



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

RAPPORT DE L'EXPÉRIMENTATION NATIONALE

**AUDIT CLINIQUE CIBLÉ APPLIQUÉ À
L'ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE
HOSPITALIÈRE DES PERSONNES AYANT FAIT UNE
TENTATIVE DE SUICIDE**

JUN 2006

Service évaluation des pratiques professionnelles

Sommaire

1. Avant-propos	3
2. Présentation du thème dans le contexte de l'audit clinique ciblé et l'évaluation des pratiques professionnelles	4
3. Déroulement de l'expérimentation	6
3.1 Les ACC réalisés par région, par type d'ES et par catégorie de professionnels.....	6
3.1.1 Engagement dans la démarche décembre 2004	6
3.1.2 Participation au tour 1	8
3.1.3 Participation au tour 1 et tour 2.....	9
3.1.4 Rapports effectués.....	9
3.2 La formation organisée par la HAS.....	10
3.3 La planification du projet.....	11
4. Les résultats et leur analyse par ACC	12
5. Les actions d'amélioration mises en place par ACC.....	18
5.1 Les actions d'amélioration mises en place pour l'ACC : TSUpec	18
5.2 Les actions d'amélioration mises en place pour l'ACC : TSUenv	18
5.3 Les actions d'amélioration mises en place pour l'ACC : TSUsor.....	19
6. Conclusion.....	20
6.1 Évolution de l'outil.....	20
6.2 Validation de la méthode pour le thème du suicide	20
Annexes.....	21
Annexe 1 – Fiche Méthode.....	21
Annexe 2 – Documents (Source cédérom ACC 2005)	23
Références	34
Participants.....	36

1. Avant-propos

La méthode de l'audit clinique a été diffusée en France à partir de 1993 et appliquée à de nombreux thèmes médicaux et paramédicaux, avec le concours de professionnels de divers établissements de santé (1).

Depuis 1999 le service d'évaluation des pratiques de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, en partenariat avec la Direction générale de la santé, a accompagné 130 établissements dans la France entière dans une démarche d'audit clinique appliquée à la « prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide ». Ce thème avait fait l'objet d'un guide d'évaluation et de rapports publiés par l'Anaes (2,3).

En septembre 2004, un programme d'audits cliniques ciblés (ACC) a été proposé aux établissements de santé déjà impliqués dans une démarche d'amélioration de la qualité, répondant ainsi à un objectif majeur de la deuxième procédure d'accréditation-certification des établissements de santé (ES) (4-6).

La participation volontaire de tous les professionnels qui ont mené cet audit dans l'établissement de santé où ils exercent leur activité a permis d'expérimenter la méthode de l'audit clinique ciblé appliqué à cette pratique. Leur expérience sera une aide précieuse pour tous ceux qui voudront initier un projet d'amélioration de leur pratique dans ce domaine.

Ce document présente les résultats de ces audits cliniques ciblés et leur analyse.

2. Présentation du thème dans le contexte de l'audit clinique ciblé et l'évaluation des pratiques professionnelles

La prévention du suicide constitue une priorité de santé publique (7-9).

En juin 1997, le secrétariat d'État à la Santé demande l'élaboration d'une « stratégie nationale érigeant la prévention du suicide en priorité nationale ».

La Direction générale de la santé (DGS) met en place un Programme national de prévention du suicide chez les adolescents et les jeunes adultes.

L'Anaes assure le soutien méthodologique de ce programme.

En novembre 1998, publication des Recommandations de pratique clinique sur la « Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide » (3).

En juin 1999, lancement d'un programme d'audits cliniques dans les régions disposant d'un programme régional de santé (PRS) « suicide » pour tester les recommandations et favoriser leur implantation. L'audit clinique a débuté en septembre 1999.

76 établissements, dans 12 régions ont participé et rédigé un rapport d'audit transmis et exploité par l'Anaes.

Un rapport de synthèse relatif à l'expérience de ces 76 établissements, dont 20 ont réalisé un second tour d'audit dans un délai de 18 mois à 2 ans, a été transmis en juillet 2003 à la DGS et aux établissements ayant participé.

Le 5 juillet 2001, une circulaire de la DGS « relative à la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions prioritaires pour 2001 » annonce la généralisation de l'audit à toutes les tranches d'âges et à toutes les régions (9). Trois objectifs sont fixés :

- connaître le degré de sensibilisation des services d'urgence aux recommandations ;
- connaître les pratiques des différents services hospitaliers et notamment celles relatives à la continuité des soins ;
- connaître le degré d'application des recommandations de l'Anaes et les modifications des pratiques éventuellement effectuées suite aux audits.

Le 26 octobre 2001, l'Anaes organise la généralisation de l'audit proposé à toutes les régions et pour toutes les tranches d'âges (mise au point de la stratégie et des documents afférents).

Sur la base du nouveau référentiel (16 critères) prenant en compte l'expérience précédente 9 régions engagent l'audit en 2002-2003 : Midi-Pyrénées, Alsace, PACA, Rhône-Alpes, Île-de-France ; Champagne, Centre, Auvergne, Picardie.

Le 16 juillet 2003, La DGS publie une circulaire « relative à la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions à mettre en œuvre par les services déconcentrés pour 2003 » (7)

« Les audits cliniques doivent être poursuivis ».

« Le dispositif incitant les établissements hospitaliers recevant des urgences à s'inscrire dans la démarche d'audit clinique doit être poursuivi pour atteindre sa généralisation ».

« J'ai par ailleurs demandé à l'Anaes d'inscrire dans son programme de travail 2004 la poursuite de la formation en vue de la généralisation sur l'ensemble du territoire, des audits cliniques à partir des recommandations sur la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide ».

Cet audit clinique, appliqué à la prise en charge des suicidants, décline le texte des recommandations publiées en 1998 et questionne l'articulation entre les services d'urgences et les unités d'hospitalisation, les urgences et les secteurs de psychiatrie ; la prise en charge sanitaire et la prise en charge sociale. Cette expérience a concerné 130 établissements.

Le champ d'application concernait les services hospitaliers d'urgence dans le cadre d'une démarche régionale qui associait la DRASS et l'Anaes. Les établissements étaient volontaires. L'audit était clairement présenté comme une des actions du programme national de santé consacré à la prévention du suicide.

En 2004 la HAS a souhaité développer un programme d'audits cliniques ciblés.

En septembre 2004, un programme d'audits cliniques ciblés (ACC) a été proposé aux établissements de santé déjà impliqués dans une démarche d'amélioration de la qualité, répondant ainsi à un objectif majeur d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) de la deuxième procédure d'accréditation-certification des établissements de santé (ES).

La participation volontaire de tous les professionnels qui ont mené cet audit dans l'établissement de santé où ils exercent leur activité a permis d'expérimenter la méthode de l'audit clinique ciblé appliqué à cette pratique. Leur expérience sera une aide précieuse pour tous ceux qui voudront initier un projet d'amélioration de leur pratique dans ce domaine.

Le thème du suicide a été retenu.

Afin d'éviter les récurrences, l'objectif global est d'améliorer la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide, d'assurer le suivi et la continuité des soins.

Un groupe de travail a été constitué pour construire puis tester, trois sous-référentiels issus des 16 critères initiaux.

Chacun de ces sous-référentiels constitue un ACC. Les critères y ont été réécrits et complétés de façon à assurer une cohérence.

Trois champs sont identifiés avec pour objectifs :

- ACC TSUpec : améliorer la prise en charge immédiate des personnes ayant fait une tentative de suicide (10 critères) ;
- ACC TSUenv : améliorer la prise en compte de l'environnement familial et de la situation sociale lors d'une tentative de suicide (5 critères) ;
- ACC TSUor : améliorer la préparation de la sortie et le suivi du patient après une tentative de suicide (7 critères).

Ces 3 référentiels peuvent être applicables, soit par les services ayant déjà participé à l'étude nationale, soit par de nouveaux services en fonction de l'objectif recherché.

Cette expérimentation de l'évaluation des pratiques professionnelles nous permet de remarquer que la formule de l'ACC est simple à mettre en œuvre et peut produire des effets dans de courts délais pour certains critères. Elle permet également d'adapter les questionnements sur la prise en charge des personnes à des services variés (urgences mais aussi autres services d'hospitalisation).

En revanche, pour ce thème, il nous semble important de souligner que le découpage du référentiel ne permet pas en première intention – si on n'utilise qu'un seul ACC – de répondre de façon complète aux recommandations de novembre 1998 et à la circulaire de 2001.

L'ACC constitue un bon outil d'appropriation de la méthode et doit pouvoir être utilisé pour ce thème, dans un objectif déterminé : soit, initiation méthodologique, soit, suivi des actions engagées à l'issue d'un audit « complet ».

L'expérimentation a démontré d'une part l'intérêt des professionnels pour cet enjeu de santé publique comme le témoignent les rapports, et d'autre part, la faisabilité de la méthode facilitant le travail des équipes pluriprofessionnelles (10). De plus cette méthode de l'audit clinique ciblé sur le thème de la prévention du suicide menée dans son intégralité permet aux professionnels, de valider leur obligation d'EPP et pour les établissements de santé, de répondre aux exigences du manuel d'accréditation-certification, Version 2 (5).

Six documents (rapports, articles) ont été analysés et confortent l'orientation posée lors de l'élaboration de ce référentiel (11-16).

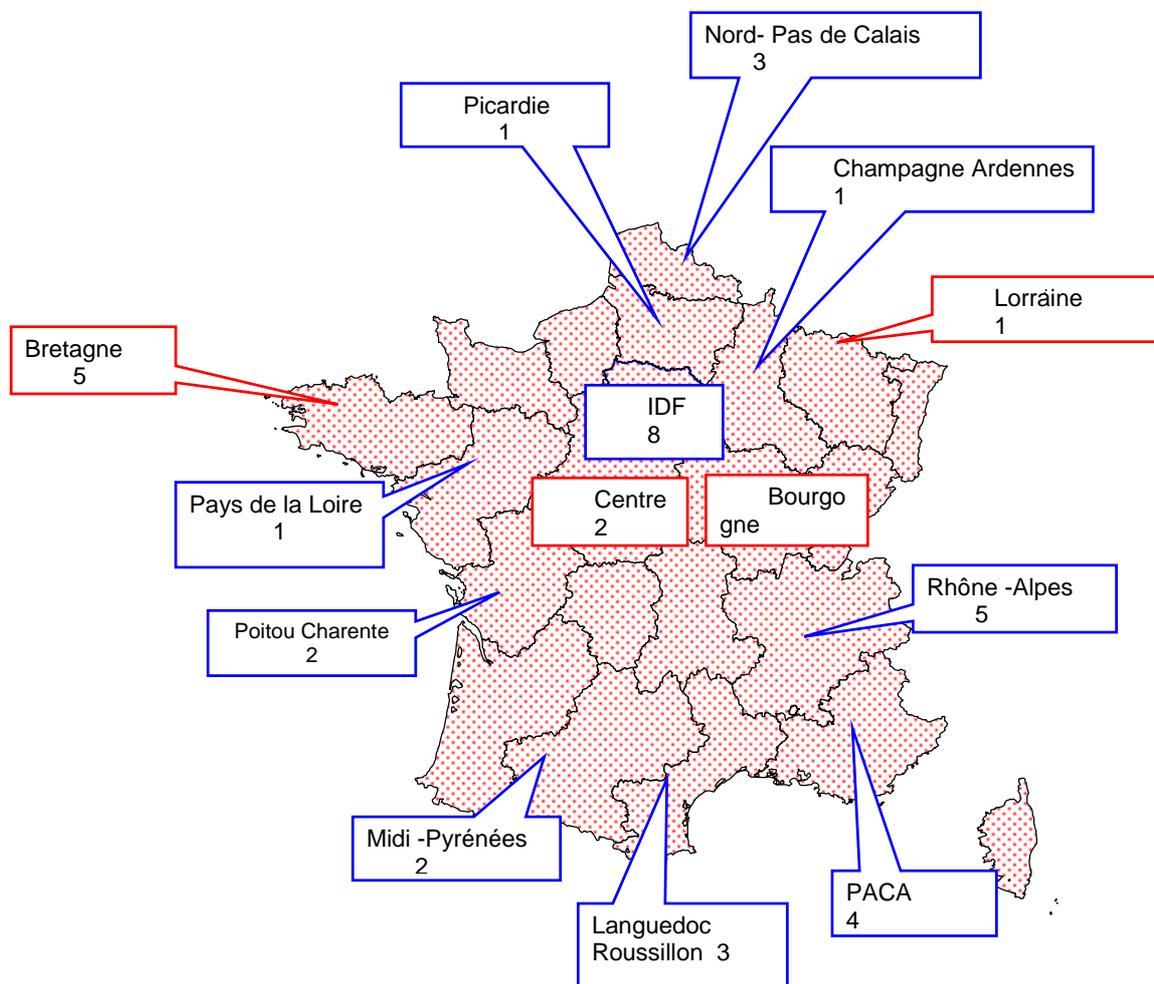
Sept documents (rapports, articles) ont été analysés sur le rôle de la profession d'infirmier (17-23).

