



# Moniteur HIC

Échelle de conformité au modèle High and Intensive Care: version 2.0 décembre 2023

Version belge

<b>Structure de l'équipe</b>					
<b>Critère</b>	<b>Score 1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<p><u>1a. Équipe soignante : pause de jour (matin et après-midi)</u> Il y a un effectif de base optimal de 7 infirmiers/accompagnateurs pour 20 lits (arrondir vers le bas, voir le manuel).</p>	Il y a 3 infirmiers/ accompagnateurs ou moins disponibles pour 20 lits.	Il y a 4 infirmiers/ accompagnateurs disponibles pour 20 lits.	Il y a 5 infirmiers/ accompagnateurs disponibles pour 20 lits.	Il y a 6 infirmiers/ accompagnateurs disponibles pour 20 lits.	Il y a 7 infirmiers/ accompagnateurs ou plus disponibles pour 20 lits.
<p><u>1b. Équipe soignante : pause du soir</u> Il y a un effectif de base optimal de 7 infirmiers/accompagnateurs pour 20 lits (arrondir vers le bas, voir le manuel).</p>	Il y a 3 infirmiers/ accompagnateurs ou moins disponibles pour 20 lits.	Il y a 4 infirmiers/ accompagnateurs disponibles pour 20 lits.	Il y a 5 infirmiers/ accompagnateurs disponibles pour 20 lits.	Il y a 6 infirmiers/ accompagnateurs disponibles pour 20 lits.	Il y a 7 infirmiers/ accompagnateurs ou plus disponibles pour 20 lits.
<p><u>1c. Équipe soignante : pause de nuit</u> Il y a un effectif de base optimal de 5 infirmiers/accompagnateurs pour 20 lits (arrondir vers le bas, voir le manuel).</p>	Il y a 1 infirmier/ accompagnateur ou moins disponible pour 20 lits.	Il y a 2 infirmiers/ accompagnateurs disponibles pour 20 lits.	Il y a 3 infirmiers/ accompagnateurs disponibles pour 20 lits.	Il y a 4 infirmiers/ accompagnateurs disponibles pour 20 lits.	Il y a 5 infirmiers/ accompagnateurs ou plus disponibles pour 20 lits.
<p><u>2a. Intensification des soins</u> L'équipe peut assurer un accompagnement individuel (1 sur 1) à tout moment du jour/de la semaine (24 heures sur 24).</p>	L'équipe ne peut pas intensifier les soins pour offrir un accompagnement individuel.	L'équipe ne peut intensifier les soins pour un accompagnement individuel que pendant les jours de semaine et en journée.	L'équipe peut intensifier les soins pour un accompagnement individuel à la fois en semaine et pendant les weekends en journée.	L'équipe peut intensifier les soins pour un accompagnement individuel pendant les jours de semaine en journée et la nuit, et pendant les weekends en journée.	L'équipe peut toujours intensifier les soins pour un accompagnement individuel, 24 heures sur 24.

<u>2b. Intensification des soins</u> Toutes les disciplines de l'équipe soutiennent l'intensification des soins.	Seule l'équipe soignante est responsable de l'intensification des soins / il n'y a pas d'intensification des soins.	Au moins 2 disciplines en plus de l'équipe soignante soutiennent l'intensification des soins.	Au moins 3 disciplines en plus de l'équipe soignante soutiennent l'intensification des soins.	Au moins 4 disciplines en plus de l'équipe soignante soutiennent l'intensification des soins.	5 disciplines ou plus en plus de l'équipe soignante soutiennent l'intensification des soins.
<u>3a. Équipe soignante</u> L'équipe soignante se compose d'infirmières et d'accompagnateurs possédant une formation en sciences humaines. Au moins 70 % de ce groupe est titulaire d'un bachelier.	Moins de 40 % de ce groupe est titulaire d'un bachelier.	40 % - 49 % de ce groupe est titulaire d'un bachelier.	50 % - 59 % de ce groupe est titulaire d'un bachelier.	60 % - 69 % de ce groupe est titulaire d'un bachelier.	Au moins 70 % de ce groupe est titulaire d'un bachelier.
<u>3b. Équipe soignante</u> L'équipe soignante présente une composition diversifiée (infirmiers et non-infirmiers avec une formation en sciences humaines).	L'équipe soignante est composée exclusivement d'infirmiers.	-	-	-	L'équipe soignante présente une composition diversifiée, comprenant à la fois des infirmiers et des non-infirmiers.
<u>4a. Psychiatre</u> L'unité compte 2 ETP pour la fonction de psychiatre pour les soins directs aux patients, pour 20 lits. Un psychiatre ETP vaut 1 ETP. 1 ETP assistant psychiatre vaut la moitié d'une fonction de psychiatre. Dans le cas de 2 ETP pour la fonction de psychiatre, au moins 1,5 ETP doit être occupé par un psychiatre.	Il y a 1 ETP pour la fonction de psychiatre pour 20 lits.	Il y a 1,01-1,25 ETP pour la fonction de psychiatre pour 20 lits. De plus, au moins 1 ETP est assuré par un psychiatre.	Il y a 1,26-1,50 ETP pour la fonction de psychiatre pour 20 lits. De plus, au moins 1 ETP est assuré par un psychiatre.	Il y a 1,51-1,75 ETP pour la fonction de psychiatre pour 20 lits. De plus, au moins 1,5 ETP est assuré par un psychiatre.	Il y a 2 ETP ou plus pour la fonction de psychiatre pour 20 lits. De plus, au moins 1,5 ETP est assuré par un psychiatre.
<u>4a. Psychiatre</u>	Un maximum de 1 ou 2 des 6 contenus de	3 des 6 contenus de tâches sont assurés	4 des 6 contenus de tâches sont assurés	5 des 6 contenus de tâches sont assurés	Tous les contenus de tâches décrits sont

