

Prise en charge intensive dans les soins de psychiatrie adulte

Recommandations



Prise en charge intensive dans les soins de psychiatrie adulte: recommandations

Les présentes recommandations pour la prise en charge intensive dans les soins en psychiatrie sont disponibles sur le site de la Société scientifique Soins en psychiatrie (SSS-Psy).
www.vfp-apsi.ch/fr/societes-scientifiques/ss-soins-en-psychiatrie

©SSS-Psy 2020

Ces recommandations seront évaluées et adaptées en 2024, sur mandat de la Société scientifique Soins en psychiatrie.

Les organisations suivantes recommandent de tenir compte de ces recommandations:

- Association suisse des cadres infirmiers en psychiatrie (VPPS)
- Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI)
- VDPS Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz
- Swiss Mental Healthcare



Éditeur

Société scientifique Soins en psychiatrie de l'Association suisse pour les sciences infirmières (APSI)
La Maison des Académies
Laupenstrasse 7
CH-3001 Berne

psychiatrie@vfp-apsi.ch

www.vfp-apsi.ch/fr/societes-scientifiques/ss-soins-en-psychiatrie

Graphisme

Papyrus & Ink, 5200 Brugg

Traduction

Françoise Taillens

Edition

1ère édition, avril 2020, traduit de la 2ième édition en allemand.

Référence pour citation

Société scientifique Soins en psychiatrie (SSS-Psy) de l'Association suisse pour les sciences infirmières (APSI) (éd.). (2020, 1ère édition). Prise en charge intensive dans les soins de psychiatrie adulte: recommandations. Berne: auteur.

Contenu

Préambule	3
1. Champ d'application	4
2. Concepts de base	4
3. Cadre juridique et économique	5
3.1 Incapacité de discernement	6
3.2 Financement	6
4. Principes	7
4.1 Indications	7
4.2 Contre-indications	8
4.3 Ordre et levée des mesures de prise en charge intensive	8
4.4 Ressources	9
4.5 Qualifications professionnelles	9
5. Mise en œuvre de la prise en charge intensive dans les soins en psychiatrie	10
5.1 Objectif	10
5.2 Réalisation	11
5.3 En permanence ou à intervalle	11
5.4 Durée et vérification	11
5.5 Débriefing	12
Annexe I: Indicateurs de qualité pour la mise en œuvre des recommandations	13
Bibliographie	16
A propos de l'élaboration de ces recommandations	18

Préambule

La prise en charge intensive en psychiatrie s'effectue auprès de personnes en situation de crise et de troubles psychiques extrêmes. Il s'agit d'une intervention spécifique visant à établir une relation thérapeutique, à désamorcer la situation, à protéger la personne concernée contre elle-même ou à protéger des tiers (Sturny & Hell, 2007).

La prise en charge intensive en psychiatrie peut se réaliser de différentes façons, avec une durée et des intensités thérapeutiques variables. Il peut s'agir d'un contact périodique avec la personne en situation de crise psychique ou d'un accompagnement individuel constant (Hemkendreis, Löhr, Schulz & Nienaber, 2013; NICE, 2015). Les interventions visant à établir une relation de confiance et à offrir protection et sécurité sont toujours privilégiées (Zehnder, Rabenschlag & Panfil, 2015; Hagen, Hjelmeland & Knizek, 2017). Dans la pratique en Suisse et au niveau international, il n'existe pas de consensus sur la manière de réaliser ces interventions (Hemkendreis et al., 2013; Nienaber, Löhr, Hemkendreis & Schulz, 2013), ni sur les qualifications requises pour les professionnels qui réalisent ce soin spécifique (Lienhardt, Rabenschlag & Panfil, 2018; Nienaber, Schulz, Hemkendreis & Löhr, 2013a).

La prise en charge intensive en psychiatrie s'effectue (1) d'entente avec la personne concernée, (2) en tant qu'intervention basée sur la relation visant la désescalade et la diminution des actes d'agression et de violence, ou (3), en cas de mesures prises contre la volonté de la personne concernée, en tant qu'intervention à des fins de protection et de sécurité des personnes impliquées (Lang, 2013; Nienaber, Hemkendreis, Löhr & Schulz, 2013; Stewart & Bowers, 2012). La prise en charge intensive en psychiatrie constitue une atteinte à la vie privée de la personne concernée. Selon l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM, 2015), elle fait partie des mesures de restriction de la liberté lorsque la personne concernée, capable de discernement à cet égard, ne donne pas son consentement.

En raison de la diversité des prises en charge psychiatriques et des orientations possibles et au vu de l'absence de consensus à ce sujet, des discussions et des questionnements d'ordre éthique ont lieu régulièrement en lien avec les principes fondamentaux d'autonomie, de bienveillance et de non-malfaisance. Les présentes recommandations offrent pour la première fois des éléments fondamentaux de base qui permettent de réaliser des prises en charge intensives en psychiatrie de manière plus transparente, réfléchie et ciblée.

1. Champ d'application

Les présentes recommandations relatives à la prise en charge intensive en psychiatrie concernent principalement la psychiatrie adulte en milieu hospitalier, la littérature scientifique actuelle à ce sujet se référant essentiellement à ce contexte de soins. Néanmoins, les professionnels d'autres milieux de soins peuvent utiliser ces recommandations comme guide, en tenant compte des différents cadres juridiques et institutionnels respectifs. Les mêmes obligations de diligence s'appliquent dans tous les contextes et lieux de soins.