3. Déroulement de l'expérimentation

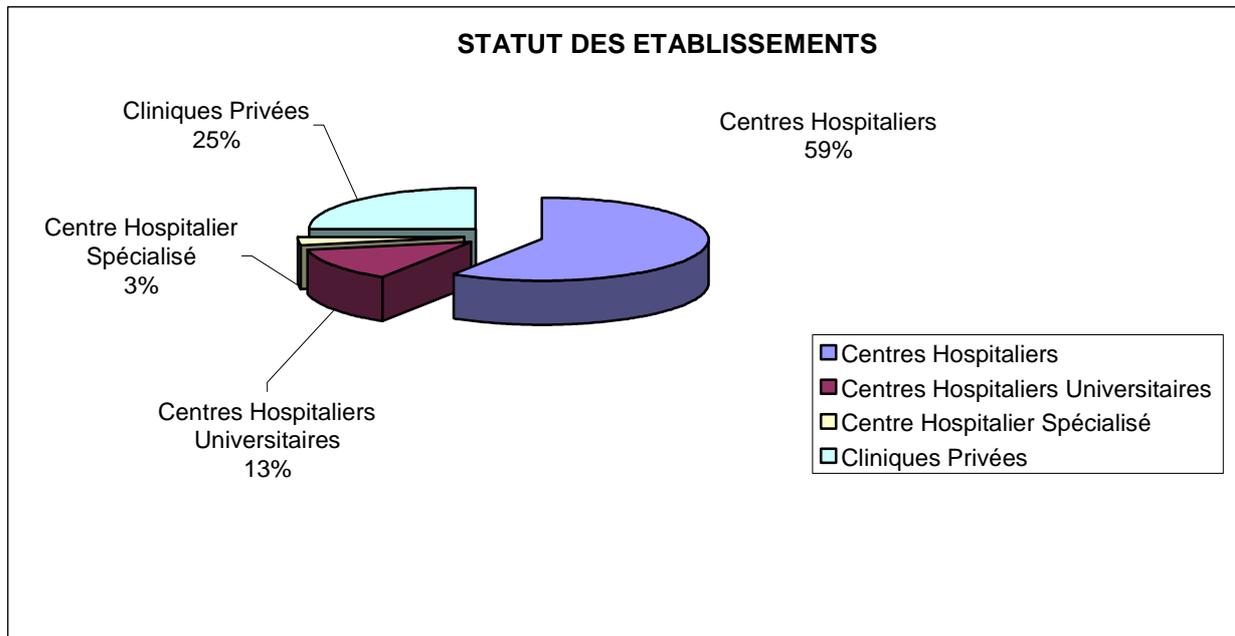
3.1 Les ACC réalisés par région, par type d'ES et par catégorie de professionnels

3.1.1 Engagement dans la démarche décembre 2004

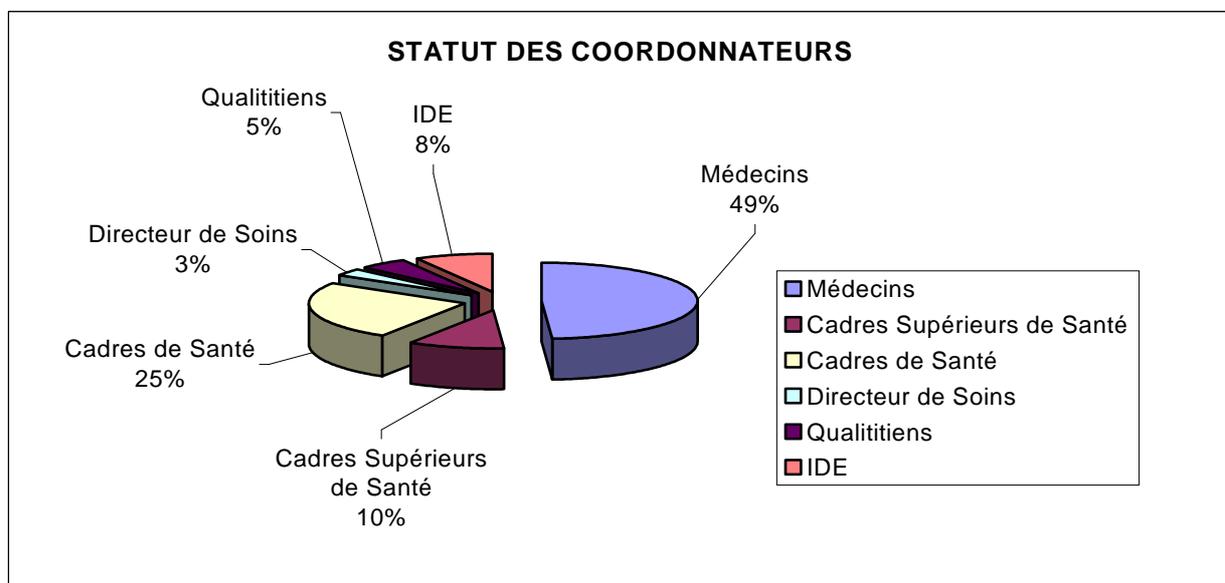
Répartition par région des 39 établissements ayant choisi le thème de « la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide » « TSU » en décembre 2004.



Répartition des établissements ayant choisi le thème « Prise en charge hospitalière des suicidants » selon leur statut.



Répartition des coordonnateurs selon leur statut



3.1.2 Participation au tour 1

Si 39 établissements de santé étaient initialement inscrits, 34 ont expérimenté l'audit clinique ciblé. Certains n'ont pas réalisé la seconde évaluation pour des raisons le plus souvent liées à des délais jugés trop brefs entre les deux temps d'évaluations ou à des contraintes locales qui avaient été sous-estimées.

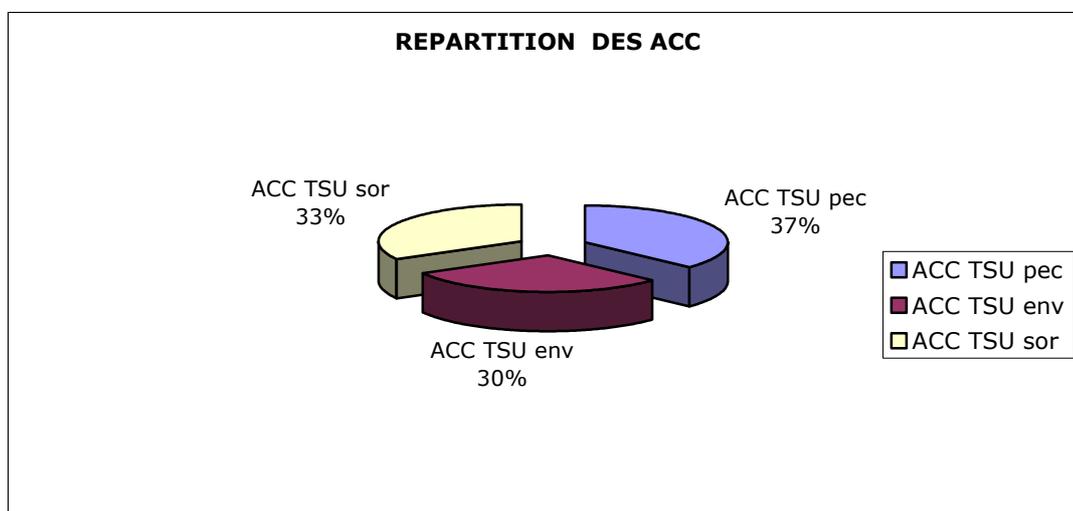
À l'issue de la présentation du projet (méthode ACC et référentiel) en décembre 2004, les établissements ont choisi de s'engager dans un, deux ou trois ACC selon leur problématique.

NOMBRE D'ACC	1 ACC	2 ACC	3 ACC
NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS	16 ES	2 ES	16 ES

- 16 ES ont choisi les trois ACC (correspondant à l'audit clinique complet).
- 2 ES se sont engagés dans deux ACC.
- 16 ES ont préféré ne suivre qu'un ACC selon leur situation et le but recherché.

Les audits cliniques ciblés choisis par les établissements de santé :

- TSUpec : Prise en charge hospitalière : 25 ACC.
- TSUenv : Prise en compte de l'environnement : 20 ACC.
- TSUsor : Préparation de la sortie : 22 ACC.



Au terme de cette première étape, les 34 établissements qui avaient choisi 1 ; 2 ; ou 3 ACC et avaient procédé à la première évaluation de l'audit, ont fait parvenir leurs premiers résultats à la HAS dans les temps impartis.

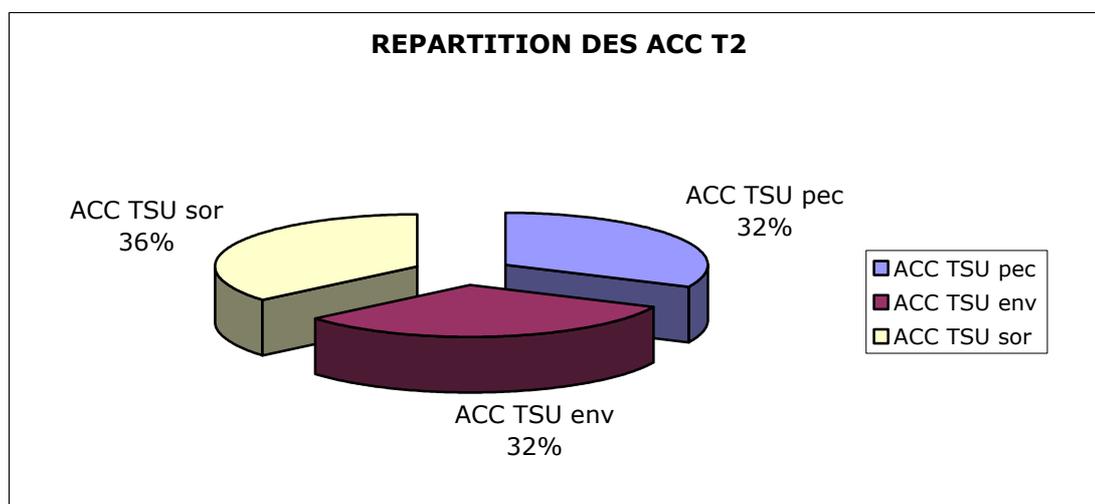
- TSUpec : 25 établissements de santé soit 460 cas de patients étudiés.
- TSUenv : 20 établissements de santé soit 401 cas de patients étudiés.
- TSUsor : 22 établissements de santé soit 450 cas de patients étudiés.

3.1.3 Participation au tour 1 et tour 2

Sur les 34 établissements qui se sont engagés dans les ACC sur le thème de la prévention du suicide et qui ont réalisé leur première évaluation.

26 ont élaboré leur projet, mené leurs plans d'améliorations et ont procédé à une seconde évaluation. 23 ont fait parvenir leurs résultats (T1 et T2) dans les délais impartis pour être pris en compte dans l'étude nationale :

- TSUpec : 14 établissements de santé soit 308 patients étudiés pour la 2^e évaluation.
- TSUenv : 14 établissements de santé soit 317 patients étudiés pour la 2^e évaluation.
- TSUzor : 16 établissements de santé soit 355 patients étudiés pour la 2^e évaluation.



3.1.4 Rapports effectués

19 établissements de santé ont fait parvenir leur rapport dans les délais prévus, dont 15 en respectant scrupuleusement les consignes données par la HAS :

- TSUpec : prise en charge hospitalière : 14 rapports ont été adressés à la HAS.
- TSUenv : prise en compte de l'environnement : 12 rapports ont été adressés à la HAS.
- TSUzor : préparation de la sortie : 13 rapports ont été adressés à la HAS.

3.2 La formation organisée par la HAS

Une formation a été réalisée le 2 décembre 2004 par la HAS pour tous les coordonnateurs d'ACC des établissements volontaires.

Un seul représentant par thème et par établissement a été formé pour devenir le coordonnateur de l'expérimentation. Il avait pour mission de mener l'audit ou les audits cliniques ciblés sur le thème choisi au sein de son établissement.

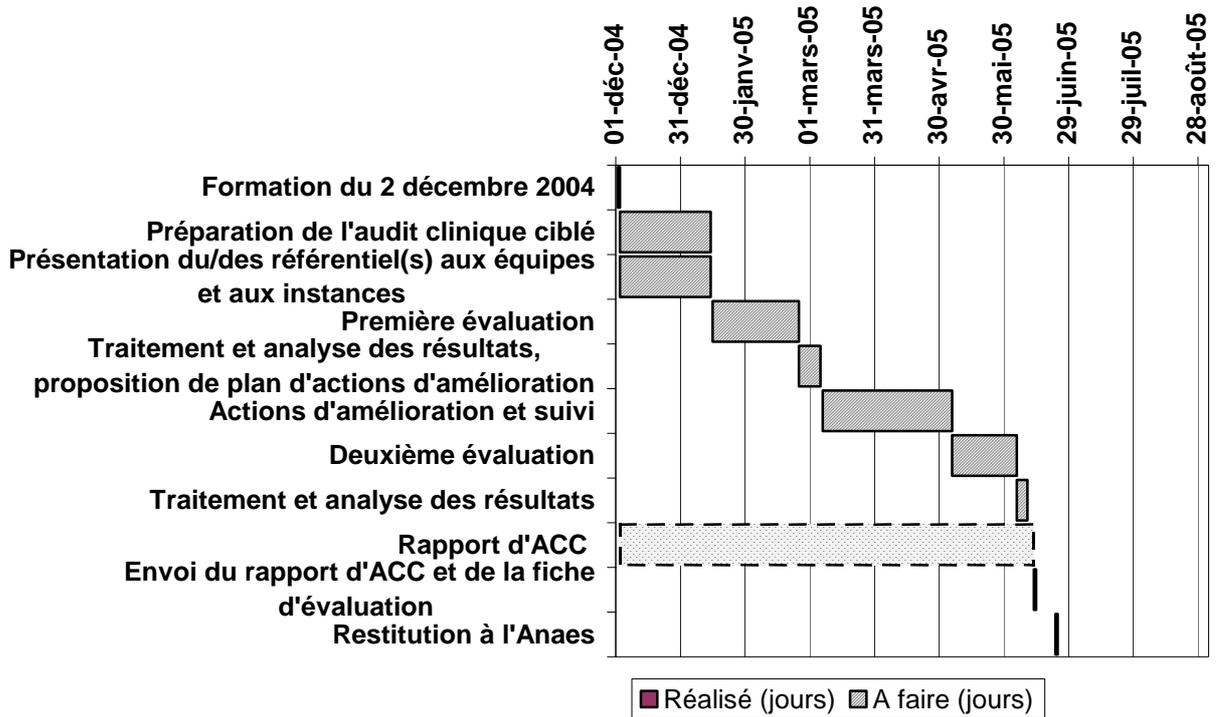
La première partie de cette formation a présenté la méthode et le déroulement du programme expérimental à l'ensemble des établissements.