La capacité de 2 ETP de fonction psychiatre permet d'assurer les tâches suivantes : diagnostics médicaux psychiatriques (1), mise en place psychopharmacologique (2), discussions approfondies avec le patient et le contexte (3), participation aux CCS, (4), coordination et responsabilité finale du trajet de soins (5), Coaching de l'équipe sur le contenu tel que les discussions de cas et les débriefings après les incidents (6).	tâches sont assurés par la capacité de psychiatres.	par la capacité de psychiatres.	par la capacité de psychiatres.	par la capacité de psychiatres.	assurés par la capacité de psychiatres.
<u>5a. Psychologue</u> Il y a 2 ETP de psychologue clinicien disponibles pour 20 lits.	Il y a 0-0,49 ETP de psychologue clinicien disponible pour 20 lits.	Il y a 0,50-0,99 ETP de psychologue clinicien disponible pour 20 lits.	Il y a 1-1,49 ETP de psychologue clinicien disponibles pour 20 lits.	Il y a 1,50-1,99 ETP de psychologue clinicien disponibles pour 20 lits.	Il y a 2 ETP ou plus de psychologue clinicien disponibles pour 20 lits.
<u>5b. Psychologue</u> Les psychologues cliniciens (2 ETP) assurent (au total) les 5 tâches suivantes : screening psychodiagnostique, entretiens approfondis avec les patients, entretiens contextuels approfondis, coordination des CCS, coaching en accompagnement individuel pour les membres de l'équipe.	Un maximum de 1 des 5 contenus de tâches est assuré par la capacité de psychologues cliniciens.	2 des 5 contenus de tâches sont assurés par la capacité de psychologues cliniciens.	3 des 5 contenus de tâches sont assurés par la capacité de psychologues cliniciens.	4 des 5 contenus de tâches sont assurés par la capacité de psychologues cliniciens.	Tous les contenus de tâches décrits sont assurés par la capacité de psychologues cliniciens.
<u>6. Infirmier(e) de pratique avancée (IPA)</u> Il y a 2 ETP d'IPA disponibles pour 20 lits.	Il y a 0,24 ETP ou moins d'IPA disponible pour 20 lits.	Il y a 0,25-0,49 ETP d'IPA disponible pour 20 lits.	Il y a 0,50- 0,74 ETP d'IPA disponible pour 20 lits.	Il y a 0,75- 0,99 ETP d'IPA disponible pour 20 lits.	Il y a 1 ETP ou plus d'IPA disponible pour 20 lits.