Les recommandations s'adressent aux groupes cibles suivants :

- Aux professionnels impliqués dans la prise en charge de personnes atteintes de troubles psychiques (en particulier aux infirmières et infirmiers, assistants en soins et santé communautaires ASSC, psychiatres, psychologues).
- Aux personnes en situation de crise psychique avec une mise en danger pour elles-mêmes ou des tiers ainsi que leurs proches.
- Aux décideurs politiques, aux personnes impliquées dans la gestion d'une institution psychiatrique (par ex. dans la gestion des risques) et au grand public.

Ces recommandations seront revues tous les cinq ans et actualisées si nécessaire par la Société scientifique Soins psychiatriques.

2. Concepts de base

Dans le monde anglophone, les termes «continuous special observation», «constant observation», «maximum observation», «one-to-one» et «intermittent observation» sont utilisés pour la prise en charge intensive en psychiatrie (Janofsky, 2009). Ces termes se réfèrent à la durée ou au tournus de l'observation et ne donnent aucune précision quant à la réalisation ou la qualité de la prise en charge. Il n'existe pas de définition précise dans le monde germanophone. Des experts allemands utilisent le même terme général de «Intensivbetreuung» (Hemken-dreis et al., 2013 ; Nienaber et al., 2013a), traduit par «prise en charge intensive». La «directive S3 Dépression» de la Société allemande pour la psychiatrie, psychothérapie et psychosomatique (DGPPN Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) recommande de prodiguer des soins relationnels dans une situation de crise suicidaire sous forme d'accompagnement en termes de communication et de contrôle (DGPPN, 2015).

Dans les présentes recommandations, le terme «prise en charge intensive en psychiatrie» est utilisé car il englobe différentes désignations et formes comme les veilles, la surveillance ou les soins individuels prodigués par un professionnel pour un seul patient (1:1).

La prise en charge intensive en psychiatrie comprend des interventions individuelles proposées pour surmonter une crise. Ce sont des interventions thérapeutiques efficaces, basées sur la relation et qui sont acceptées par la personne concernée. La création d'une relation constitue l'élément essentiel de ces interventions.

En tant qu'intervention dans le cadre de mesures non volontaires ou dans certaines autres situations, la prise en charge en psychiatrie peut être utilisée dans une intention sécuritaire pour prévenir autant que possible les comportements autodestructeurs ou pour protéger des tiers.

D'une manière générale, l'objectif de la prise en charge intensive en psychiatrie est de réaliser une intervention basée sur la relation.

3. Cadre juridique et économique

La prise en charge intensive en psychiatrie, qu'elle soit décidée d'un commun accord avec la personne concernée ou non, peut représenter une restriction considérable de sa vie privée. Ce fait doit également être pris en compte même lorsque la prise en charge intensive en psychiatrie est convenue conjointement avec la personne concernée et s'effectue ainsi sur une base volontaire et axée sur la relation pour surmonter une crise.

La prise en charge intensive en psychiatrie non volontaire ne correspond pas à un traitement médical sous la contrainte au sens de la loi sur la protection des adultes, mais il peut s'agir le cas échéant d'une mesure limitant la liberté de mouvement (art. 383 et art. 438 du Code civil suisse, 2008). Par conséquent, l'atteinte à la vie privée, associée à la surveillance et au contrôle de la personne en situation de crise psychique, nécessite toujours d'être justifiée et argumentée sur le plan professionnel et doit se limiter aux interventions strictement nécessaires.

3.1 Incapacité de discernement

La loi concernant la protection de l'enfant et de l'adulte (LPEA), entrée en vigueur en Suisse en 2013, régit les mesures médicales en cas d'incapacité de discernement. Elle s'applique également le cas échéant à la prise en charge intensive en psychiatrie. Pour les mesures médicales, la loi stipule que pour une personne incapable de discernement, une personne habilitée à la représenter (un parent ou un curateur avec droit de représentation) doit prendre la décision en son nom (articles 377 et 378 du Code civil suisse, 2008). Pour les personnes qui font l'objet d'une mesure de placement à des fins d'assistance et de traitement et qui sont placées en institution de soins contre leur gré (PAFA, article 426 et suivants du Code civil suisse, 2008), le médecin-chef du service peut prescrire le traitement médical adapté au trouble psychique, en particulier le traitement médicamenteux (article 433 et 434 du Code civil suisse, 2008). En revanche, les mesures visant à restreindre la liberté de mouvement (telles que le cas échéant la prise en charge intensive en psychiatrie) sont soumises en principe aux mêmes règles que celles qui s'appliquent aux personnes qui ne sont pas placées dans une institution à des fins d'assistance (article 438 du ZGB, 2008). Dans tous les cas, il s'agit de chercher à connaître la volonté présumée de la personne capable de discernement et de la respecter dans la mesure du possible.

3.2 Financement

En Suisse, la tarification des soins stationnaires basée sur les coûts selon la Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) va offrir à partir de 2021 une base de financement qui précise que la «prise en charge 1:1 simultanée de troubles psychiques et psychosomatiques (...) en psychiatrie adulte» (ici assimilés à la prise en charge intensive en psychiatrie) doit être assurée par des professionnels formés. Il s'agit d'une «Équipe multiprofessionnelle sous la direction d'un médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie. Personnel infirmier psychiatrique diplômé ou psychothérapeutes psychologues ou personnel infirmier sous la responsabilité/surveillance du personnel infirmier psychiatrique diplômé.» (code CHOP 94.3D, OFS, 2019, p. 357). Cette directive de la Classification suisse des interventions chirurgicales vise à répondre aux exigences de qualité en termes relationnels lors d'une prise en charge intensive en psychiatrie au sens des recommandations présentées ici. En Suisse, le tarif d'indemnisation des différents codes CHOP est actuellement déterminé dans le cadre du système de financement TarPsy, la structure tarifaire qui couvrira tous les domaines de prestations stationnaires de la psychiatrie (SwissDRG SA, 2016).