Les référents ACC, thème et méthode, ont assuré en ateliers la seconde partie spécifique des 8 thèmes proposés. 34 coordonnateurs ont participé à l'atelier TSU, en fonction du thème choisi par son établissement.

Ces ateliers avaient pour objectif de présenter dans chaque thème, les référentiels et la partie spécifique du cédérom. La discussion entre formateurs et formés a permis aux coordonnateurs de s'approprier l'outil proposé (référentiel : grille, guide, protocole) et la manipulation du cédérom : diaporama et grille.

3.3 La planification du projet

Calendrier de l'expérimentation de l'Audit Clinique Ciblé



Document généré à partir d'un outil issu du cédérom expérimental, élaboré par l'Anaes en 2004.

4. Les résultats et leur analyse par ACC

TSUpec : Organisation de la prise en charge hospitalière des suicidants.

Objectif

Améliorer la prise en charge immédiate des personnes ayant fait une tentative de suicide.

Lors de la 1^{re} évaluation le nombre total de patients était de 460.

Pour l'analyse des résultats, seuls les dossiers des établissements qui ont procédé aux deux évaluations pour le T1 et le T2 ont été pris en compte :

14 établissements de santé ont procédé au déroulement complet de l'ACC TSUpec (631 patients).

1^{re} évaluation : 323 patients.

2^e évaluation : 308 patients.

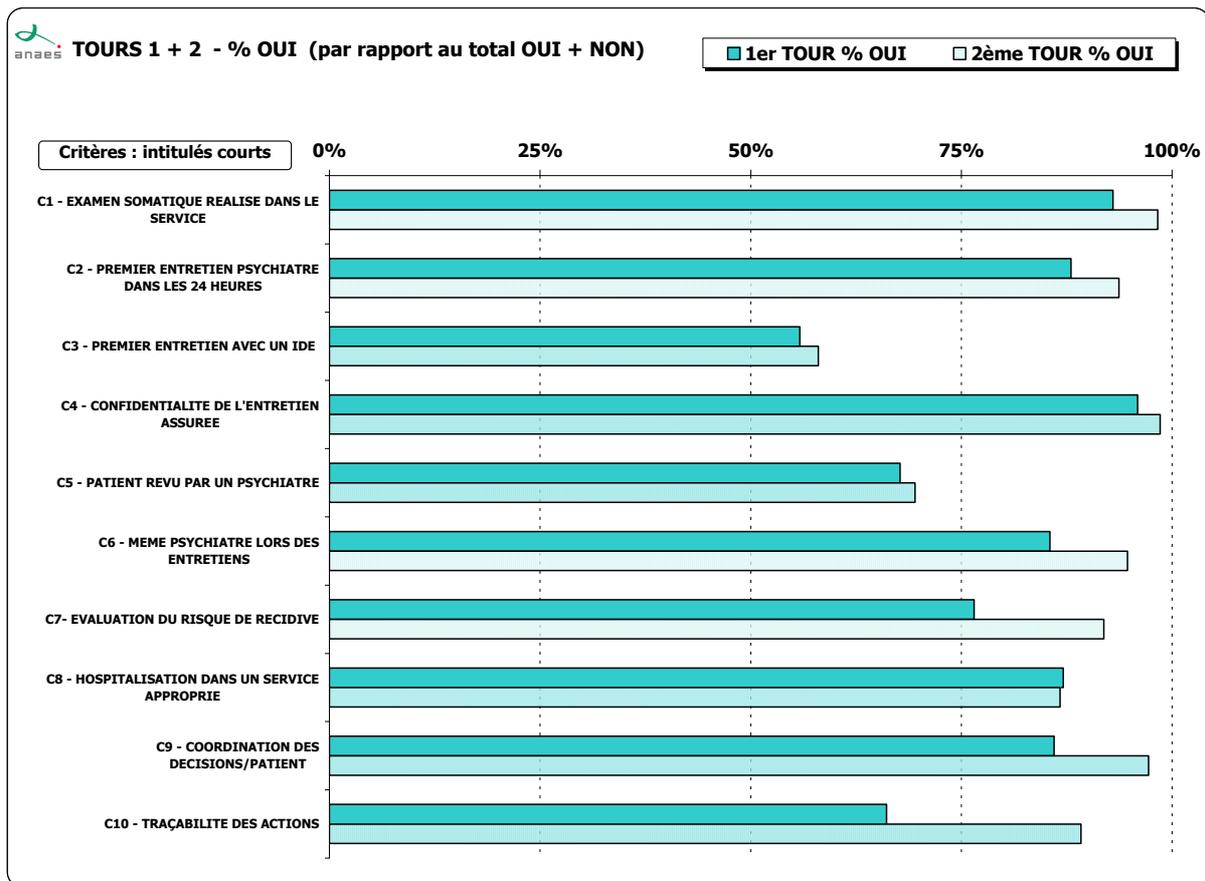
Le constat : une amélioration des résultats avec une variation de conformité, plus particulièrement :

Critère 10 : traçabilité des actions T1-T2 amélioration de 23 %.

Critère 7 : évaluation du risque de récurrence T1-T2 amélioration de 15 %.

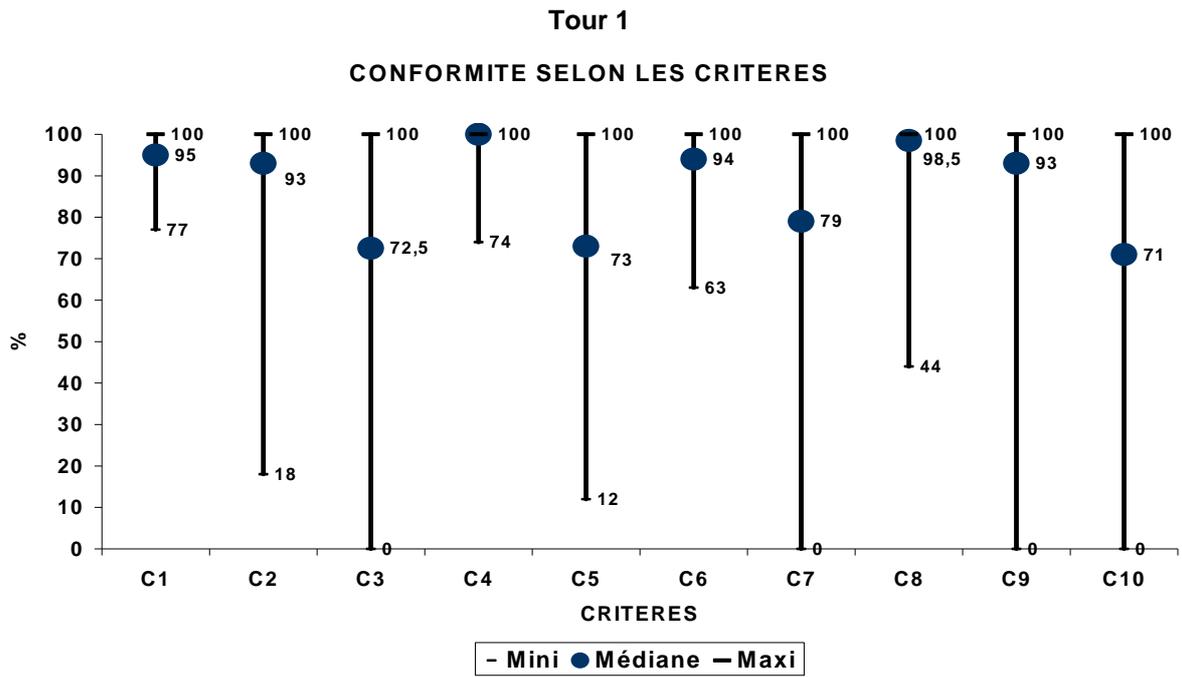
Critère 9 : coordination des décisions/patient T1-T2 amélioration de 11 %.

Critère 6 : même psychiatre lors des entretiens T1-T2 amélioration de 9 %.



Document généré à partir d'un outil issu du cédérom expérimental, élaboré par l'Anaes en 2004.

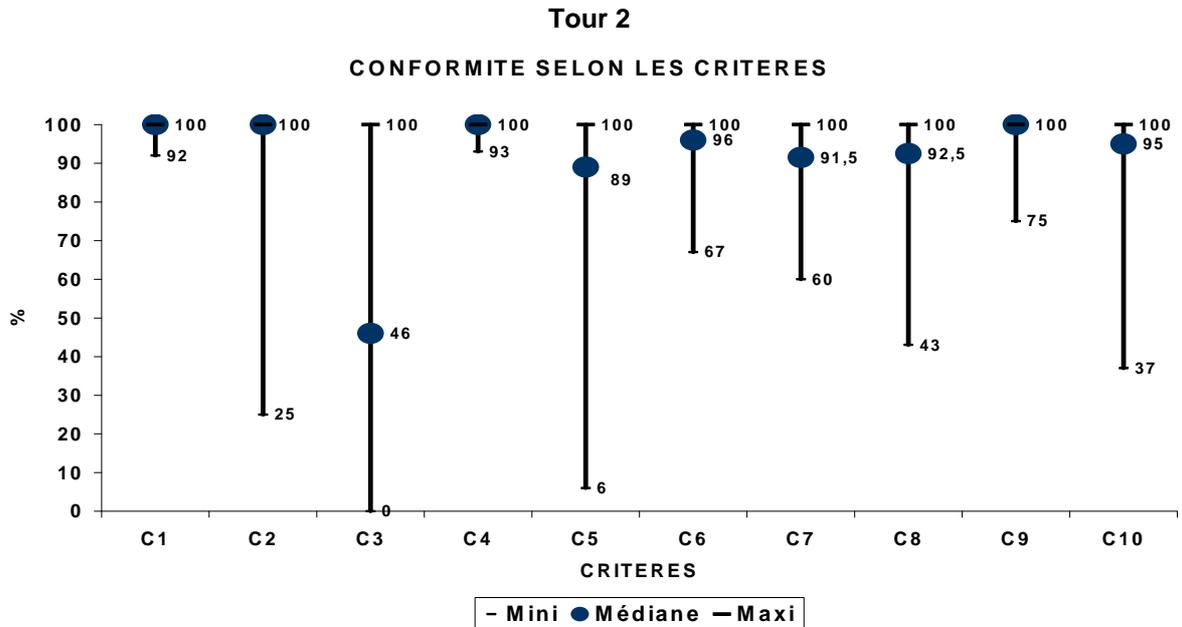
Pourcentage de conformité selon les critères pour les établissements ayant fait les deux tours



Pourcentage de conformité selon les critères sur les 14 établissements ayant fait les deux tours.

(Rappel : la médiane est la valeur de l'observation qui sépare une série ordonnée en 2 parties égales).

Il est aisé de remarquer la grande variété des réponses d'un service à un autre et plus particulièrement pour les critères 3-7-9-10, auxquels on peut ajouter les critères 2 et 5



Pourcentage de conformité selon les critères pour les 14 établissements ayant fait les deux tours

La variété des réponses demeure pour le critère 3 et 5 mais l'on constate globalement une amélioration des pratiques et une plus grande homogénéité des résultats à la deuxième évaluation pour les critères 1, 4, 6, 7, 9 et 10.

TSUenv : Environnement du patient

Objectif : améliorer la prise en compte de l'environnement familial et la situation sociale lors d'une tentative de suicide.

Lors de la 1^{re} évaluation le nombre total des dossiers étudiés s'élevait à 401.

Pour l'analyse des résultats, seuls les dossiers des établissements ayant procédé aux deux évaluations (T1 + T2) ont été pris en compte.

14 établissements de santé ont procédé au déroulement complet de l'ACC (641 patients).

1^{er} évaluation : 324 patients.