<p><b>7. Expert (ou référent) en dépendance</b> L'équipe compte 0,6 expert en dépendance ETP pour 20 lits. L'expert en dépendance est un membre de l'équipe qui a suivi une formation spécifique d'un an au moins ou qui est expérimenté dans la prise en charge des dépendances. De plus, cet expert en dépendance doit suivre une formation continue/recyclage professionnel au moins une fois par an. Cette expertise peut être assurée par n'importe quelle fonction. Il ne s'agit donc pas d'un ETP supplémentaire.</p>	<p>Il y a 0,29 ETP ou moins d'expert en dépendance disponible pour 20 lits.</p>	<p>Il y a 0,30-0,39 ETP d'expert en dépendance disponible pour 20 lits.</p>	<p>Il y a 0,40-0,49 ETP d'expert en dépendance disponible pour 20 lits.</p>	<p>Il y a 0,50-0,59 ETP d'expert en dépendance disponible pour 20 lits.</p>	<p>Il y a 0,60 ETP ou plus d'expert en dépendance disponible pour 20 lits.</p>
<p><b>8. Expert (ou référent) en diversité</b> L'équipe compte 0,6 expert en diversité ETP pour 20 lits. L'expert en diversité est un membre de l'équipe qui a suivi une formation spécifique d'un an au moins ou qui est expérimenté dans la prise en charge des personnes vivant dans la pauvreté ou qui sont issues de l'immigration. De plus, cet expert en diversité doit suivre une formation continue/recyclage professionnel au moins une fois par an. Cette expertise peut être assurée par n'importe quelle fonction. Il ne s'agit donc pas d'un ETP supplémentaire.</p>	<p>Il y a 0,29 ETP ou moins d'expert en diversité disponible pour 20 lits.</p>	<p>Il y a 0,30-0,39 ETP d'expert en diversité disponible pour 20 lits.</p>	<p>Il y a 0,40-0,49 ETP d'expert en diversité disponible pour 20 lits.</p>	<p>Il y a 0,50-0,59 ETP d'expert en diversité disponible pour 20 lits.</p>	<p>Il y a 0,60 ETP ou plus d'expert en diversité disponible pour 20 lits.</p>

<u>9. Expert du vécu / pair-aidant (famille)</u> L'équipe compte 2 ETP experts du vécu et/ou pair-aidant (famille) pour 20 lits.	Il y a 0-0,49 ETP d'experts du vécu et/ou pair-aidant (famille) disponible pour 20 lits.	Il y a 0,50-0,99 ETP d'experts du vécu et/ou pair-aidant (famille) disponible pour 20 lits.	Il y a 1-1,49 ETP d'experts du vécu et/ou pair-aidant (famille) disponibles pour 20 lits.	Il y a 1,50-1,99 ETP d'experts du vécu et/ou pair-aidant (famille) disponibles pour 20 lits.	Il y a 2 ETP ou plus d'experts du vécu et/ou pair-aidant (famille) disponibles pour 20 lits.
<u>10a. Thérapeute spécialisé</u> Au moins 3 ETP thérapeutes spécialisés sont disponibles pour 20 lits	Il y a 0 - 0,79 ETP de thérapeute spécialisé disponible pour 20 lits.	Il y a 0,80 – 1,59 ETP de thérapeute spécialisé disponibles pour 20 lits.	Il y a 1,60 – 2,39 ETP de thérapeute spécialisé disponibles pour 20 lits.	Il y a 2,40 -2,99 ETP de thérapeute spécialisé disponibles pour 20 lits.	Il y a 3 ETP ou plus de thérapeute spécialisé disponibles pour 20 lits.
<u>10b. Thérapeute spécialisé</u> Ce thérapeute spécialisé assure les tâches suivantes : structuration de l'offre de groupe et de l'offre thérapeutique individuelle. Par exemple : ergothérapeute, psychomotricien, musicothérapeute, ...	Une seule des deux contenus de tâche est assuré par le thérapeute spécialisé.	-	-	-	Les deux contenus de tâche sont assurés par le thérapeute professionnel.
<u>11a. Assistant social</u> Il y a 1,50 ETP d'assistant social disponible pour 20 lits.	Il y a 0 - 0,39 ETP d'assistant social disponible pour 20 lits.	Il y a 0,40 - 0,79 ETP d'assistant social disponible pour 20 lits.	Il y a 0,80 - 1,09 ETP d'assistant social disponibles pour 20 lits.	Il y a 1,10 - 1,49 ETP d'assistant social disponibles pour 20 lits.	Il y a 1,50 ETP ou plus d'assistant social disponibles pour 20 lits.
<u>11b. Assistant social</u> L'assistant social assure les tâches suivantes : soutien administratif social urgent, activation des acteurs de soins en fonction du suivi des soins après admission, mise en place d'un filet de sécurité social.	L'assistant social n'assure que partiellement un des contenus de tâche.	L'assistant social assure pleinement un des contenus de tâche.	L'assistant social assure partiellement au moins deux des contenus de tâche.	L'assistant social assure pleinement deux des contenus de tâche.	L'assistant social assure les trois des contenus de tâche.
<u>12. Référent</u> Chaque patient dispose d'un référent et d'un co-référent , qui assument un rôle de soutien dans le processus personnel	Il n'y a pas de référent pour chaque patient. Les tâches décrites sont (partiellement)	Il y a un référent, mais toutes les tâches décrites ne sont pas assurées.	Il y a un référent pour chaque patient et toutes les tâches	Il existe un référent, qui assume chacune des tâches décrites pour chaque patient	Il existe un référent, qui assume chacune des tâches décrites pour chaque patient