Dans la mesure du possible, il convient de travailler avec les membres de l'équipe de soins et de traitement de l'institution concernée en raison du caractère relationnel de la prise en charge intensive en psychiatrie et compte tenu des coûts élevés liés à l'engagement éventuel de personnel externe supplémentaire.

Nous recommandons d'utiliser les ressources en personnel de l'équipe de soins et de traitement de l'institution concernée pour réaliser la prise en charge intensive en psychiatrie.

4. Principes

4.1 Indications

Une prise en charge intensive en psychiatrie est indiquée pour mettre fin à une situation de crise psychique aussi rapidement que possible. Elle implique d'intensifier les contacts avec la personne en crise et de lui prodiguer des soins et un accompagnement intensifs. Elle comprend aussi des aspects de protection. En tant que mesure de désescalade, la prise en charge intensive en psychiatrie sert à prévenir des incidents violents ou permet de passer à des formes de traitement moins invasives.

L'indication d'une prise en charge intensive en psychiatrie est posée de manière rigoureuse en se basant sur l'état clinique actuel, la situation individuelle et l'expérience de la personne concernée ainsi que sur les facteurs de mise en danger imminente (ASSM, 2015). Des instruments d'évaluation standardisés ainsi que des conventions de traitement et des plans d'urgence, s'ils existent, sont également utilisés afin de garantir une planification appropriée et proportionnée de l'intervention (DGPPN, 2010, 2015).

La prise en charge intensive en psychiatrie s'applique notamment dans les situations de crise psychique suivantes (Bowers, Dack & Gul, 2011 ; Kettles, Moir & Woods, 2004 ; NICE, 2015 ; Löhr, Schulz, Hemkendreis, Björkdahl & Nienaber, 2013 ; Shugar & Rehaluk, 1990 ; Scheydt, 2016 ; SAMW, 2015 ; Ray, Perkins, Roberts & Fuller, 2016 ; Lienhardt et al. , 2018):

- tendance suicidaire aiguë,
- confusion aiguë,
- peur, crise d'angoisse
- risque accru de violence et d'agression,
- risque accru de fugue,
- tension extrême,
- surcharge sensorielle.

Les processus de décision préalables se basent sur les directives médico-éthiques de l'ASSM («Mesures coercitives en médecine», 2005, chapitre 4.2.1) lorsque la prise en charge intensive en psychiatrie est effectuée dans le cadre de mesures de contention qui répondent aux critères de grave danger menaçant la vie ou l'intégrité corporelle de la personne concernée ou d'un tiers, conformément à la loi suisse sur la protection des adultes (art. 383 et art. 438 du Code civil suisse, 2008). Toutes les alternatives de traitement possibles doivent avoir été exploitées avant qu'une mesure de contention soit appliquée. Il faut également avoir fait une analyse de tous les risques et avantages inhérents à la situation concrète. Si elles existent et sont connues, les directives anticipées du patient/de la patiente sont respectées autant que possible. Même sans l'existence de directives anticipées, la volonté présumée de la personne concernée doit être clarifiée et prise en considération dans la mesure du possible.

4.2 Contre-indications

Les décompensations, les automutilations et les agressions envers autrui peuvent survenir dans le cadre de divers tableaux cliniques. Elles ne nécessitent toutefois pas toujours une prise en charge intensive en psychiatrie. Les personnes souffrant de troubles de la personnalité en particulier seront traitées si possible en milieu ambulatoire ou stationnaire spécialisé (Euler, Dammann, Endtner et al., 2018). Dans le cas du trouble de la personnalité de type borderline, par exemple, un séjour en milieu stationnaire peut s'avérer approprié pour une intervention de crise visant à stabiliser la personne ou à la préparer à un traitement ambulatoire; ce séjour doit toutefois se faire en milieu ouvert et être d'une durée aussi courte que possible (Euler et al., 2018).

Sur la base des connaissances et expertises à disposition (littérature scientifique et avis d'experts), la prise en charge intensive en psychiatrie ne doit pas se faire si, une fois la crise surmontée, elle ne contribue pas à la promotion de stratégies de rétablissement.

4.3 Ordre et levée des mesures de prise en charge intensive

Mis à part le diagnostic, un entretien individuel avec la personne concernée sert en premier lieu de base décisionnelle pour ordonner ou mettre fin à la prise en charge intensive en psychiatrie (Addo, McKie, Kettles et al., 2010 ; Nolan, Watson & Khoo, 2017). La planification du traitement, les éventuelles directives anticipées, ou un autre document personnel de ce genre, ainsi que l'évaluation interprofessionnelle apportent des informations supplémentaires à prendre aussi en considération. En outre, l'utilisation d'instruments d'évaluation validés est recommandée pour évaluer les risques de mise en danger pour la personne concernée et les tiers (Duffy, 1995), par exemple l'échelle d'évaluation globale du risque de suicide (Nurses Global Assessment of Suicide Risk Scale - NGASR) (Abderhalden, Grieser & Kozel, 2005), la «Pictorial Representation of Illness and Self Measure Suicidality PRISM-S» (Harbauer, Ring, Schuetz, Andreae & Haas, 2013), ou la «Brøset violence Checklists» (Abderhalden, Needham & Dassen, 2006). De plus, les soins qui seront prodigués ultérieurement à la personne ont déjà été planifiés lorsque l'ordre de prise en charge intensive est donné.