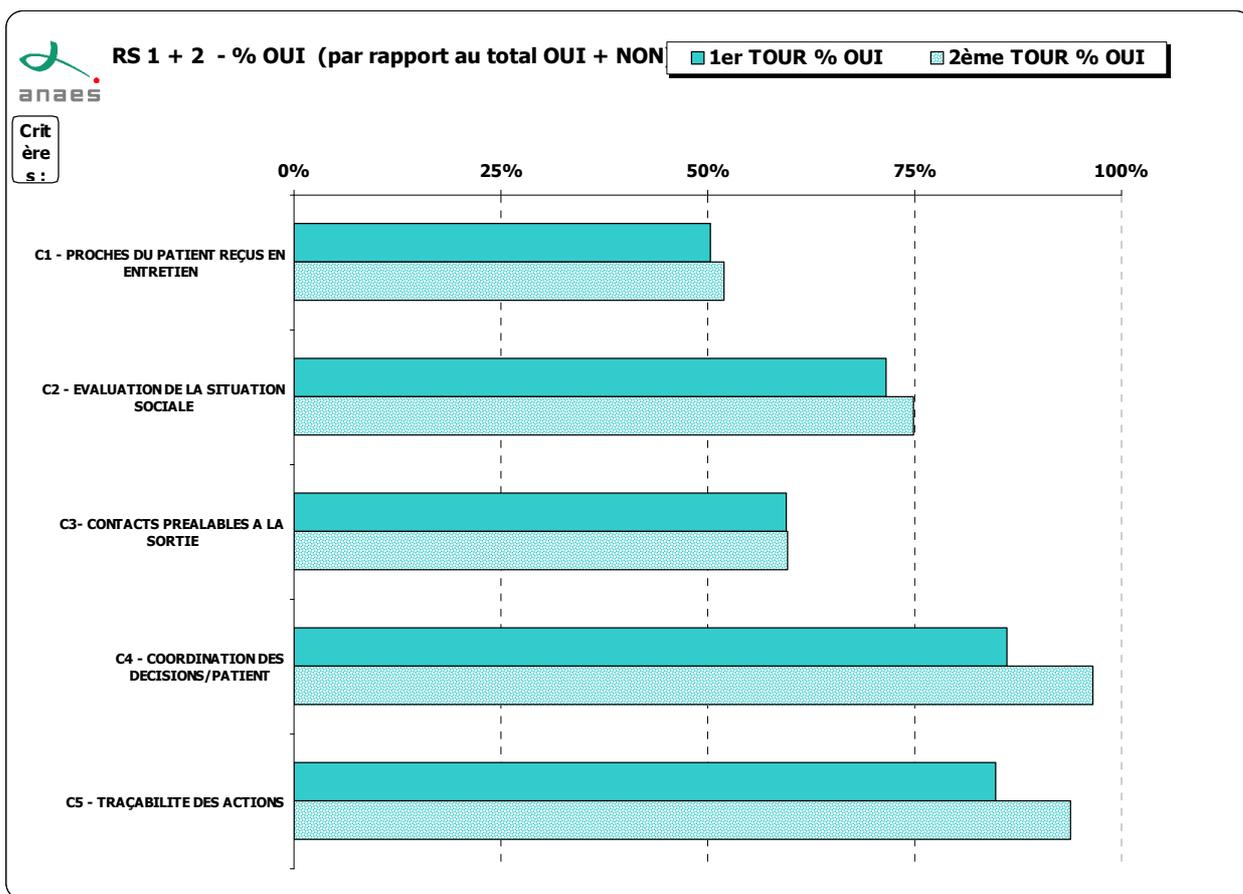
2^e évaluation : 317 patients.

Le constat : une amélioration des résultats avec une variation de conformité sur l'ensemble des 5 critères et plus particulièrement :

Critère 4 : coordination des décisions/patient T1-T2 amélioration de 11 %.

Critère 5 : traçabilité des actions T1-T2 amélioration de 9 %.

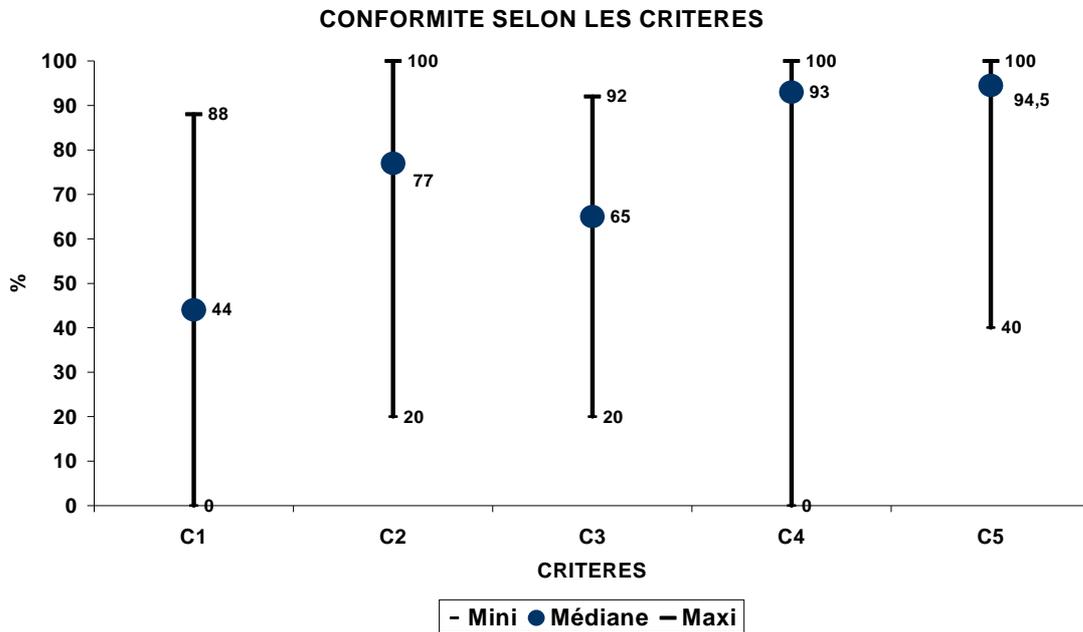
Critère 2 : évaluation de la situation sociale T1-T2 amélioration de 3 %.



Document généré à partir d'un outil issu du cédérom expérimental, élaboré par l'Anaes en 2004.

Pourcentage de conformité selon les critères pour les établissements qui ont participé aux deux tours

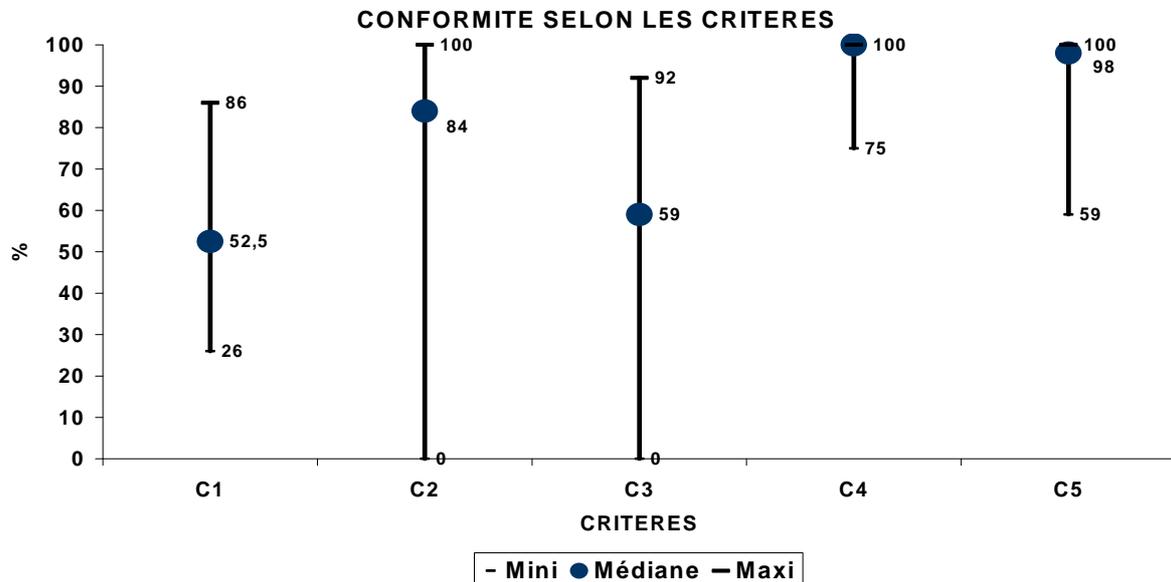
Tour 1



Pourcentage de conformité selon les critères pour les 14 établissements ayant fait les deux tours

Constat : grande variété des pratiques

Tour 2



Pourcentage de conformité selon les critères pour les 14 établissements ayant fait les deux tours.

Constat : les critères 2 et 3 (évaluation de la situation sociale et contacts préalables à la sortie) donnent lieu à des réponses très diverses d'un établissement à un autre.

On remarque en revanche une amélioration et une plus grande homogénéité des pratiques pour les critères 4 et 5 (coordination des décisions patient et traçabilité des actions).

TSU : Préparation de la sortie

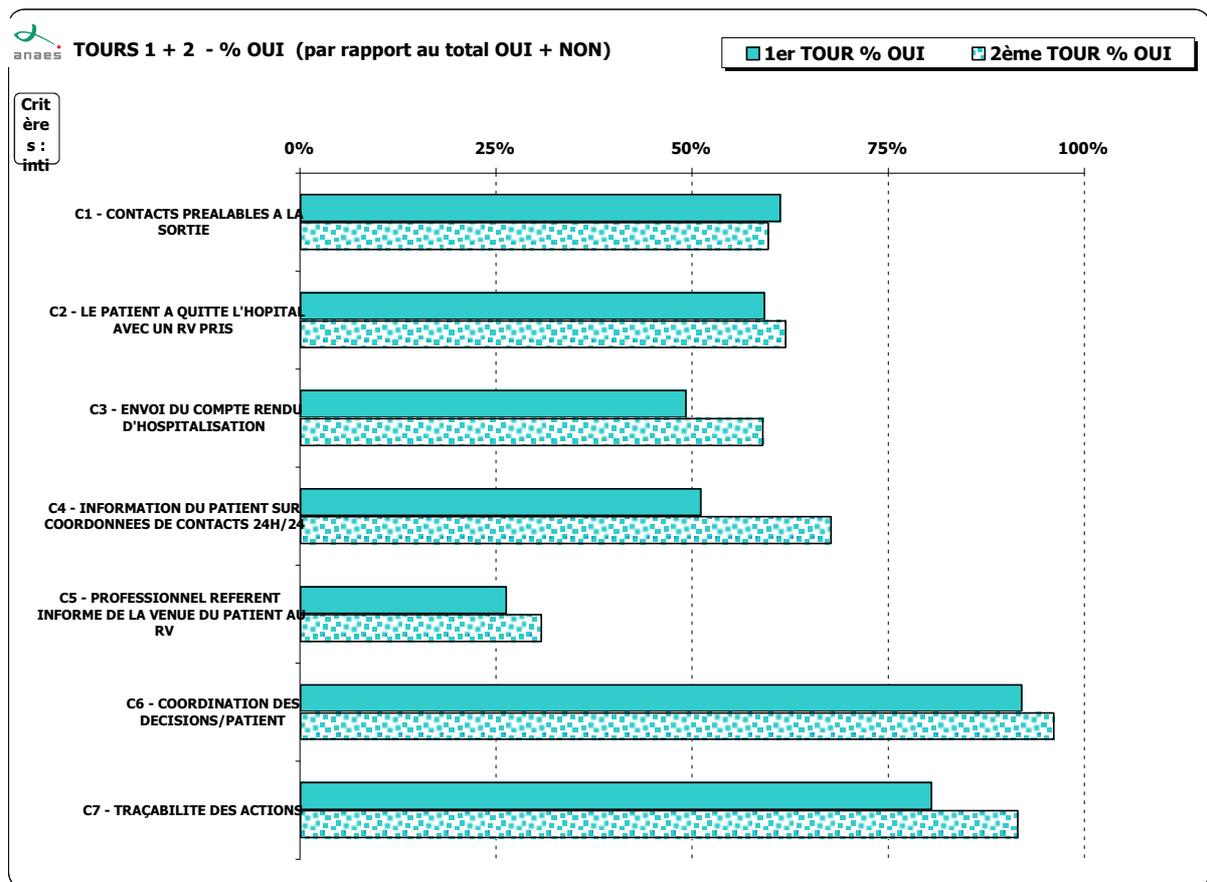
Objectif : améliorer la préparation de la sortie et le suivi du patient après une tentative de suicide

Lors de la 1^{re} évaluation le nombre total de patients était de 450.
 Pour l'analyse des résultats, seuls les dossiers des établissements qui ont procédé aux deux évaluations (T1 +T2) ont été pris en compte.
 16 établissements de santé ont procédé au déroulement complet de l'ACC correspondant à 708 patients.

1^{re} évaluation : 353 patients.
2^e évaluation : 355 patients.