des patients. Le patient sait à qui s'adresser pour poser des questions. Le référent est un défenseur du patient (il/elle fait le rapport préparatoire avec le patient et est présent(e) à la CCS ou informe le co-référent qui peut représenter le référent à la CCS). Le référent élabore avec le patient les plans de signalisation (prévention de l'augmentation de la tension et prévention de l'agression envers lui-même ou les autres + plan de signalisation pour prévenir la rechute à la sortie). Le référent suit l'évolution personnelle du patient et les points d'attention dans le processus individuel.	réparties sur d'autres fonctions.		décrites sont assurées.	et un co-référent est disponible pour une partie des patients.	et un co-référent est systématiquement disponible pour chaque patient.
<b>13a. Responsable de l'unité / infirmier(ère) en chef</b> Il y a 1 ETP responsable de l'unité/infirmier(ère) en chef disponible pour 20 lits.	Il y a 0,24 ou moins ETP de responsable de l'unité/infirmier(ère) en chef disponible pour 20 lits.	Il y a 0,25-0,49 ETP de responsable de l'unité/infirmier(ère) en chef disponible pour 20 lits.	Il y a 0,50-0,74 ETP de responsable de l'unité/infirmier(ère) en chef disponible pour 20 lits.	Il y a 0,75-0,99 ETP de responsable de l'unité/infirmier(ère) en chef disponible pour 20 lits.	Il y a 1 ETP de responsable de l'unité/infirmier(ère) en chef disponible pour 20 lits.
<b>13b. Responsable de l'unité / infirmier(ère) en chef</b> L'infirmier(ère) en chef assume les responsabilités suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diriger les employés</li> <li>• Organiser l'unité</li> <li>• Optimiser les services aux patients</li> </ul>	Aucun des 4 contenus de tâche n'est assuré par l'infirmier(ère) en chef/le responsable de l'unité.	1 des 4 contenus de tâche est assuré par l'infirmier(ère) en chef/le responsable de l'unité.	2 des 4 contenus de tâche sont assurés par l'infirmier(ère) en chef/le responsable de l'unité.	3 des 4 contenus de tâche sont assurés par l'infirmier(ère) en chef/le responsable de l'unité.	Tous les contenus de tâche sont assurés par l'infirmier(ère) en chef/le responsable de l'unité.

<ul style="list-style-type: none"> <li>Effectuer des tâches infirmières (voir le manuel pour plus d'explications sur ces responsabilités)</li> </ul>					
<p><u>14a. Adjoint(e) du responsable de l'unité / infirmier(ère) en chef adjoint(e)</u> Il y a 1 ETP d'adjoint(e) du responsable de l'unité / infirmier(ère) en chef adjoint(e) disponible pour 20 lits.</p>	Il y a 0,24 ou moins ETP d'adjoint(e) disponible pour 20 lits.	Il y a 0,25-0,49 ETP d'adjoint(e) disponible pour 20 lits.	Il y a 0,50- 0,74 ETP d'adjoint(e) disponible pour 20 lits.	Il y a 0,75-0,99 ETP d'adjoint(e) disponible pour 20 lits.	Il y a 1 ETP ou plus d'adjoint(e) disponible pour 20 lits.
<p><u>14b. Adjoint(e) du responsable de l'unité / infirmier(ère) en chef adjoint(e)</u> Il/elle répond aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Il/elle fournit 8 des 38 heures de soins directs aux patients en tant que membre de l'équipe.</li> <li>Il/elle surveille activement la fidélité au modèle de l'unité et coache et soutient les membres de l'équipe dans ce domaine.</li> <li>Il/elle est présent(e) au moins 3 fois par semaine lors de réunions multidisciplinaires et prend en charge les tâches administratives et de fond issues de ces réunions.</li> <li>Il/elle assiste l'infirmier(ère) en chef dans ses tâches.</li> </ul>	Il n'y a pas d'adjoint(e) ou il/elle ne répond pas aux critères.	L'adjoint(e) répond à 1 critère.	L'adjoint(e) répond à 2 critères.	L'adjoint(e) répond à 3 critères.	L'adjoint(e) répond à tous les critères.
<p><u>15. Disciplines supplémentaires</u></p>	Une ou plusieurs disciplines sont	Deux disciplines sont accessibles à tous les patients.	Trois disciplines sont accessibles à tous les patients.	Quatre disciplines sont accessibles à tous les patients.	Toutes les disciplines sont accessibles à tous les patients.