La prise en charge intensive en psychiatrie, en tant que variante de la désescalade basée sur la relation, relève de la responsabilité des soins infirmiers. Elle est mise en place dans le cadre de la pratique quotidienne. En règle générale, l'ordre médical est requis lorsqu'elle s'effectue contre la volonté du patient/de la patiente, dans le cadre d'une mesure de restriction de sa liberté de mouvement (voir chapitre 3). Ce sont essentiellement des infirmières et infirmiers qui sont impliqués dans sa mise en œuvre. Des psychologues, des médecins, des étudiants en stage, des assistants en soins et santé communautaire (ASSC) ou d'autres professionnels de la santé peuvent toutefois également y participer. La prise en charge intensive en psychiatrie fait ainsi partie du traitement interprofessionnel. Les présentes recommandations s'adressent par conséquent à tous les professionnels qui ordonnent ou dispensent une prise en charge intensive.

La levée des mesures de prise en charge intensive en psychiatrie repose sur une nouvelle évaluation - également basée sur une discussion personnelle avec la personne concernée, l'évaluation interprofessionnelle de sa capacité à donner un consentement, les résultats de l'évaluation professionnelle de la situation et l'appréciation interprofessionnelle.

La prise en charge et le traitement des patients en situation de crise psychique sont marqués entre autres par la culture de l'institution ou de l'équipe. Par conséquent, la prise en charge intensive en psychiatrie résulte d'un processus de décision entre le patient/la patiente et les professionnels dans le cadre d'un mandat de traitement (Barnicot, Insua-Summerhayes, Plummer, Hart, Barker & Priebe (2017). Il faut toujours choisir l'intervention qui sera la moins éprouvante pour le patient/la patiente (ASSC, 2015).

4.4 Ressources

Les institutions sont tenues de mettre à disposition les ressources spécialisées, structurelles et en personnel nécessaires. En raison de l'orientation relationnelle de la prise en charge intensive en psychiatrie, celle-ci est assurée dans la mesure du possible par l'équipe chargée des soins au patient/à la patiente. Des conditions ergonomiques doivent également être remplies afin de favoriser les possibilités d'interactions personnelles (Hagen et al. 2017; Flynn, Nyathi, Tham et al. 2017). En outre, il est recommandé de recourir à des interprètes en cas de difficulté de communication dues à un manque de connaissances linguistiques. Il s'agit aussi d'assurer la prise en charge par des professionnels du même sexe que le patient ou la patiente.

4.5 Qualifications professionnelles

Les professionnels impliqués dans la prise en charge intensive en psychiatrie ont suivi une formation spécialisée et sont à même de soutenir les personnes en situation de crise psychique pour qu'elles puissent développer des stratégies de rétablissement (Chu, 2014, Nienaber et al., 2013a, Flynn et al., 2017, Holyoake, 2013). Un diplôme en soins infirmiers est requis comme exigence minimale pour la mise en œuvre de mesures de prise en charge intensive en psychiatrie. En outre, d'autres professionnels de la santé disposant de compétences en communication, en désescalade et en coopération peuvent également y participer. Les personnes qui ne sont pas qualifiées ainsi que les professionnels et les stagiaires qui ne sont pas suffisamment qualifiés ou expérimentés doivent être encadrés étroitement par un professionnel ayant les qualifications appropriées.

5. Mise en œuvre de la prise en charge intensive dans les soins en psychiatrie

5.1 Objectif

L'objectif d'une prise en charge intensive en psychiatrie vise à établir une relation de soutien efficace dans un environnement bienveillant et de surmonter une crise. Celle-ci a pour priorité que la personne concernée retrouve la confiance et l'assurance nécessaire au sens du concept de rétablissement (Amering et Schmolke, 2012), et puisse développer des stratégies visant le rétablissement.

Dans certaines situations, des interventions sécuritaires ont pour but de prévenir autant que possible les comportements ou passages à l'acte autodestructeurs ou de protéger des tiers. Cependant, puisque même avec cette forme d'intervention (surveillance constante, niveau A, voir chapitre 5.3), les suicides ne peuvent pas être complètement évités (Flynn et al., 2017), l'objectif de la prise en charge intensive est d'intervenir en se basant sur l'institution d'une relation.

En termes d'efficacité (art. 32 LAMal), la prise en charge intensive en psychiatrie doit permettre d'atteindre au moins certains des objectifs suivants (Hohl & Rabenschlag, 2018):

- a. prévenir le suicide lors d'une crise psychique,
- b. réduire la fréquence ou la gravité des automutilations,
- c. prévenir ou réduire les traitements forcés,
- d. créer durablement une relation thérapeutique,
- e. inciter à envisager un milieu de soins ouvert,
- f. assurer une désescalade et donner des soins précoces et respectueux au patient/à la patiente qui présente un risque de mise en danger d'autrui,
- g. mettre en place les premières étapes d'une prise en charge en vue d'une meilleure intégration de la personne ayant un trouble du comportement social (comportement difficile, attitude de défi) (selon l'article 383 du code civil suisse).

5.2 Réalisation

La réalisation de la prise en charge intensive en psychiatrie se fait dans la mesure du possible d'entente avec la personne concernée et en tenant compte des conditions cadres actuelles. Les mesures ou concepts spécifiques appliqués dépendent de l'objectif visé (voir chapitre 5.1). Conformément au continuum sur lequel se trouve la prise en charge intensive en psychiatrie, il est possible de réaliser des interventions aussi bien thérapeutiques que sécuritaires.