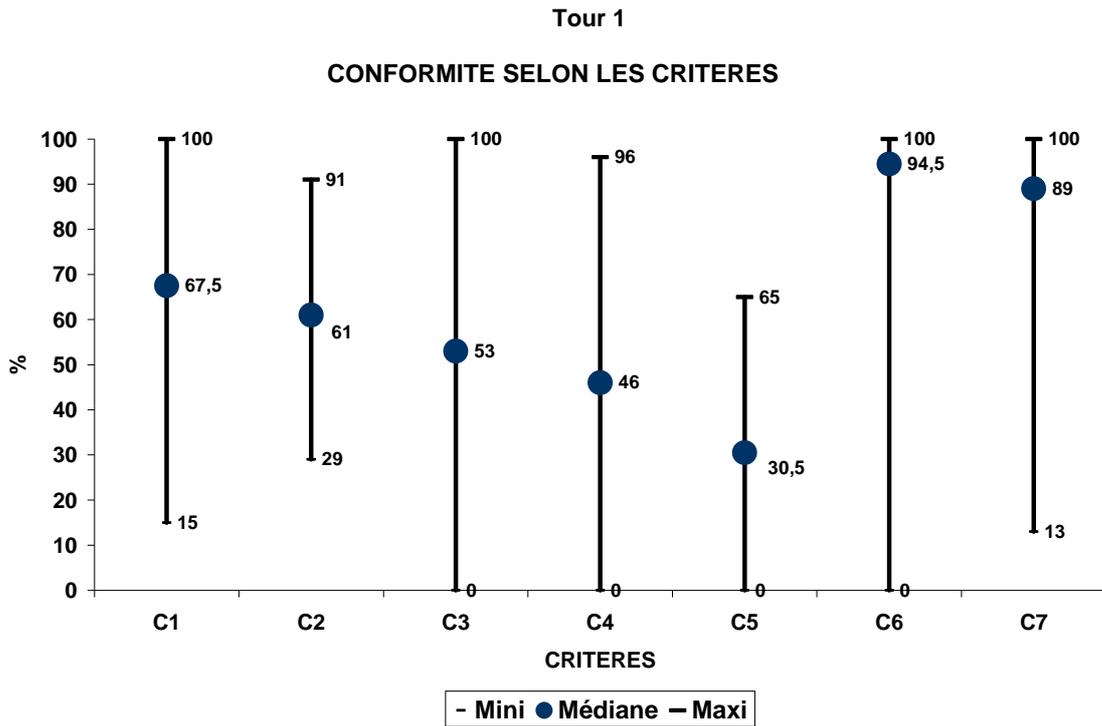
Le constat : une amélioration des résultats avec une variation de conformité sur l'ensemble des 7 critères et plus particulièrement

Critère 4 : information du patient services disponibles 24 heures/24 : T1-T2 amélioration de 17 %.
 Critère 7 : traçabilité des actions : T1-T2 amélioration de 11 %.
 Critère 3 : envoi du compte rendu d'hospitalisation : T1-T2 amélioration de 10 %.
 Cependant pour le critère 1 : contacts préalables à la sortie T1-T2 diminution de -1 %. Les auditeurs évoquent pour certains la nature des patients et pour d'autres une plus grande sévérité dans l'appréciation du critère.



Document généré à partir d'un outil issu du cédérom expérimental, élaboré par l'Anaes en 2004.

Pourcentage de conformité selon les critères pour les établissements qui ont procédé au T1 + T2

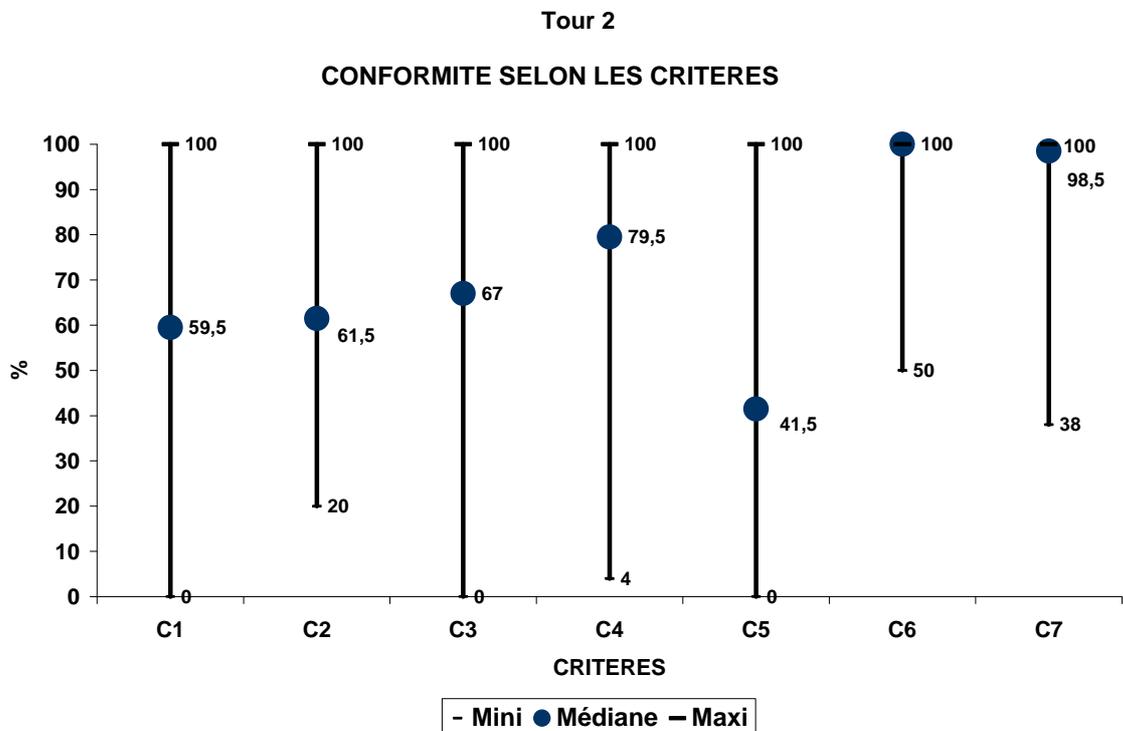


Pourcentage de conformité selon les critères pour les 16 établissements ayant fait les deux tours.

Constat : des résultats très différents d'un service à un autre.

Le critère 5, Professionnel référent informé de la venue du patient au RV, toujours au-dessous de 50 %.

Les raisons évoquées sont la charge et la complexité du travail ; et la « liberté » du patient.



Répartition du pourcentage de conformité selon les critères pour les 16 établissements ayant effectué les deux tours. Constat : toujours des pratiques très hétérogènes, une évolution favorable des critères 5, 6 et 7.

5. Les actions d'amélioration mises en place par ACC

5.1 Les actions d'amélioration mises en place pour l'ACC : TSUpec

55 actions d'améliorations recensées sont en lien prioritairement avec les critères suivants :

Critère 3 : Premier entretien avec IDE

Formations spécifiques des infirmières à l'accueil, l'entretien, la relation d'aide pour les personnes en souffrance.

Critère 7 : Évaluation des risques de récurrences

Formation des internes de médecine et des urgences, à chaque début de semestre.

Formation des professionnels à la reconnaissance des risques.

Élaboration de documents pour l'évaluation des risques de récurrences.

Mise en place d'une grille d'évaluation des paramètres influant le risque de récurrence.

Formalisation par écrit dans le dossier du patient de l'évaluation du risque de récurrence suicidaire.

Critère 10 : Traçabilité des actions

Révision de documents pour faciliter la traçabilité.

Accompagnement des équipes soignantes par le groupe projet.

Sensibilisation des professionnels à cette nécessité (gain en traçabilité des actions notamment en matière de soins relationnels).

Constat que la réalisation de l'ACC est facilitée par le système de gestion informatisé du patient URQUAL, (gestion du dossier médical et du dossier infirmier).

Au vu des résultats :

- ajout de trois rubriques à remplissage obligatoire dans la fenêtre « avis spécialisé » d'URQUAL, remplie par le psychiatre de garde (nécessité d'une prise en charge sociale, remise de la fiche d'information patient prise d'un rendez-vous pour le suivi psychiatrique) ;
- rédaction d'une fiche d'information remise au patient ;
- modification de la fiche « saisie de l'activité » pour noter les coordonnées du psychiatre ou de la structure qui seront contactés pour s'assurer que le patient s'est rendu au rendez-vous.

5.2 Les actions d'amélioration mises en place pour l'ACC : TSUenv

Les 9 actions d'améliorations recensées sont en lien prioritairement avec les critères suivants :

Critère 3 : Contacts préalables à la sortie

Élaboration de protocole et fiche « contact » assistante sociale.

Révision de la feuille du devenir social.

Élaboration de courrier type.

Critère 4 : Coordination des décisions patient

Organisation et formalisation de la coordination autour du patient.

Désignation de professionnel référent.

Élaboration de fiche interdisciplinaires permettant l'enregistrement des évaluations et bilans des différents intervenants autour du patient. Prévision d'exploitation de cette fiche après un temps de test.

Diffusion dans l'intranet hospitalier du protocole de prise en charge de la « TS ».

Critère 5 : Traçabilité des actions

Révision du dossier du patient pour inclure des données plus spécifiques à l'environnement de la personne (les proches, la famille, ont ils bénéficié d'un entretien ? Si non pourquoi ? refus du patient ?), personne isolée.

5.3 Les actions d'amélioration mises en place pour l'ACC : TSUor

Les 39 actions d'améliorations recensées sont en lien prioritairement avec les critères suivants :

Critère 1 : Contacts préalables à la sortie

Réflexion en équipe sur les alternatives à l'hospitalisation en fonction du patient.
Réunion en groupe plurisectoriel pour améliorer le travail en réseau intra et extrahospitalier.
Rédaction de fiche protocole de préparation à la sortie.

Critère 2 : Le patient a quitté l'hôpital avec un rendez-vous

Élaboration d'un document, fiche de rendez-vous, donné aux patients à sa sortie.
Réunion d'équipe pour suivi du patient.

Critère 4 : Information du patient

Élaboration de documents (livrets, plaquettes à remettre au patient recensant la liste des associations et lieux d'écoute joignables 24 heures/24).

6. Conclusion

6.1 Évolution de l'outil

Une coordination exemplaire est à l'origine de cette évolution.

Les professionnels de terrain ont réalisé l'expérimentation et échangé avec leurs coordonnateurs en établissements de santé avec le soutien des référents méthodes régionaux.

Cette coordination et les échanges lors des ateliers pendant la restitution nationale du 23 juin 2005 ont abouti à des modifications des grilles et à des précisions complémentaires dans les guides des ACC TSU.

C'est donc un outil affiné au contact des professionnels de terrain qui est mis à disposition des professionnels des établissements de santé : [Bon de commande_CDRACC.doc](#).

Tout au long de cette expérimentation, les professionnels chargés d'auditer nous ont fait part de leur intérêt pour la démarche, de l'avancée de leur projet mais aussi des problèmes de délais rencontrés pour permettre l'amélioration de certains critères.

Quelques personnes nous ont signalé leurs difficultés à s'entendre sur l'interprétation d'un critère. Pour certains le guide de la grille méritait d'être plus explicite, pour d'autres le problème résidait dans l'adhésion au critère.

Cette expérimentation a permis de valider les trois grilles de TSUpec, TSUenv et TSUsor et ce conformément aux recommandations. Les protocoles sont également demeurés identiques.

Pour répondre aux remarques des auditeurs, nous avons revu et explicité chaque critère dans les guides d'utilisation des grilles.

6.2 Validation de la méthode pour le thème du suicide

67 % des ES qui se sont engagés sur le programme d'ACC ont mené à bien l'expérimentation dans les temps impartis ; ce qui nous a convaincus de la faisabilité et acceptabilité de la méthode.

Le suivi du déroulement de l'audit clinique ciblé, la qualité des projets, l'amélioration des résultats (malgré des délais courts entre les deux évaluations), enfin la satisfaction des équipes, nous permettent de valider la méthode pour le thème.

Les coordonnateurs font part du décloisonnement des services mettant en évidence la complémentarité de chacun dans le dispositif de prise en charge.

La motivation des professionnels, leur implication dans des projets plurisectoriels et pluridisciplinaires, l'ouverture vers le secteur extrahospitalier, la conscience collective des besoins d'amélioration de la prise en charge enfin le nombre important de patients soulignent que le choix du thème reflète une priorité de santé publique.

L'enthousiasme des équipes qui ont participé à l'expérimentation nous a incités à diffuser cette méthode à l'ensemble des professionnels de santé : [Audit clinique ciblé \(synthèse\)](#).

Annexes

Annexe 1 – Fiche Méthode

AUDIT CLINIQUE CIBLÉ (ACC)

1^{re} intention

approche par comparaison

Définition

Méthode d'évaluation qui permet à l'aide d'un nombre limité de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer.

L'audit clinique ciblé est un audit clinique au cycle complet permettant un traitement plus rapide des données et des résultats.

Champ application

Les pratiques professionnelles, pour lesquelles il existe un référentiel ou au minimum un accord professionnel permettant de le construire, et un fort potentiel d'amélioration des pratiques cliniques, organisationnelles ou des soins.

Objectifs

- Mesurer l'écart entre la pratique et la référence grâce à un nombre limité de critères, sélectionnés en fonction des besoins de l'établissement et/ou des services qui le mettent en œuvre.
- Réduire le temps de réalisation de l'audit clinique pour améliorer la réactivité des équipes (6 mois environ).
- Définir et mettre en œuvre rapidement des mesures correctives ou des actions d'amélioration, accessibles et en nombre limité.
- S'assurer de l'efficacité des actions d'amélioration.

Synonymes, variantes et produits dérivés

Quick audit, rapid audit, mini audit, méthode d'évaluation par critères explicites.