<p>Les disciplines énumérées ci-dessous sont accessibles aux patients sur indication :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pédopsychiatre</li><li>• Accompagnateur spirituel</li><li>• Service de médiation</li><li>• Spécialiste somatique/médecin généraliste</li><li>• Médecin spécialiste en addictologie</li><li>• Interprète</li></ul>	<p>accessibles à tous les patients.</p>				
--	---	--	--	--	--

<p><u>16a. Politique du personnel : expérience</u> Les collaborateurs de l'équipe interdisciplinaire HIC possèdent au moins deux ans d'expérience dans un cadre de soins de santé mentale.</p>	<p>0%-19% des collaborateurs possèdent au moins deux ans d'expérience dans un cadre de soins de santé mentale.</p>	<p>20%-39% des collaborateurs possèdent au moins deux ans d'expérience dans un cadre de soins de santé mentale.</p>	<p>40%-59% des collaborateurs possèdent au moins deux ans d'expérience dans un cadre de soins de santé mentale.</p>	<p>60%-79% des collaborateurs possèdent au moins deux ans d'expérience dans un cadre de soins de santé mentale et plus de 50% ont plus de 3 ans d'expérience dans une unité fermée / une unité HIC.</p>	<p>80%-100% des collaborateurs possèdent au moins deux ans d'expérience dans un cadre de soins de santé mentale et plus de 50% ont plus de 5 ans d'expérience dans une unité fermée / une unité HIC.</p>
<p><u>16b. Politique du personnel : soutien des collaborateurs</u> La politique de personnel prévoit les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il existe une possibilité de rotation des emplois, soit sur indication, soit à la demande du collaborateur.</li> <li>• Une enquête de satisfaction est réalisée tous les deux ans parmi les collaborateurs</li> <li>• Les résultats de l'enquête de satisfaction font l'objet d'un feedback</li> <li>• Un coaching est disponible sur indication (renforcement) et celui-ci est personnalisé</li> </ul>	<p>Peu ou pas d'attention est accordée à la politique du personnel.</p>	<p>La politique du personnel satisfait à un critère.</p>	<p>La politique du personnel satisfait à deux critères.</p>	<p>La politique du personnel satisfait à trois critères.</p>	<p>La politique du personnel satisfait à tous les critères.</p>

<b>Processus d'équipe</b>					
<b>Critère</b>	<b>Score 1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<p><u>17. Vision</u> L'équipe a tiré du modèle HIC une vision clairement décrite et orientée vers le rétablissement et l'emploi de manière démontrable.</p>	Aucune vision n'est décrite.	-	L'équipe possède une vision clairement décrite basée sur le modèle HIC, mais ne travaille pas de manière démontrable avec celle-ci.	-	L'équipe possède une vision clairement décrite basée sur le modèle HIC et travaille de manière démontrable avec celle-ci.
<p><u>18. Hospitalité</u> La « méthodologie des cinq premières minutes » est appliquée par défaut. Les points suivants en attestent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La liste de contrôle pour les cinq premières minutes d'hospitalisation est respectée (bonne préparation de l'hospitalisation, bonne réception, introduction et aspects de la réglementation).</li> <li>• Au début de chaque pause les préférences des patients sont prises en compte autant que possible lors de la répartition des patients.</li> <li>• Au début de chaque pause, les membres de l'équipe prennent l'initiative de prendre contact avec les patients.</li> </ul>	L'approche de l'équipe ne répond à aucun des critères.	L'approche de l'équipe répond à un critère.	L'approche de l'équipe répond à deux critères.	L'approche de l'équipe répond à trois critères.	L'approche de l'équipe répond aux quatre critères.