- Les contenus de la relation thérapeutique sont: exprimer son intérêt et ses inquiétudes, offrir un contact, impliquer les personnes importantes et transmettre de l'espoir et un sentiment de confiance et de proximité (Nienaber et al., 2013, Hagen et al., 2017).
- Dans les interventions qui visent en priorité à assurer la sécurité, des formes de contrôle peuvent être utilisées sans avoir un contact étroit avec la personne concernée, par exemple en restant assis à côté de la porte.

5.3 En permanence ou à intervalle

La prise en charge intensive en psychiatrie se caractérise par l'implication de certains professionnels désignés pour une durée variable à différents endroits d'une unité.

Sa mise en œuvre se répartit en trois niveaux:

- A : contact constant et proximité physique,
- B : contact constant, mais pas toujours à proximité physique (par ex. à portée de voix et/ou à proximité visuelle),
- C : contact par intermittence, la personne concernée étant visitée à intervalle fixe.

5.4 Durée et vérification

Plus des trois quarts des prises en charge intensive en psychiatrie réalisées en Suisse alémanique durent huit heures ou plus (Lienhardt et al., 2018). Actuellement, il n'existe ni lignes directrices ni résultats de recherche sur la durée d'une prise en charge intensive en psychiatrie dans son ensemble. Toutefois, comme la prise en charge intensive en psychiatrie constitue une intervention dans la sphère privée de la personne concernée, il est recommandé de ne pas y recourir plus longtemps que le strict nécessaire (Nienaber et al., 2013). La nécessité d'une mesure d'isolement doit être réévaluée toutes les deux heures (NICE, 2015). Étant donné que la prise en charge intensive peut également se dérouler dans le cadre de mesures d'isolement, il est recommandé qu'une réévaluation toutes les deux heures se fasse pour toutes les prises en charges intensives en psychiatrie.

5.5 Débriefing

La prise en charge intensive en psychiatrie peut être vécue de manière négative autant par les patients que par les infirmières et infirmiers (Ashaye & Ikkos, 1997 ; Cardell & Pitula, 1999 ; Fletcher, 1999 ; Neilson & Brennan, 2001). Les patients peuvent éprouver de la colère, du découragement, de la peur et de la détresse, mais aussi se sentir en sécurité et éprouver de la satisfaction, du bien-être, du respect, de la reconnaissance et de l'espoir. Les professionnels impliqués peuvent considérer cette prise en charge intensive de manière positive ou la percevoir comme stressante et frustrante et l'associer à beaucoup de responsabilité en raison de la nécessité de leur présence constante (Ashaye et al., 1997, Hagen et al., 2017). La manière positive ou négative dont les professionnels considèrent la prise en charge intensive semble avoir une influence sur la façon dont les patients vivent cette prise en charge (Cardell & Pitula, 1999).

Toutes les prises en charges intensives dans les soins en psychiatrie doivent faire l'objet d'une discussion ultérieure avec les personnes impliquées afin que celles-ci puissent s'exprimer sur les effets voulus et souhaités et désamorcer les éventuels effets indésirables de cette intervention. Si nécessaire, les proches sont inclus dans le débriefing.

Les éléments déclencheurs, le déroulement, les résultats et le débriefing de la prise en charge intensive dans les soins en psychiatrie sont documentés avec précision, en tenant compte des aspects liés aux actions et au vécu, tant du point de vue des patients concernés que de celui des professionnels.

Les prises en charge intensives en psychiatrie qui ont été réalisées sont évoquées régulièrement lors de discussions de cas et de supervisions.

Annexe I: Indicateurs de qualité pour la mise en œuvre des recommandations

Structures, processus et résultats de la prise en charge intensive dans les soins en psychiatrie

Le tableau ci-dessous permet aux institutions d'examiner dans quelle mesure elles remplissent les conditions nécessaires pour appliquer les recommandations concernant la prise en charge intensive en soins de psychiatrie adulte. Les conditions en termes de structure, de processus et de résultat présentées ci-dessous ne sont pas exhaustives.

Conditions institutionnelles et organisationnelles

Structure	Processus	Résultat
Conditions nécessaires pour assurer la prise en charge intensive	Type et volume de soins	Résultats des soins en termes de santé et de satisfaction du patient/de la patiente
L'institution dispose d'un concept de soins interprofessionnels pour la prise en charge intensive.	Le concept de soins interprofessionnels est distribué dans l'institution; il est évalué régulièrement et retravaillé par un groupe désigné de collaborateurs.	<ul style="list-style-type: none"> - Les tâches, compétences et responsabilités de l'équipe interprofessionnelle et les ressources nécessaires à cet effet sont définies. La procédure de collaboration avec les autres acteurs (police, ministère public, ambulanciers, services d'urgence et de médecine somatique, médecins de premier recours et services psychiatriques, APEA, etc. - Des possibilités de réflexion (par ex. supervision ou intervision) sont offertes aux membres de l'équipe interprofessionnelle. - Des professionnels spécialisés sont à disposition pour soutenir les collaborateurs non qualifiés.
Sur la base des chiffres clés et du mandat de prise en charge de l'institution, des moyens financiers sont prévus dans la planification budgétaire pour assurer les soins intensifs.	La planification et le contrôle sont effectués selon les processus budgétaires de l'institution.	Une prise en charge intensive peut être effectuée si nécessaire.
Une infrastructure appropriée est en place pour assurer la prise en charge intensive.		L'environnement répond au besoin accru de sécurité et de protection du patient/ de la patiente.