Origine

Méthode dérivée de l'audit clinique.

L'Anaes a développé une expérience importante de l'audit clinique en accompagnant plus de 300 établissements. Au décours de ces travaux il est apparu nécessaire de construire une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles permettant une réactivité plus importante des équipes et des ACC plus rapprochés.

Le programme expérimental ACC mené en 2005 a montré que l'ACC était une méthode d'amélioration de la qualité acceptable, faisable, efficace et valide, dans les 8 thèmes, et les 27 ACC proposés (cf. rapports par thème à paraître sur le site de la HAS).

Ressources nécessaires

Soutien d'un ou plusieurs professionnels formés à la méthode de l'ACC ou de l'audit clinique.

Le cédérom ACC 2005 mis à disposition des professionnels sur le site de la HAS.

Conditions de réussite

- Sélectionner un segment du processus de prise en charge des patients ciblé sur un métier, un acte de soin, un aspect organisationnel ou transversal, une étape de la prise en charge médicale (diagnostique, thérapeutique, information, surveillance...).
- Sélectionner un nombre limité, mais suffisant, de critères (entre 4 et 12), choisis en fonction du ou des objectifs choisis (conformité à la réglementation, à des recommandations de pratique clinique avec un haut niveau de preuve, potentiel d'amélioration, problématique de santé publique, sécurité du patient...).

- Définir un objectif ciblé sur l'amélioration de la pratique et non sur l'évaluation des personnes, ni sur un problème complexe d'organisation.
- Choisir un responsable de projet ayant une légitimité professionnelle.

Description

La méthode comporte 6 étapes, et pourrait idéalement se poursuivre par une septième : un suivi d'indicateurs ou un (des) tour(s) d'ACC supplémentaire(s).

• **Étape 1 PLAN : planifier, organiser**

Choix du thème

- choix du thème à partir de référentiels validés, en fonction de la fréquence de la pratique, du risque encouru par le patient et du potentiel d'amélioration ;
- champ de l'étude : nombre d'unités de soins impliquées ;
- constitution du groupe de travail et nomination du chef de projet ;
- réalisation d'une information sur le projet auprès des professionnels.

Choix des critères

- choix d'un ou plusieurs référentiel(s) d'ACC existants sur le thème choisi ;
- s'il n'existe pas de référentiel d'ACC, la sélection des critères dans le référentiel existant se fait selon les objectifs de l'établissement ou du service et des répercussions sur la qualité et la sécurité du service rendu au patient ;
- construction des **grilles** de recueil de données et du **guide** qui les accompagne.

Élaboration du protocole d'étude soit la détermination :

- des critères d'inclusion et d'exclusion ;
- du type d'étude (rétrospective ou prospective) ;
- du mode de recueil des données et des sources d'information ;
- de la taille de l'échantillon ;
- et de la période d'évaluation.

Test de la feuille de recueil de données et réajustement le cas échéant.

Planification de la démarche (diagramme de type Gantt).

Organisation d'une **réunion d'information** pour toutes les unités concernées par l'ACC.

- **Étape 2 DO : Recueil des données** (premier tour d'audit T1)
 - Remplissage d'une grille de recueil des données pour chaque pratique évaluée.
 - Suivi de l'évolution du recueil des données.
- **Étape 3 CHECK : Analyse des résultats du premier tour d'ACC**
 - Traitement des données recueillies : calcul de l'écart entre les pratiques (valeurs observées des critères) et le référentiel (valeur attendue des critères ou standard).
 - Analyse des résultats.
 - Recherche des causes des écarts.
 - Définition des axes d'amélioration.
 - Rédaction du rapport du premier tour d'audit.
- **Étape 4 ACT : Plan d'actions d'améliorations**
 - Nomination d'un responsable par action et réalisation d'une fiche action.
 - Élaboration d'un calendrier de réalisation des actions.
 - Planification de la période de réévaluation.
- **Étape 5 Nouveau recueil de données** (second tour d'audit T2)
- **Étape 6 Analyse des résultats du second tour d'ACC**
 - Analyse des résultats.
 - Comparaison avec les résultats du premier tour.
 - Recherche des causes des écarts résiduels.
- **Étape 7 idéalement : mesure de l'impact** des actions correctives, sur la base des résultats de la réévaluation.
 - Mise en place de nouvelles actions d'améliorations, si des écarts persistent.
 - Mise en place d'indicateurs pour suivre l'amélioration induite.

Annexe 2 – Documents (Source cédérom ACC 2005)

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLÉ Audit de pratiques : prise en charge n° 1 (TSUpec)

Le présent protocole est issu de celui des audits cliniques menés dans les services d'urgence, à l'échelon national, depuis 1999, qui explorent trois aspects : la prise en charge individuelle, l'environnement familial et la situation sociale et la préparation à la sortie.

Il peut être appliqué à tous les services (urgences, réanimation, médecine, chirurgie ou de psychiatrie).

Celui-ci concerne la prise en charge individuelle pendant le séjour hospitalier.

1. Le champ d'application

L'évaluation concerne les services accueillant des personnes ayant fait une tentative de suicide, jusqu'au relais avec les autres intervenants après la sortie de l'hôpital.

La tentative de suicide : conduite ayant pour but de se donner la mort sans y aboutir.

2. Les critères d'inclusion

L'évaluation concerne toutes personnes ayant fait une tentative de suicide, quel que soit leur âge.

3. Le type d'étude

Il s'agit d'une évaluation prospective.

4. Les sources et les modes de recueil des données

Le recueil des données est placé sous la responsabilité du coordonnateur de l'audit clinique de chaque établissement, il en assure la conservation et la confidentialité.

Le coordonnateur de l'audit est chargé de vérifier la qualité des données : exhaustivité, exactitude, précision et cohérence des données.

Les sources d'information varient en fonction du critère :

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| ▪ critères 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 | le dossier du patient ; |
| ▪ critères 3 | l'IDE ; |
| ▪ critères 4 | le psychiatre et l'IDE ; |
| ▪ critère 8 | l'équipe soignante, le psychiatre. |

5. La taille de l'échantillon

Pour être représentatif, l'échantillon doit être de 30 hospitalisations consécutives pour tentative de suicide.

6. La période d'évaluation

Si le nombre est inférieur à 30, la durée de l'observation ne doit pas excéder 6 semaines.

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES

Audit de pratiques : prise en charge n° 1 (TSUpec)

Date : ... Établissement/service : ...
 N° de la grille : ...
 Nom de l'évaluateur : ...
 Identification du patient : ... les 3 premières lettres □□□
 ou étiquette

OBJECTIF : améliorer la prise en charge immédiate des personnes ayant fait une tentative de suicide						
N°	CRITERES	OUI	NON	NA	SOURCE	COMMENTAIRES
1	Un examen somatique initial a été réalisé dès l'arrivée dans le service.				DPA	
2	Le patient a bénéficié d'un premier entretien avec un psychiatre dans les 24 heures qui ont suivi son admission ou à défaut dès que son état de conscience a permis la réalisation de l'entretien.				DPA	
3	Le patient a bénéficié d'un entretien de relation d'aide avec un infirmier formé et ayant un accompagnement.				DPA Équipe soignante	
4	Les entretiens se sont déroulés dans un lieu permettant d'assurer la confidentialité.				Psychiatre IDE	
5	Le patient a été revu par un psychiatre au minimum une fois pendant son hospitalisation.				DPA	
6	C'est le même psychiatre qui a vu le patient lors des différents entretiens ou un psychiatre a coordonné l'ensemble des interventions et en a effectué une synthèse écrite.				DPA	
7	Les différents paramètres permettant d'apprécier le risque de récurrence suicidaire ont été systématiquement évalués et mentionnés dans le dossier du patient.				DPA	
8	Le patient est hospitalisé dans un service approprié à la poursuite de la prise en charge somatique, médicopsychologique et sociale.				DPA Psychiatre Équipe soignante	
9	Un professionnel référent a coordonné les évaluations somatiques psychologiques et sociales et les décisions concernant le patient pendant toute la durée de son séjour (la fonction de référent a pu être exercée par deux personnes pour assurer la continuité).				DPA	
10	Toute observation ou intervention fait l'objet d'une trace écrite datée, signée dans le dossier du patient pour les critères 1. 2. 3. 5. 6. 7. 8. 9				DPA	

DPA = dossier du patient

IDE : infirmier diplômé d'état

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL Audit de pratiques : prise en charge n° 1 (TSUpec)

Critère 1 Un examen somatique initial a été réalisé dès l'arrivée dans le service.

Source : le dossier du patient.

Répondre **OUI** si l'évaluation somatique a été réalisée dans le service ou dans tout autre service : (SAMU, SMUR, Réanimation polyvalente, chirurgie orthopédique...).

Répondre **NON** si : le patient est hospitalisé directement dans un service sans examen somatique.

Critère 2 Le patient a bénéficié d'un premier entretien avec un psychiatre dans les 24 heures qui ont suivi son admission ou à défaut dès que son état de conscience a permis la réalisation de l'entretien.

Source : le dossier du patient.

Répondre **NA** (Non applicable) si le patient a dû être transféré dans un autre établissement en raison de son état somatique. La réponse **NA** doit être justifiée.

Répondre **NON** si l'entretien a été réalisé par un autre professionnel (infirmier, psychologue), mais le préciser dans les commentaires.

Si l'état de conscience du patient, pendant les deux mois de l'audit, n'a pas permis la réalisation de l'entretien, sortir le cas de l'étude.

Critère 3 Le patient a bénéficié d'un entretien de relation d'aide avec un infirmier formé et ayant un accompagnement.

Source : le dossier du patient
l'équipe soignante

Répondre **NON** si :

- le patient n'a pas bénéficié d'une relation d'aide ;
- et/ou si l'infirmier n'est pas spécifiquement formé dans ce domaine (infirmier en psychiatrie, infirmier ayant été formé à la relation d'aide – counselling) ;
- et ou si l'infirmier ne peut bénéficier d'une supervision, d'un accompagnement par un psychiatre ou un psychologue. Le psychologue ou le psychiatre peut être celui du service.

Répondre **OUI** si les trois critères ci-dessus sont réunis.

Répondre **NA** (Non applicable) si le patient a dû être transféré dans un autre établissement en raison de son état somatique. La réponse **NA** doit être justifiée.

Critère 4 Les entretiens se sont déroulés dans un lieu permettant d'assurer la confidentialité.

Source : le psychiatre ou l'IDE

Répondre **NA** si le patient a dû être transféré dans un autre établissement en raison de son état somatique. La réponse **NA** doit être justifiée.

Critère 5 Le patient a été revu par un psychiatre au minimum une fois pendant son hospitalisation.

Source : le dossier du patient.

Dans les autres cas, si le patient n'a pas été revu la réponse est **NON**, elle doit être argumentée.

Répondre **NA** si le patient a dû être transféré dans un autre établissement en raison de son état somatique, s'il a été hospitalisé en psychiatrie à la suite du premier entretien (le préciser dans ce cas dans les commentaires) ou en cas de sortie prématurée du suicidant (sortie contre avis médical, sortie sans autorisation). La réponse **NA** doit être justifiée.

Critère 6 C'est le même psychiatre qui a vu le patient lors des différents entretiens ou un psychiatre a coordonné l'ensemble des interventions et en a effectué une synthèse écrite.

Source : le dossier du patient.

C'est la continuité et la traçabilité de la prise en charge qui sont ici évaluées.

Répondre **NON** si des entretiens ont été réalisés par d'autre(s) psychiatre(s) et s'il n'y a pas eu de synthèse écrite, ou si c'est le même psychiatre mais s'il n'y a pas de trace écrite dans le dossier.

Répondre **NA** si le patient a dû être transféré dans un autre établissement en raison de son état somatique, s'il a été hospitalisé en psychiatrie à la suite du premier entretien (le préciser dans ce cas dans les commentaires) ou en cas de sortie prématurée du suicidant (sortie contre avis médical, sortie sans autorisation). La réponse **NA** doit être justifiée.

Critère 7 Les différents paramètres permettant d'apprécier le risque de récurrence suicidaire ont été systématiquement évalués et mentionnés dans le dossier du patient.

Source exclusive : le dossier du patient.

Un exemple d'outil est présenté dans les recommandations, il existe d'autres outils validés.

Répondre **NA** si le patient a dû être transféré dans un autre établissement en raison de son état somatique, s'il a été hospitalisé en psychiatrie à la suite du premier entretien (le préciser dans ce cas dans les commentaires) ou en cas de sortie prématurée du suicidant (sortie contre avis médical, sortie sans autorisation). La réponse **NA** doit être justifiée.

Critère 8 Le patient est hospitalisé dans un service approprié à la poursuite de la prise en charge somatique, médicopsychologique et sociale.

Source : le dossier du patient, le psychiatre et l'équipe soignante

Répondre **NON** si le service ne semble pas approprié à cette prise en charge c'est-à-dire s'il héberge le patient en raison d'un manque de lit et sans référence à un protocole de prise en charge pour ce type de pathologie.

Répondre **NA** si le patient a dû être transféré dans un autre établissement en raison de son état somatique, s'il a été hospitalisé en psychiatrie à la suite du premier entretien (le préciser dans ce cas dans les commentaires) ou en cas de sortie prématurée du suicidant (sortie contre avis médical, sortie sans autorisation). La réponse **NA** doit être justifiée.