<ul style="list-style-type: none"> <li>L'équipe ose s'écarter des protocoles existants si la situation l'exige.</li> </ul>					
<p><u>19. Présence et disponibilité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pendant la journée, il y a toujours au moins deux membres de l'équipe qui sont présents dans le groupe et disponibles.</li> <li>Les praticiens concernés sont présents et disponibles.</li> </ul>	L'approche de l'équipe ne répond à aucun des critères.	-	L'approche de l'équipe répond à un critère.	-	L'approche de l'équipe répond aux deux critères.
<p><u>20. Attitude / approche</u></p> <p>L'approche repose sur des modèles théoriques fondés sur les preuves et l'expérience. L'équipe est consciente du processus de rétablissement personnel du patient et utilise les caractéristiques des soins de soutien au rétablissement (SAR). L'équipe est constamment à la recherche d'un lien avec la partie saine et les capacités du patient. L'équipe voit l'admission comme un élément d'un processus plus global du patient.</p>	Les membres de l'équipe ne sont pas familiarisés aux modèles théoriques et aux SAR.	Le traitement dépend de chaque membre de l'équipe. Il n'existe aucune vision commune fondée sur des modèles théoriques et des SAR.	L'équipe maîtrise les modèles théoriques et les SAR, mais cela n'est pas appliqué de manière cohérente dans le traitement.	L'équipe maîtrise les modèles théoriques et les SAR et les applique de manière cohérente dans le traitement.	Il existe une approche cohérente basée sur des modèles théoriques et SAR. L'équipe discute des questions de traitement et affiche une capacité d'auto-réflexion.
<p><u>21a. Concertation de coordination des soins (CCS) : lors de l'admission</u></p> <p>Lors de l'admission, un entretien CCS est mené dans un délai de 24 heures au cours duquel la crise est cartographiée en termes biopsychosociaux en utilisant tous les moyens possibles et le réseau alors à la disposition du patient</p>	Il n'y a pas de CCS réalisé.	Une CCS est systématiquement réalisée dans les 7 jours suivant l'admission.	Une CCS est systématiquement réalisée dans les 5 jours suivant l'admission.	Une CCS est systématiquement réalisée dans les 3 jours suivant l'admission.	Une CCS est systématiquement réalisée dans les 24 heures suivant l'admission.

(patient, praticien hospitalier, praticien ambulatoire, proches).					
<p><u>21b Concertation de coordination des soins (CCS) : organisation</u> La CCS répond aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La CCS est préparée par un professionnel de santé avec le patient.</li> <li>• Le réseau est cartographié, tant le réseau personnel que le réseau professionnel.</li> <li>• Le réseau pertinent pour le patient est présent lors de la CCS.</li> <li>• Un plan de traitement négocié est établi.</li> </ul>	Il n'y a pas de CCS ou la CCS ne répond à aucun des critères.	La CCS répond à un critère.	La CCS répond à deux critères.	La CCS répond à trois critères.	La CCS répond à tous les critères.
<p><u>21c. Concertation de coordination des soins (CCS) : toutes les 3 semaines</u> La CCS a lieu dans la troisième semaine et ensuite toutes les trois semaines, où les objectifs de traitement sont évalués.</p>	Aucune CCS n'est réalisé pour aucun des patients dans la troisième semaine et ensuite toutes les trois semaines.	Pour moins de 25 % des patients, une CCS est réalisée dans la troisième semaine et ensuite toutes les trois semaines.	Pour 25 à 49 % des patients, une CCS est réalisée dans la troisième semaine et ensuite toutes les trois semaines.	Pour 50 à 74 % des patients, une CCS est réalisée dans la troisième semaine et ensuite toutes les trois semaines.	Pour 75 à 100 % des patients, une CCS est réalisée dans la troisième semaine et ensuite toutes les trois semaines.
<p><u>21d. Concertation de coordination des soins (CCS) : à la sortie ou en cas de transfert</u> Une CSS est menée en cas de sortie ou de transfert.</p>	Aucune CCS n'est menée pour les patients en cas de sortie ou de transfert.	Une CCS est menée pour moins de 25 % des patients en cas de sortie ou de transfert.	Une CCS est menée pour 25 % - 49 % des patients en cas de sortie ou de transfert.	Une CCS est menée pour 50 % - 74 % des patients en cas de sortie ou de transfert	Une CCS est menée pour 75 % - 100 % des patients en cas de sortie ou de transfert.
<p><u>22. Consultation du plan de traitement</u> Dans les 24 heures suivant l'admission, un plan de traitement négocié est disponible. Ce plan de traitement peut</p>	Aucun des patients n'a accès au plan de traitement ou cela prend plus de 7 jours.	Les patients ont accès au plan de traitement dans les 7 jours	Les patients ont accès au plan de traitement dans les 5 jours	Les patients ont accès au plan de traitement dans les 3 jours	Les patients ont accès au plan de traitement dans les 24 heures