Structure	Processus	Résultat
Conditions nécessaires pour assurer la prise en charge intensive	Type et volume de soins	Résultats des soins en termes de santé et de satisfaction du patient/de la patiente
Un système de documentation est en place pour saisir les indications, les progrès et l'évaluation de la prise en charge intensive.		Les indications, le déroulement et l'évaluation de la prise en charge intensive sont enregistrés. Des chiffres sur la fréquence, les circonstances et l'efficacité des soins sont disponibles dans l'institution.
L'institution dispose d'un système interprofessionnel de gestion des connaissances pour les contenus et les objectifs de la prise en charge intensive.	Des formations continues sur ce thème ont lieu régulièrement.	Les professionnels qui assurent la prise en charge intensive disposent des connaissances spécialisées nécessaires.
L'institution définit la responsabilité décisionnelle et les possibilités d'action autant pour les prises en charge intensives volontaires que pour celles qui limitent la liberté de mouvement.		Les responsabilités et la manière de répartir les délégations entre le secteur médical et le secteur infirmier sont convenues au niveau du service autant pour les prises en charge intensives volontaires que pour celles qui limitent la liberté de mouvement.
L'institution détermine les formes de prise en charge intensive dispensées.	Les offres de prise en charge intensive qui peuvent être dispensées dans l'institution sont définies.	Le service dispense différentes formes de prise en charge intensive basées sur une relation thérapeutique.

Conditions cliniques

Structure	Processus	Résultat
L'institution détermine les instruments d'évaluation et de détection valables.	<p>Lors de l'entretien d'admission et pendant les soins, l'équipe interprofessionnelle évalue les risques suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tendance suicidaire aiguë - confusion aiguë, - peur, crise d'angoisse, - risque accru de violence et d'agression, - risque accru de fugue, - tension extrême, - surcharge sensorielle. <p>L'équipe utilise les instruments d'évaluation appropriés disponibles dans le service (par ex. Suicidal Patient Observation Chart, SPOC, BVC, etc.).</p>	Au début de la prise en charge et en cours de prise en charge, une documentation systématique est effectuée pour l'évaluation individuelle des risques.

Structure	Processus	Résultat
La collaboration et la communication interprofessionnelles sont mises en œuvre de manière participative. Une évaluation interprofessionnelle est effectuée dans un délai approprié lorsque des risques sont identifiés.	Une décision est prise quant à l'intensité et la durée de la prise en charge intensive lorsque des risques sont identifiés. La mesure sera modifiée, intensifiée, assouplie ou levée selon les besoins lorsque les risques se modifient.	La décision de faire une prise en charge intensive est prise.
Le professionnel/la professionnelle responsable de la prise en charge intensive dispose de connaissances actualisées sur la promotion de l'espoir, l'implication du patient/de la patiente dans le processus de soins, l'empowerment, les concepts de rétablissement, la communication en situation de crise, etc.	La prise en charge intensive est conçue comme une offre thérapeutique efficace, basée sur la relation et orientée vers le patient/ la patiente.	<p>Selon les besoins, le service met à disposition des ressources en personnel pour la prise en charge intensive; elle veille à ce qu'une prise en charge spécialisée soit assurée qui réponde aux besoins du patient ou de la patiente.</p> <p>Grâce à la prise en charge intensive par des professionnels compétents, les principes éthiques fondamentaux d'autonomie, de bienveillance et de non-malfaisance sont respectés le plus possible.</p>
Le système de documentation offre la possibilité de documenter l'efficacité de la prise en charge intensive.	L'infirmière/ l'infirmier (ou le professionnel concerné/la professionnelle concernée) documente et évalue systématiquement et en temps réel l'efficacité des interventions. À cette fin, elle utilise les instruments utilisés pour l'évaluation des risques.	La documentation de chaque prise en charge intensive dispensée comprend au moins les motifs de l'intervention, une description de son déroulement et les contenus principaux du débriefing.
<p>L'infirmière/l'infirmier en charge de la prise en charge intensive est autorisé à la planifier et à l'effectuer.</p> <p>Le choix du type de prise en charge intensive (constante, contacts périodiques, prise en charge indirecte) se fait en tenant compte de l'objectif thérapeutique, de la préférence du patient/de la patiente et des ressources disponibles.</p>		La mise en œuvre des interventions prévues est garantie.
L'institution dispose d'un concept de suivi après une crise.	Un membre de l'équipe soignante effectue le débriefing avec le patient/ la patiente. Au cours de cet entretien, l'adaptation du plan de crise est examinée.	<p>Les patients peuvent raconter comment ils ont vécu la prise en charge intensive.</p> <p>Ils comprennent rétrospectivement la dynamique mise en œuvre pour leur prodiguer des soins visant à leur permettre de surmonter leur situation de crise.</p>

