement à bas seuil, spécifique au diagnostic, garantissant que les patients sont traités par la personne spécialisée de leur diagnostic, que les compétences et les responsabilités sont clarifiées dans le but d'éviter les transferts de patients, que les patients aigus ne sont pas tous traités de la même manière mais bénéficient d'un traitement individualisé et qu'une continuité de traitement est établie en attribuant les hôpitaux de jour et les structures ambulatoires aux unités hospitalières.</p> <p>L'un des objectifs était d'atteindre le plus grand nombre possible de personnes susceptibles d'être atteintes de troubles psychiques en vue de pouvoir les traiter à temps, de prévenir les crises, de cibler au mieux les symptômes et d'améliorer durablement ou préserver leur qualité de vie. Un autre objectif consistait à exclure la concentration de patients aigus sous un diagnostic générique, leur observation et, le cas échéant, leur rétention ou un traitement contre leur gré et, inversement, à définir la responsabilité du traitement, à harmoniser les durées d'hospitalisation afin de permettre une meilleure relation thérapeutique, à permettre le rétablissement, à améliorer l'attractivité de l'offre de traitement, à réduire les mesures de contrainte, à diminuer les transferts entre les services, à améliorer l'atmosphère dans les services, à proposer des procédures psychothérapeutiques modulaires à tous les patients, à renforcer l'efficacité des traitements et à les commencer dès l'admission.</p> <p>Ce concept de soins a été introduit par d'autres cliniques universitaires de premier plan en Allemagne : Zentralinstitut für Seelische Gesundheit à Mannheim, Uniklinikum à Bochum, Universitätsklinikum à Lübeck ou la Charité à Berlin, qui a certainement joué un rôle de pionnier dans ce domaine. Il vise la continuité dans le traitement, une application stricte des directives et une optimisation de l'expertise et des compétences spécifiques au traitement et au diagnostic attribuées de l'ambulatoire à l'hospitalier. Il n'améliore pas seulement la qualité des soins pour les patients, mais se conçoit comme un investissement nécessaire et urgent dans l'avenir, au sens d'une médecine personnalisée et d'une base pour une recherche clinique translationnelle. Ce modèle de traitement garantit d'apporter aux patients des possibilités de traitement efficaces mais complexes et coûteuses même lorsque, pour des raisons liées à la maladie, aucun traitement n'est souhaité par le patient dans un service.</p>

Méthodologie

Mise en place d'un triage/réception centralisé et d'un centre ambulatoire accessible à tous, qui orientent 80% des patient-e-s vers les unités de soins de plus en plus en mesure de répondre aux problèmes spécifiques de chacun et chacune.

- Orientation et spécialisation des unités de soins en fonction des diagnostics et des directives de traitement
- Introduction de plans psychothérapeutiques dans toutes les unités de soins (engagement de psychologues dans toutes les unités, développement d'unités pour le traitement intensif de cas psychothérapeutiques complexes)
- Amélioration de l'évaluation et de l'anticipation de la violence (Brøset violence checklist, BVC), formation à la désescalade de tous les membres de l'équipe, formation à la gestion de situation de crise dans toutes les unités (aussi dans celles déjà ouvertes) en vue d'éviter les changements de services, mise sur pied d'un pool de prises en charge individuelles, diminution des salles d'isolement passées de 18 à 4
- Mise en place de centres de compétences et d'unités de soins thérapeutiques, stepped care en fonction du diagnostic prédominant (addiction, psychose, intervention de crise, troubles de la personnalité, psychosomatique, dépression, clinique privée, dépression chez les personnes âgées, psychose chez les personnes âgées)
- Participation renforcée des patient-e-s : engagement de pairs, création d'un comité consultatif pour les traitements et un pour l'éthique, mise en place d'une formation postgraduée et de consilium sur l'éthique, formation des équipes aux concepts de rétablissement et aux nouvelles méthodes de psychothérapie, introduction de supervisions dans toutes les équipes, professionnalisation de la gestion des réclamations

Charges et dépenses

Aucune dépense supplémentaire. Les ressources cliniques ont été redistribuées différemment et les parcours des patients ont été redéfinis.

Utilité et efficacité

Ouverture de 6 unités de soins aigus psychiatriques ouverts (anciennement soins de psychiatrie fermée) avec mise en place de pôles thérapeutiques (dépression, dépression chez les personnes âgées, psychose chez les personnes âgées, psychose, dépendance à l'alcool, substances illégales) et création de places associées en hôpital de jour dans le sens d'un traitement continu et transversal sans changement de thérapeute. Environ 80% des patients sont traités de manière spécifique à leur diagnostic et conformément aux directives par des experts dudit diagnostic, un plan psychothérapeutique modulaire est proposé dans toutes les unités de soins.

Les durées d'hospitalisation qui, dans certaines unités de soins aigus, étaient initialement courtes (5 jours) ont été harmonisées (à 24 jours) en raison du taux de transfert élevé qu'elles impliquaient, et les transferts ont été réduits (de 30% à 10%). Les isolements, fortement réduits durant cette période, sont passés d'environ 900/an à 150/an et les chambres

	<p>L'atmosphère dans le service a été évaluée plus positivement par le personnel et les patients, et le taux de recours a été réduit de moitié. Les stratégies de désescalade ont été améliorées et l'anticipation des crises de violence professionnalisée. Les mesures de contrainte ont été réduites et sont environ deux fois moins nombreuses que la moyenne suisse (ANQ). La communication des patients est plus ouverte ; la contrainte informelle a été réduite. Dans l'enquête menée auprès des patients, les résultats concernant leur participation, la collaboration avec le praticien et le traitement n'ont cessé de s'améliorer au cours des années évaluées et se situent au-dessus de la moyenne des médecins spécialisés et des médecins de premier recours ; la satisfaction des patients est supérieure à la moyenne également dans l'enquête de l'ANQ. Au cours des trois dernières années, le nombre de suicides en milieu hospitalier est dix à quarante fois inférieur à la moyenne internationale (0,1-0,4 %) et vingt fois inférieur à la moyenne allemande (0,2 %). Enfin, l'évaluation par les médecins référents réalisée en 2016 indique que la clinique est considérée comme le meilleur hôpital, avec >95 % de réponses positives pour le critère « adéquation des prestations fournies » et >90 % pour la « qualité des traitements ».</p>
<p>Liens d'intérêts</p>	<p>Aucune</p>

Informations supplémentaires et contact

Prof. Undine Lang
undine.lang@upk.ch