être consulté à tout moment par le patient.		suivant leur admission.	suivant leur admission.	suivant leur admission.	suivant leur admission.
<p><u>23. Digiboard</u> Le Digiboard répond aux critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le Digiboard est toujours numérique.</li> <li>• Le Digiboard est disponible, fonctionnel dans la salle de réunion, contient des données pertinentes et est lié au DPI.</li> <li>• Une procédure fixe est appliquée pour l'utilisation du Digiboard.</li> <li>• L'ensemble du processus de l'équipe peut être consulté sur le Digiboard.</li> <li>• Lors de la discussion quotidienne relative au Digiboard, tous les membres de l'équipe travaillant sont en principe présents.</li> <li>• Le Digiboard est actualisé quotidiennement et est à jour.</li> </ul>	Aucun Digiboard n'est utilisé.	Le Digiboard répond à un ou deux critères.	Le Digiboard répond à trois ou quatre critères.	Le Digiboard répond à cinq critères.	Le Digiboard répond à tous les critères.
<p><u>24. Durée de séjour HIC</u> Le séjour en HIC a une durée maximale de 3 semaines et peut être prolongé deux fois si nécessaire après évaluation dans l'équipe de soignants.</p>	Chez aucun des patients, les normes de durée de séjour et de prolongation ne sont suivies.	Chez moins de 25% des patients, les normes de durée de séjour et de prolongation sont suivies.	Chez 25%-49% des patients, les normes de durée de séjour et de prolongation sont suivies.	Chez 50%-74% des patients, les normes de durée de séjour et de prolongation sont suivies.	Chez 75%-100% des patients, les normes de durée de séjour et de prolongation sont suivies.
<p><u>25a. Processus de soins et consultation à l'unité des soins intensifs</u></p>	Aucun critère n'est rempli.	-	Un critère est rempli.	-	Les deux critères sont remplis

<p>Le séjour au sein de l'USI repose sur les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La durée maximale du séjour au sein de l'USI est de 3 jours, avec possibilité de prolonger 2x le séjour après consultation d'une équipe de consultation interne.</li> <li>• Le psychiatre a un contact direct avec le patient au moins une fois par jour (7 jours par semaine).</li> </ul>					
<p><u>25b. Processus de soins et consultation dans la CSA</u> Le séjour au sein de la CSA repose sur les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La durée maximale du séjour au sein de la CSA est de 1 journée. Une consultation d'une équipe de consultation interne est nécessaire pour prolonger cette durée.</li> <li>• Le psychiatre a un contact direct avec le patient au moins deux fois par jour (7 jours par semaine).</li> </ul>	Aucun critère n'est rempli.	-	Un critère est rempli.	-	Les deux critères sont remplis

Diagnostic, traitement, interventions de traitement					
Critère	Score 1	2	3	4	5

<p><u>26. Directives</u> Le respect de la directive sur la contrainte et de la directive sur la prévention du suicide est attesté.</p>	L'équipe n'applique pas les directives susmentionnées.	-	L'équipe applique manifestement au moins une des directives susmentionnées.	-	L'équipe applique manifestement les deux directives susmentionnées.
<p><u>27. Entretien d'admission</u> Dans l'heure suivant l'admission, après coordination avec le référent et les proches (triade), la première évaluation diagnostique (image psychiatrique et degré de crise) doit être complétée.</p>	Aucun entretien n'est mené avec la triade dans le délai d'une heure.	Moins de 25 % de tous les entretiens sont menés avec la triade dans le délai d'une heure.	25 % - 49 % de tous les entretiens sont menés avec la triade dans le délai d'une heure.	50 % - 74 % de tous les entretiens sont menés avec la triade dans le délai d'une heure.	75 % - 100 % de tous les entretiens sont menés avec la triade dans le délai d'une heure.
<p><u>28a. Examen général : hétéroanamnèse</u> Dans les 24 heures suivant l'admission, une hétéroanamnèse est réalisée.</p>	Une hétéroanamnèse n'est réalisée pour aucun patient dans les 24 heures suivant son admission.	Une hétéroanamnèse est réalisée pour moins de 25 % des patients dans les 24 heures suivant leur admission.	Une hétéroanamnèse est réalisée pour 25 % - 49 % des patients dans les 24 heures suivant leur admission.	Une hétéroanamnèse est réalisée pour 50 % - 74 % des patients dans les 24 heures suivant leur admission.	Une hétéroanamnèse est réalisée pour 75 % - 100 % des patients dans les 24 heures suivant leur admission.
<p><u>28b. Examen général : examen somatique général</u> Un examen somatique général est exécuté dans les 24 heures suivant l'admission (tant un examen de recherche en laboratoire qu'un examen physique).</p>	Un examen somatique complet n'est exécuté pour aucun patient dans les 24 heures suivant son admission.	Un examen somatique complet est exécuté pour moins de 25 % des patients dans les 24 heures suivant leur admission.	Un examen somatique complet est exécuté pour 25 % - 49 % des patients dans les 24 heures suivant leur admission.	Un examen somatique complet est exécuté pour 50 % - 74 % des patients dans les 24 heures suivant leur admission.	Un examen somatique complet est exécuté pour 75 % - 100 % des patients dans les 24 heures suivant leur admission.
<p><u>29. Évaluation des risques</u> Les échelles d'évaluation des risques (par exemple, BVC, la Kennedy Axis V, SDAS, RSD, OAS, CMAI) sont utilisées quotidiennement.</p>	Aucune échelle n'est utilisée pour l'évaluation des risques.	Une échelle est utilisée, mais pas quotidiennement.	Une échelle est utilisée quotidiennement.	Plusieurs échelles sont utilisées, mais pas quotidiennement.	Plusieurs échelles sont utilisées quotidiennement.