Bibliographie

- Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T. (2006). Predicting inpatient violence using an extended version of the Broset-Violence-Checklist: instrument development and clinical application. *BMC Psychiatry*; 6.
- Abderhalden, C., Grieser, M., Kozel, B. (2010). Wie kann der pflegerische Beitrag zur Einschätzung der Suizidalität systematisiert werden? *Psych Pflege Heute*; 11: 160–164.
- Addo, M. A., McKie, A., Kettles, A. M. (2010). Are nurses empowered to make decisions about levels of patient observation in mental health? *NursTimes*; 106: 26–28.
- Amering, M., Schmolke, M. (2012, 5. Aufl.). *Recovery: das Ende der Unheilbarkeit*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Ashaye, K., Ikkos, G. (1997). Study of effects of constant observation of psychiatric in-patients. *Psychiatric Bulletin* 21; 145–147.
- Barnicot, K., Insua-Summerhayes, B., Plummer, E., Hart, A., Barker, C., Priebe, S. (2017). Staff and patient experiences of decision-making about continuous observation in psychiatric hospitals. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 4(52): 473–483.
- Bowers, L., Dack, C., Gul, N. et al. (2011). Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: an analysis of data from the National Patient Safety Agency. *Int J Nurs Stud*; 48: 1459–1465.
- Bowers L., Cullen AE., Achilla E., Baker J. et al. (2017). Seclusion and Psychiatric Intensive Care Evaluation Study (SPICES): combined qualitative and quantitative approaches to the uses and outcomes of coercive practices in mental health services. *Health Serv Deliv Res* 2017; 5(21).
- Bundesamt für Statistik BFS (2019). Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP). Systematisches Verzeichnis – Version 2020. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG, (1994, Stand 2015). Website. Zugriff: 20.04.2019: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/201501010000/832.10.pdf>.
- Cardell, R., Pitula, C.R. (1999). Suicidal inpatients' perceptions of therapeutic and nontherapeutic aspects of constant observation. *Psychiatric Services*; 50: 1066–1070.
- Chu, S. (2014). What do we know about special observations in the care of psychiatric inpatients? Ashworth Research Centre, Ashworth Hospital, Mersey Care NHS Trust. Website. Zugriff: 23.05.2018: <https://www.merseycare.nhs.uk/media/4267/simonfinallitrev.pdf>.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN); Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) (Hrsg.) (2010). S2-Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Website. Zugriff: 23.05.2019: https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s2-praxisleitlinien-bd2-aggressives-verhalten.pdf.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN); Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) (Hrsg.) (2015, 2. Aufl.). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Website. Zugriff: 18.03.2019: http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-NVL_depression-2aufl-vers4-lang.pdf.
- Duffy, D. (1995). Out of the shadows: a study of the special observation of suicidal psychiatric in-patients. *J Adv Nurs*; 21: 944–950.
- Euler, S., Dammann, G., Endtner, K., Leihener, F., Perroud, N., Reisch, Th., Schmeck, K., Sollberger, D., Walter, M., Kramer, U. (2018). Störungsspezifische psychotherapeutische Interventionen als Behandlung der Wahl. *Borderline-Störung: Behandlungsempfehlungen der SGPP*. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother*; 169(05): 135–143.
- Fletcher, R.F. (1999). The process of constant observation: perspectives of staff and suicidal patients. *J. Psychiatric Ment Health Nurs*; 6(1): 9–14.
- Flynn, S., Nyathi, T., Tham, S. G., Williams, A., Windfuhr, K., Kapur, N., Appleby L., Shaw, J. (2017). Suicide by mental health in-patients under observation. *Psychol Med*, 47(13), 2238–2245.
- Hagen, J., Hjelmeland, H., Knizek, L. (2017). Relational Principles in the Care of Suicidal Inpatients: Experiences of Therapists and Mental Health Nurses. *Issues in Mental Health Nursing*; 38(2): 99–106.

- Harbauer, G., Ring, M., Schuetz, Ch., Andreae, A., Haas, S. (2013).
Suicidality Assessment with PRISM-S – Simple, Fast, and Visual. A Brief Nonverbal Method to Assess Suicidality in Adolescent and Adult Patients. *Crisis*; 34: 131–136.
- Hemkendreis, B., Löhr, M., Schulz, M., Nienaber, A. (2013).
Ein erster Schritt in die richtige Richtung. *Psychiatrische Pflege*; 19: 93–96.
- Hohl, D., Rabenschlag, F. (2018).
Psychiatrische Intensivbetreuung auf dem Weg zur Standardisierung. Literaturübersicht bezüglich Qualität und Wirksamkeit. *Psychiatrische Pflege*; 3: 29–33.
- Holyoake, D. D. (2013).
I spy with my little eye something beginning with O: looking at what the myth of «doing the observations» means in mental health nursing culture. *Journal of psychiatric and mental health nursing*; 20(9): 840–850.
- Janofsky, J. S. (2009).
Reducing inpatient suicide risk: using human factors analysis to improve observation practices. *J Am Acad Psychiatry Law*; 37(1): 15–24.
- Kettles, A. M., Moir, E., Woods, P. (2004).
Is there a relationship between risk assessment and observation level? *J Psychiatr Ment Health Nurs*; 11: 156–164.
- Lienhardt, A., Panfil, E.-M., Rabenschlag, F. (2018).
Die Praxis der psychiatrischen Intensivbetreuung bei Erwachsenen in der Deutschschweiz – eine deskriptive Querschnittstudie. *Pflege*; 31(5): 255–265.
- Löhr, M., Schulz, M., Hemkendreis, B., Björkdahl, A., Nienaber, A. (2013).
German translation of Suicidal Patient Observation Chart (SPOC) – an instrument for practice. *Pflege*; 26(6), 401–410.
- National Institute for Clinical Excellence NICE (2015).
Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE guideline NG10. London: National Institute for Clinical Excellence.
- Neilson P., Brennan W. (2001).
The use of special observations: an audit within a psychiatric unit. *J Psychiatr Ment Health Nurs*; 8: 147–155.
- Nienaber, A., Löhr, M., Hemkendreis, B., Schulz, M. (2013).
Intensivbetreuungen: Empfehlenswert!? *Psychiatrische Pflege*; 19: 90–92.
- Nienaber, A., Schulz, M., Hemkendreis, B., Löhr, M. (2013a).
Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung. Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*; 40: 14–20.
- Nolan, F., Watson, C., Khoo, M. E. (2017, 3. Aufl.).
Engagement and observation of people at risk. In: Chambers, M. (Hrsg.). *Psychiatric and mental health nursing – the craft of caring*. New York: Routledge.
- Ray, R., Perkins, E., Roberts, P., Fuller, L. (2016).
The Impact of Nursing Protocols on Continuous Special Observation. *J American Psych Nurses Assoc*; 23: 19–27.
- Scheydt, St., Needham, I., Nielsen, G., Behrens, J. (2016).
Der pflegerische Umgang mit Reizüberflutung in der Psychiatrie; Entwicklung eines theoretischen Bezugsrahmens. *Pflege*; 29: 227–233.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (2015).
Medizinisch-ethische Richtlinien. Zwangsmassnahmen in der Medizin. Basel: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch ZGB (2008).
Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht. Website. Zugriff am 26.10.2018: www.admin.ch/opc/de/official-compilation/2011/725.pdf.
- Shugar, G., Rehaluk, R. (1990).
Continuous observation for psychiatric inpatients: a critical evaluation. *Compr Psychiatry*; 31(1): 48–55.
- Sturny, I., Hell, D. (2007).
Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie. In: Kocher, G., Oggier, W. (Hrsg.). *Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009*. Bern: Hans Huber.
- Swiss DRG AG (2016).
Psychiatrie, Tarpsy: Das Wichtigste in Kürze. Website. Zugriff: 26.10.2018: <https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/tarpsy/informationen>.
- World Health Organization (2013).
A Practical Manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health. Genf: World Health Organization.
- Zehnder, U., Rabenschlag, F., Panfil, E. M. (2014).
Zwischen Kontrolle und Therapie: Eine evolutionäre Konzeptanalyse von Intensivbetreuung in der stationären Akutpsychiatrie. *Psychiatr Prax*; 42: 68–75.