Critère 9 Un professionnel référent a coordonné les évaluations somatiques psychologiques et sociales et les décisions concernant le patient pendant toute la durée de son séjour (la fonction de référent a pu être exercée par deux personnes pour assurer la continuité).

Source : le dossier du patient.

Ce critère insiste sur l'importance de la concertation et de la continuité des soins.

Le référent peut être un médecin, un infirmier ou un psychologue.

Répondre **NA** si le patient a dû être transféré dans un autre établissement en raison de son état somatique, s'il a été hospitalisé en psychiatrie à la suite du premier entretien (le préciser dans ce cas dans les commentaires) ou en cas de sortie prématurée du suicidant (sortie contre avis médical, sortie sans autorisation). La réponse **NA** doit être justifiée.

Critère 10 Toute observation ou intervention fait l'objet d'une trace écrite datée signée dans le dossier du patient pour les critères 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 et 9.

Source exclusive : le dossier du patient.

Ce critère apparaît comme redondant mais il spécifie l'importance de la traçabilité pour toute observation ou action.

Répondre **NON** si un seul élément est manquant. La réponse non doit être explicitée : citer les critères déficitaires.

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLÉ

Audit de pratiques : environnement familial et social n°2 (TSUenv)

Le présent protocole est issu de celui des audits cliniques menés dans les services d'urgence, à l'échelon national, depuis 1999, qui explorent trois aspects : la prise en charge individuelle, l'environnement familial et la situation sociale et la préparation à la sortie.

Il peut être appliqué à tous les services (urgences, réanimation, médecine, chirurgie ou de psychiatrie).

Celui-ci concerne l'environnement familial et la situation sociale.

1. Le champ d'application

L'évaluation concerne les services accueillant des personnes ayant fait une tentative de suicide, jusqu'au relais avec les autres intervenants après la sortie de l'hôpital.

La tentative de suicide : conduite ayant pour but de se donner la mort sans y aboutir.

2. Les critères d'inclusion

L'évaluation concerne toutes personnes ayant fait une tentative de suicide, quel que soit leur âge.

3. Le type d'étude

Il s'agit d'une évaluation prospective.

4. Les sources et les modes de recueil des données

Le recueil des données est placé sous la responsabilité du coordonnateur de l'audit clinique de chaque établissement, il en assure la conservation et la confidentialité.

Le coordonnateur de l'audit est chargé de vérifier la qualité des données : exhaustivité, exactitude, précision et cohérence des données.

La source d'information est toujours le dossier du patient :

5. La taille de l'échantillon

Pour être représentatif, l'échantillon doit être de 30 hospitalisations consécutives pour tentative de suicide.

6. La période d'évaluation

Si le nombre est inférieur à 30, la durée de l'observation ne doit pas excéder 6 semaines.

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES

Audit de pratiques : environnement familial et social n°2 (TSUenv)

Date : ... Établissement/service : ...
 N° de la grille : ...
 Nom de l'évaluateur :
 Identification du patient : les 3 premières lettres
 ou étiquette

OBJECTIF : améliorer la prise en compte de l'environnement familial et de la situation sociale lors d'une tentative de suicide						
N°	CRITERES	OUI	NON	NA	SOURCE	COMMENTAIRES
1	Les proches du patient ont été reçus en entretien par un membre de l'équipe psychiatrique (psychiatre, psychologue, IDE) au moins une fois pendant l'hospitalisation.				DPA	
2	Une évaluation sociofamiliale et environnementale du patient a été réalisée, si nécessaire par une assistante sociale.				DPA	
3	Des contacts préalables à la sortie du patient ont été établis, avec son accord, et, si nécessaire, avec celui des tuteurs légaux, avec les intervenants extérieurs concernés susceptibles d'être utiles à l'efficacité du suivi (médecin traitant, médecin du travail, services sociaux, service de santé scolaire, services éducatifs, etc.). Ces contacts sont mentionnés dans le dossier du patient.				DPA	
4	Un professionnel référent a coordonné les évaluations somatiques, psychologiques et sociales et les décisions concernant le patient pendant toute la durée de son séjour (la fonction de référent a pu être exercée par deux personnes pour assurer la continuité).				DPA	
5	Toute observation ou intervention fait l'objet d'une trace écrite datée, signée dans le dossier du patient pour les critères 1. 2 3. 4.				DPA	

DPA = dossier

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL Audit de pratiques : environnement familial et social n°2 (TSUenv)

Critère 1 Les proches du patient ont été reçus en entretien par un membre de l'équipe psychiatrique (psychiatre, psychologue, IDE) au moins une fois pendant l'hospitalisation.

Source : le dossier du patient.

Préciser les motifs pour une réponse négative (refus du patient, refus des proches, entretien inadéquat pour des raisons relatives à la psychopathologie du sujet).

On répond **NA** si le patient a dû être transféré dans un autre établissement en raison de son état somatique, s'il a été hospitalisé en psychiatrie à la suite du premier entretien (le préciser dans ce cas dans les commentaires) ou en cas de sortie prématurée du suicidant (sortie contre avis médical, sortie sans autorisation).

En cas d'éloignement géographique, le contact peut être téléphonique (avec l'accord du suicidant, que l'on doit rechercher), il est alors pris en compte s'il en existe une trace dans le dossier du patient.

Si on ne trouve pas de famille et si ces précisions sont mentionnées dans le dossier du patient, on peut répondre **NA**.

La réponse **NA** doit être justifiée.

Critère 2 Une évaluation sociofamiliale et environnementale du patient a été réalisée, si nécessaire par une assistante sociale.

Source : le dossier du patient.

Il s'agit bien ici d'une recherche spécifique d'information à caractère social et environnemental (famille, position sociale, travail, etc.), permettant d'identifier la dimension sociale de la détresse, les ressources disponibles et des facteurs de risque éventuels.

Le recueil de ces informations peut nécessiter – à l'**appréciation des cliniciens** – l'intervention d'un(e) assistant(e) de service social. Dans ce cas si l'indication est posée et que l'assistant(e) social(e) soit n'existe pas, soit n'est pas disponible, la réponse est **NON**.

Critère 3 Des contacts préalables à la sortie du patient ont été établis, avec son accord, et, si nécessaire, avec celui des tuteurs légaux, avec les intervenants extérieurs concernés susceptibles d'être utiles à l'efficacité du suivi (médecin traitant, médecin du travail, services sociaux, service de santé scolaire, services éducatifs, etc.). Ces contacts sont mentionnés dans le dossier du patient.

Source : le dossier du patient.

En cas de refus du patient ou du tuteur, si ce refus est mentionné dans le dossier la réponse est **NA**.

La réponse **NA** doit être justifiée.

Critère 4 Un professionnel référent a coordonné les évaluations somatiques psychologiques et sociales et les décisions concernant le patient pendant toute la durée de son séjour (la fonction de référent a pu être exercée par deux personnes pour assurer la continuité).

Source : le dossier du patient.

Ce critère insiste sur l'importance de la concertation et de la continuité des soins.

Le référent peut être un médecin, un infirmier ou un psychologue.

La réponse est **NA** si le patient a dû être transféré dans un autre établissement en raison de son état somatique, s'il a été hospitalisé en psychiatrie à la suite du premier entretien (le préciser dans ce cas dans les commentaires) ou en cas de sortie prématurée du suicidant (sortie contre avis médical, sortie sans autorisation).

La réponse **NA** doit être justifiée.

Critère 5 Toute observation ou intervention fait l'objet d'une trace écrite datée signée dans le dossier du patient pour les critères 1, 2, 3, 4.

Source exclusive : le dossier du patient. Ce critère apparaît comme redondant mais il spécifie l'importance de la traçabilité pour toute observation ou action.

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES
Audit de pratiques : préparation de la sortie n°3 (TSU sor)

Date : ... Établissement/service : ...
 N° de la grille : ...
 Nom de l'évaluateur :
 Identification du patient : ... les 3 premières lettres □□□
 ou étiquette

**OBJECTIF : améliorer la préparation de la sortie et
 le suivi du patient après une tentative de suicide**

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	Source	COMMENTAIRES
1	Des contacts préalables à la sortie du patient ont été établis, avec son accord, et, si nécessaire, avec celui des tuteurs légaux, avec les intervenants extérieurs concernés susceptibles d'être utiles à l'efficacité du suivi (médecin traitant, médecin du travail, services sociaux, service de santé scolaire, services éducatifs, etc.). Ces contacts sont mentionnés dans le dossier du patient.				DPA	
2	Le patient a quitté l'hôpital avec un rendez-vous auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue.				DPA	
3	Le compte rendu d'hospitalisation prenant en compte les observations psychiatriques est adressé au(x) médecin(s) désigné(s) par le patient dans un délai inférieur à 8 jours suivant la sortie du patient.				DPA	
4	Le patient a reçu à sa sortie une information écrite mentionnant les coordonnées d'une structure et de personnes joignables 24 heures/24 en cas de besoin.				DPA équipe soignante	
5	Le professionnel référent s'est informé de la venue du patient au rendez-vous fixé à sa sortie et a pris les initiatives nécessaires en cas d'absence de celui-ci. Ou selon le cas, les dispositions sont prises pour s'informer de la venue du patient à son rendez-vous, et prendre les initiatives nécessaires en cas d'absence.				DPA équipe soignante	
6	Un professionnel référent a coordonné les évaluations somatiques psychologiques et sociales et les décisions concernant le patient pendant toute la durée de son séjour (la fonction de référent a pu être exercée par deux personnes pour assurer la continuité).				DPA	
7	Toute observation ou intervention fait l'objet d'une trace écrite datée, signée dans le dossier du patient pour les critères 1.2.3.4.5.6.				DPA	

DPA = dossier du patient

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL

Audit de pratiques : préparation de la sortie n°3 (TSUor)

Critère 1 Des contacts préalables à la sortie du patient ont été établis, avec son accord, et, si nécessaire, avec celui des tuteurs légaux, avec les intervenants extérieurs concernés susceptibles d'être utiles à l'efficacité du suivi (médecin traitant, médecin du travail, services sociaux, service de santé scolaire, services éducatifs, etc.). Ces contacts sont mentionnés dans le dossier du patient.

Source : le dossier du patient.

En cas de refus du patient ou du tuteur, si ce refus est mentionné dans le dossier la réponse est **NA**. La réponse **NA** doit être justifiée.

Critère 2 Le patient a quitté l'hôpital avec un rendez-vous auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue.

Source : le dossier du patient.

La réponse est **NA** si le patient a dû être transféré dans un autre établissement en raison de son état somatique, s'il a été hospitalisé en psychiatrie à la suite du premier entretien (le préciser dans ce cas dans les commentaires).

La réponse **NA** doit être justifiée.

Critère 3 Le compte rendu d'hospitalisation prenant en compte les observations psychiatriques est adressé au(x) médecin(s) désigné(s) par le patient dans un délai inférieur à 8 jours suivant la sortie du patient.

Source : le dossier du patient.

Critère 4 Le patient a reçu à sa sortie une information écrite mentionnant les coordonnées d'une structure et de personnes joignables 24 heures/24 en cas de besoin.

Sources : le dossier du patient, l'équipe soignante.

La réponse est **NA** si le patient a dû être transféré dans un autre établissement en raison de son état somatique, s'il a été hospitalisé en psychiatrie à la suite du premier entretien (le préciser dans ce cas dans les commentaires) ou en cas de sortie prématurée du suicidant (sortie contre avis médical, sortie sans autorisation).

La réponse **NA** doit être justifiée.

Critère 5 Le professionnel référent s'est informé de la venue du patient au rendez-vous fixé à sa sortie et a pris les initiatives nécessaires en cas d'absence de celui-ci. Ou selon le cas, les dispositions sont prises pour s'informer de la venue du patient à son rendez-vous, et prendre les initiatives nécessaires en cas d'absence.

Sources : le dossier du patient, l'équipe soignante.

En cas de refus du patient ou du tuteur, si ce refus est mentionné dans le dossier la réponse est **NA**.

La réponse est **NA** si le patient a dû être transféré dans un autre établissement en raison de son état somatique, s'il a été hospitalisé en psychiatrie à la suite du premier entretien (le préciser dans ce cas dans les commentaires) ou en cas de sortie prématurée du suicidant (sortie contre avis médical, sortie sans autorisation).

La réponse **NA** doit être justifiée.

Critère 6 Un professionnel référent a coordonné les évaluations somatiques psychologiques et sociales et les décisions concernant le patient pendant toute la durée de son séjour (la fonction de référent a pu être exercée par deux personnes pour assurer la continuité).

Source : le dossier du patient.

Le référent peut être un médecin, un infirmier ou un psychologue.

Ce critère insiste sur l'importance de la concertation et de la continuité des soins.

Répondre **NA** si le patient a dû être transféré dans un autre établissement en raison de son état somatique, s'il a été hospitalisé en psychiatrie à la suite du premier entretien (le préciser dans ce cas dans les commentaires) ou en cas de sortie prématurée du suicidant (sortie contre avis médical, sortie sans autorisation). La réponse **NA** doit être justifiée.

Critère 7 Toute observation ou intervention fait l'objet d'une trace écrite datée signée dans le dossier du patient pour les critères 1, 2, 3, 4, 5, 6.

Source exclusive : le dossier du patient.