A propos de l'élaboration de ces recommandations

Un groupe de travail a commencé en avril 2017 à élaborer des recommandations concernant la prise en charge intensive en psychiatrie sur mandat de la Société scientifique Soins en psychiatrie de l'Association suisse pour les sciences infirmières (APSI) et en collaboration avec le réseau de développement des soins infirmiers en psychiatrie.

Groupe de travail responsable

Organisations	Personnes mandatées
Société scientifique Soins en psychiatrie	PhD. Franziska Rabenschlag (co-responsable du groupe de travail), Cliniques psychiatriques universitaires de Bâle Andreas Heuer, MScN, Haute école spécialisée bernoise Santé Sven Hoffmann, MScN, Hôpital psychiatrique de Bâle-Campagne, Liestal Peter Ullmann, MScN, Hôpital psychiatrique de Zugersee Andrea Lienhardt Wick, MScN, Pro Senectute Haus Frutigen Ursina Zehnder, MScN., Hôpital universitaire psychiatrique de Zurich Susan Fischer, MScN, Clinique privée Wyss
Réseau de développement des soins infirmiers en psychiatrie	Martin Schmid, MSc HE (co-responsable du groupe de travail), Clenia, Oetwil am See
Représentation Médecine et Tessin/Suisse romande	Dr. med. Thomas Emmenegger, Clinique psychiatrique cantonale, Organisation socio-psychiatrique cantonale, Mendrisio

Consultations

La première version (en français et en allemand) a été mise en consultation de juin à septembre 2018 auprès des sociétés scientifiques, des associations professionnelles concernées et des personnes intéressées. Elle a ensuite été remaniée. La seconde version en allemand a été envoyée aux personnes clés en décembre 2018. Leurs commentaires ont été intégrés dans la version finale.

1ère consultation : ARIP (Association romande des institutions psychiatriques), BBV (Association des responsables de formation professionnelle psychiatriques), Clenia Schlössli SA, groupe de recherche D (Prof. Dr. rer. medic. Andre Nienaber, Prof. Dr. rer. medic. Michael Löhr, Prof. Dr. rer. medic. Michael Schulz, Bruno Hemkendreis), Luzerner Psychiatrie St. Urban, NAGS (gestion des agressions), Santé publique Suisse, Groupe spécialisé en santé mentale, Clinique psychiatrique universitaire de Zurich (PUK), Services psychiatriques des Grisons, Services psychiatriques de Thurgovie, ASSM (Académie suisse des sciences médicales, Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff, Prof. Dr. iur. Regina E. Aebi-Müller, Bianca Schaffert-Witvliet, MScN.), ASI (Association suisse des infirmières et infirmiers), NAGS (gestion des agressions), ASMC (Association suisse des médecins-chefes et des médecins-chefs en psychiatrie), SNL (Swiss Nurse Leaders), SMHC (Swiss Mental Health Care), SSPP (Société suisse de psychiatrie et de psychot.

Personnes clés de la seconde consultation : Personnes clés de la seconde consultation : Andy Schmidt, Dr. rer. medic. Susanne Schoppmann, Regula Lüthi, Andrew Bay (Cliniques psychiatriques universitaires UPK, Bâle), Miro Barp (Services psychiatrique d'Argovie, pdag), Peter Wolfensberger, PhD, (Société scientifique Soins en psychiatrie), Dr. med. Markus Baumgartner, Rolf Bitterlin (Clenia Schlössli AG).

Approbation de la version finale

Par la présidence de la Société scientifique Soins en psychiatrie, le 12 février 2019.