Ce critère apparaît comme redondant mais il spécifie l'importance de la traçabilité pour toute observation ou action.

Répondre **NON** si un seul élément est manquant. La réponse non doit être explicitée : citer les critères déficitaires.

Références

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration. Paris : Anaes ; 2003.
2. Fédération française de psychiatrie. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 19 et 20 octobre 2000. Texte des recommandations. Paris : FFP ; 2000.
3. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Recommandations pour la pratique clinique. Paris : Anaes ; 1998.
4. Ministère des solidarités de la santé et de la famille. Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. *Journal Officiel* 2005 ; 18 : 6730-1.
5. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Manuel d'accréditation des établissements de santé – Deuxième procédure d'accréditation. Paris : Anaes ; 2004.
6. Haute Autorité de santé. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé. Saint-Denis-la-Plaine : HAS ; 2005.
7. Circulaire DGS/SD6C n° 355-2003 du 16 juillet 2003 relative à la stratégie nationale d'actions face aux suicides 2000-2005 : actions à mettre en œuvre par les services déconcentrés pour 2003. *Bulletin Officiel* 2003 ; 36.
8. Circulaire DGS/SD6C n° 2002-271 du 29 avril 2002 relative à la stratégie nationale d'actions face aux suicides 2000-2005 : actions prioritaires pour 2002. *Bulletin Officiel* 2002 ; 25.
9. Circulaire DGS/SD6C n° 2001-318 du 5 juillet 2001 relative à la stratégie nationale d'actions face aux suicides 2000-2005 : actions prioritaires pour 2001. *Bulletin Officiel* 2001 ; 32.
10. Locquet C, Ravineau MJ, Mayault C, Desplanques-Leperre A, Chabot JM. L'audit clinique ciblé pour évaluer les pratiques professionnelles. résultats préliminaires de la mise en œuvre dans les 177 établissements de santé français. *Gest Hosp* 2005 ; 344 : 329-35.
11. Bouet R. L'audit clinique appliqué à la prise en charge hospitalière des jeunes suicidants : bilan d'une expérience. In : Évaluation de programmes en prévention du suicide. Sainte Foy : Presse universitaire du Québec ; EDK ; 2004. p.
12. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviours. *Am J Psychiatry* 2003 ; 160(11 Suppl) : 1-60.
13. Broadstock M. Suicide prevention topic 12 : What is the efficacy of discharge planning protocols, i.e., managing the transition from hospital to community? What should be included in the plan? A critical appraisal of the literature. *NZHTA Report* ; 2002.
14. New Zealand Guidelines Group. The assessment and management of people at risk of suicide. Wellington : NZGG ; 2003.
15. World Health Organization, Health Evidence Network. For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness. Copenhagen : WHO Europe ; 2004.
16. Lemenier-Lelièvre-Gérain MC. La prise en charge des suicidants au CHU d'Angers : étude prospective comparative de l'unité d'accueil des suicidants et des services de médecine [thèse de médecine]. Angers : Faculté de médecine ; 2004.
17. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. *Journal Officiel* 2002 ; 40 : 3040.

18. Ministère de la santé et de la solidarité. Soins infirmiers : normes de qualité. Guide du service de soins infirmiers 2e édition. Paris : Ministère de la santé et de la solidarité ; 2001.
19. Mac Closkey JC, Bulechek GM. Classification des interventions de soins infirmiers. CISI-NIC. Paris : Masson ; 2000.
20. Pascal A, Frécon Valentin E. Diagnostic infirmiers, interventions et résultats. Langage et pratique, 3e édition. Paris : Masson ; 2003.
21. Johnson M, Maas M. Classification des résultats de soins infirmiers. CRSI-NOC. Paris : Masson ; 1999.
22. Nanda A. Diagnostics infirmiers. Définitions et classification 2003-2004. Paris : Masson ; 2004.
23. Lefebvre M, ed. Carpenito LJ. Manuel de diagnostics infirmiers, 5e édition. Paris : Masson ; 1995.

Participants

Groupe de travail ACC et remerciements

Ce document a été rédigé par Mme Madeleine PULTIER et M. le Dr Roland BOUET, référents nationaux sur ce thème d'audit clinique ciblé, sous la coordination du comité de pilotage : Mme le Dr Claudie LOCQUET, Mme Marie-José RAVINEAU, Mme le Dr Catherine MAYAULT et Mme le Dr Armelle DESPLANQUES, chefs de projet à la HAS et de M. le Pr Jean-Michel CHABOT, Responsable du Service Évaluation des Pratiques, avec le concours des assistantes Mme Corinne CAMIER, Mme Karima NICOLA et M. Vincent BON-GEORGES.

Nous remercions :

Les référents du thème « Prise en charge hospitalière des suicidants »

Mme PULTIER Madeleine et M. le Dr BOUET Roland.

Les membres du groupe de travail du thème

M. le Dr PRIVA-PAIN Christiane et M. le Dr CHAINE François-Xavier.

Les référents traitement des données

M. le Dr LAIRY Gérard, Mme le Dr LATHÉLIZE Monique, Messieurs PAPON René et VIGNALLY Pascal.

Les référents des 8 thèmes ACC « Clé en mains »

Mme le Dr BISMUTH Marie-Jeanne et M. René PAPON : Thème SU
« Pose et surveillance des sondes urinaires »

M. le Dr BOUET Roland et Mme PULTIER Madeleine : Thème TSU
« Prise en charge hospitalière des suicidants »

Mme DARMON Marie-José : Thème PSP
« Préparation de la sortie du patient hospitalisé »

Mme le Dr LATHÉLIZE Monique : Thème ATBP
« Antibio prophylaxie en chirurgie de première intention »

Mme le Dr MICHEL Micheline : Thème DPA
« Prise en charge de la douleur chez la personne âgée »

M le Dr PASSADORI Yves : Thème CPPA
« Contention physique de la personne âgée »

Mme PEREZ-RABOISSON Françoise : Thème PARTO
« Évaluation de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme »

Mme THIERY-BAJOLET Roselyne Thème CCI
« Chambres à cathéter implantables »

Les référents méthode

M. le Dr BOURDERONT Dominique, Alsace

M. le Dr FRASIE Jean-Michel, Alsace

M. IDOUX Bernard, Alsace

M. ROUILLON Rodolphe, Alsace

M. le Dr PASSADORI Yves, Alsace

Mme le Dr LAJZEROWICZ Nathalie, Aquitaine

M. le Dr BODIGUEL Éric, Auvergne

Mme le Dr D'ALCHE-GAUTIER Marie-José,
Basse-Normandie

Mme le Dr BISMUTH Marie-Jeanne,
Bourgogne

Mme le Dr COUTTE Marie-Bénédicte,
Bretagne

Mme le Dr MICHEL Micheline, Bretagne

Mme BERTEVAS Catherine, Bretagne

M. le Dr BODIGUEL Éric, Centre

M. PAPON René, Centre

Mme MARTIN Dominique, Champagne-
Ardenne

Mme THIERY-BAJOLET Roselyne,
Champagne-Ardenne

M. le Dr FERRY Jean-Pierre, Franche-Comté

M. le Dr JARRIGE Bruno, Guadeloupe

Mme le Dr D'ALCHE-GAUTIER, Marie-José,
Haute Normandie

Mme BUSSY Catherine, Île-de-France

Mme GABA-LEROY Chantal, Île-de-France

M. le Dr LAIRY Gérard, Île-de-France

Mme le Dr PRIVAT-PAIN Christiane, Île-de-
France

Mme RAVINEAU Marie-José, Île-de-France

M. le Dr SQUARA Pierre, Île-de-France

Mme ROBINEAU Isabelle, Île-de-France

Mme DELEMARRE Josette Île-de-France

Mme RABOISSON Françoise, Languedoc-
Roussillon

Mme le Dr LATHELIZE Monique, Limousin

M. PLANSONT Laurent, Limousin

M. le Dr MIGET Patrick, Lorraine

M. PERISSE Dominique, Midi-Pyrénées

M. le Dr PIGNAL François, Midi-Pyrénées

Mme DEHOORNE Frédérique, Nord-Pas-de-
Calais

Mme SALCZYNSKI Annette, Nord-Pas-de-
Calais

Mme VANHEE-GALOIS Anne, Nord-Pas-de-
Calais

Mme AUDIBERT Claudine, PACA

Mme DARMON Marie-José, PACA

Mme PULTIER Madeleine, PACA

M. le Dr SOUTIF Claude, PACA

Mme le Dr SARTOR Catherine, PACA

M. le Dr STROUMZA Paul, PACA

Mme le Dr BOUTE Catherine, Pays-de-la-Loire

M. le Dr CHAINE Francois-Xavier, Picardie

M. le Dr BOUET Roland, Poitou-Charentes

Mme BERTINI Nicole, Rhône-Alpes

M. le Pr FRANCOIS Patrice, Rhône-Alpes

M. le Dr LEPAPE Alain, Rhône-Alpes

Les coordonnateurs et les équipes professionnelles des établissements de santé

M. le Dr MEISSIREL Gilles, Centre hospitalier de
Mâcon, MÂCON

Mme le Dr DEJEAN Yasmina, Centre hospitalier
universitaire, BREST

Mme GUILLOU Anne-Marie, Centre hospitalier de
Guingamp, GUINGAMP

Mme BIRRIEN Jeannine, Centre hospitalier de
Cornouaille, QUIMPER

M. GOUEREC, Centre hospitalier, QUIMPERLE

Mme NICOLLE Françoise, Clinique de l'Espérance,
RENNES

M. le Dr PARIS Pierre, Centre hospitalier Général
de Dreux – Hôpital Victor JOUSSELIN, DREUX

Mme le Dr AMIR Dominique, Centre hospitalier de
Vendome, VENDÔME

Mme CHEVALLOT Nathalie, Centre hospitalier,
ROMILLY SUR SEINE

Mme ROVELLI Jeannie, Clinique Médicale du
Parc, CERGY PONTOISE

Mme PERRIER Béatrice, Hôpital Simone VEIL –
G.H Eaubonne-Montmorency, EAUBONNE

M. GROTUS Jean-Pierre, CHS FONDATION
VALLEE, GENTILLY

Mme le Dr DEGUILLENCHMIDT Caroline, CHS
FONDATION VALLEE, GENTILLY

M. le Dr GOUPY François, Hôpital Hôtel-dieu – AP
HP, PARIS

Mme le Dr GARDEL Bérénice, Hôpital FOCH,
SURESNES

M. le Dr LOIRAT Philippe, Hôpital FOCH,
SURESNES

M. le Dr FARGEAS Xavier, Centre hospitalier René
Dubos, CERGY-PONTOISE

Mme le Dr CHAILLET, Centre hospitalier de
Versailles – Hôpital André Mignot, LE CHESNAY

M. le Dr JALLADE Clément, Centre hospitalier de
Versailles – Hôpital André Mignot, LE CHESNAY

M. le Dr BORRIONE Olivier, Clinique Belle Rive,
VILLENEUVE-LEZ-AVIGNON

M. le Dr GAUBERT Robert, Clinique du Pré,
THEZA

Mme DESREUMIEUX Frédérique, Clinique des
Cèdres, CORNEBARIEUX

Mme TISSERON Martine, Centre Hospitalier,
CANNES

Mme le Dr PICHENE Catherine, Centre
psychothérapeutique de Nancy-Laxou, LAXOU
cedex

Mme DUCATEL Marie-Hélène, Clinique de
Beaupuy, BEAUPUY

Mme GARDOUD Christine, Centre hospitalier
de Denain, DENAIN

M. le Dr CATTEAU Jacques, Clinique de
l'Escrebieux, ESQUERCHIN

Mme LOUCHART Aude, Clinique de
l'Escrebieux, ESQUERCHIN

M. le Dr MORAWSKI Piotr, Centre hospitalier de
Fourmies, FOURMIES

M. GRASSET Patrick, Centre hospitalier
d'Avignon, AVIGNON

Mme TONELLOT Dominique, Centre hospitalier
de Cannes, CANNES

Mme RENAUD Marie-Hélène, Assistance
Publique – Hôpitaux Marseille, MARSEILLE

M. le Dr CHABANNES Jean-Marc Assistance
Publique – Hôpitaux Marseille, MARSEILLE

Mme le Dr POIRIER Marie-Hélène, Centre
hospitalier du Mans, LE MANS

Mme DUPLOYÉ Yasmine, Clinique Eugénie,
Pierrefonds

Mme le Dr LEVY Diane, Centre hospitalier
universitaire Henri Laborit, POITIERS

Mme LUCAS Sandrine, Centre hospitalier
universitaire Henri Laborit, POITIERS

Mme le Dr VILLEMONTAIX Véronique, Centre
hospitalier Nord-Deux-Sèvres, PARTHENAY

Mme MOREL Fabienne, Centre hospitalier de la
Région d'Annecy, ANNECY

Mme LOMBARD Marcelle, Centre hospitalier
d'Annonay, ANNONAY

Mme LECAPLAIN Sabrina, Clinique LE
SERMAY, HAUTEVILLE-LOMPNES

Mme MEJEAN Chantal, Centre hospitalier de
Romans – Hôpitaux Drôme Nord, ROMANS-
SUR-ISERE

M. le Dr GADIOLET Yves, Centre hospitalier,
TARARE

M. ZAMORA Bertrand, Centre Hospitalier,
POITIERS