<p><u>30. Gestion des conflits et de la sécurité personnelle</u> Les meilleures pratiques concernant le thème de la gestion des conflits et de la sécurité personnelle sont utilisées. Il s'agit de techniques de négociation, de désescalade et de maintien (holding). Une formation continue annuelle est organisée pour toute l'équipe.</p>	<p>Aucune méthodologie des meilleures pratiques n'est adoptée.</p>	<p>-</p>	<p>Les meilleures pratiques mentionnées sont utilisées par l'équipe, mais il n'y a pas de formation complète.</p>	<p>-</p>	<p>L'équipe connaît et utilise les meilleures pratiques mentionnées. L'utilisation de la méthodologie est évaluée annuellement et mise à jour pour toute l'équipe.</p>
<p><u>31a. Politique de médication</u> Les critères suivants sont respectés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y a une politique de médication protocolisée basée sur les connaissances/directives les plus actuelles.</li> <li>• Le choix de la médication est établi en concertation avec le patient.</li> <li>• Il y a une attention continue (suivi) pour l'efficacité et les effets secondaires de la médication.</li> <li>• Des explications structurées sur l'efficacité et les effets secondaires de la médication sont fournies.</li> </ul>	<p>La politique de médication ne répond à aucun des critères établis.</p>	<p>La politique de médication répond à un des critères établis.</p>	<p>La politique de médication répond à deux des critères établis.</p>	<p>La politique de médication répond à trois des critères établis.</p>	<p>La politique de médication répond à tous les quatre critères établis.</p>
<p><u>31b. Médication d'urgence</u> Une procédure claire est suivie concernant l'administration de médication d'urgence basée sur les connaissances/directives les plus</p>	<p>Aucune procédure n'est suivie dans l'administration de la médication d'urgence.</p>	<p>-</p>	<p>L'administration de la médication d'urgence est effectuée selon une procédure. Cependant,</p>	<p>-</p>	<p>L'administration de la médication d'urgence est effectuée selon une procédure. L'application de la</p>

actuelles. L'administration de la médication d'urgence doit être discutée avec le patient.			l'évaluation avec le patient n'a pas toujours lieu.		médication d'urgence est toujours discutée avec le patient.
<p><u>32. Soins des dépendances</u> Le traitement de la dépendance dans un HIC doit comprendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le traitement des dépendances est inclus dans le plan de traitement (diagnostic, interventions, objectifs).</li> <li>• Le traitement des dépendances est intégré. Il y a une attention combinée pour les interactions entre la problématique psychiatrique et les dépendances.</li> <li>• Il est démontrable qu'on travaille avec une politique basée sur des recommandations scientifiquement fondées (comme on peut le trouver <a href="http://www.infordrogues.be">www.infordrogues.be</a>).</li> <li>• La problématique des dépendances est cartographiée par un dépistage/évaluation (par exemple via MATE, échelle d'abstinence subjective, échelle d'abstinence objective, échelle de retrait clinique).</li> </ul>	Il y a une attention insuffisante pour les soins des dépendances. Aucun critère n'est respecté.	Les soins des dépendances répondent à un des critères établis.	Les soins des dépendances répondent à deux des critères établis.	Les soins des dépendances répondent à trois des critères établis.	Les soins des dépendances répondent à tous les quatre critères établis.

<p><u>33. Information structurée</u> Sur le HIC, des informations sont fournies de manière structurée sur les droits, les obligations, la Loi concernant la protection de la personne souffrant de maladie mentale.</p>	<p>Aucune information structurée n'est fournie sur les éléments mentionnés.</p>	<p>-</p>	<p>Une information structurée est fournie sur certains éléments.</p>	<p>-</p>	<p>Une information structurée est fournie sur tous les éléments mentionnés.</p>
<p><u>34. Offre d'activités</u> L'offre d'activités est disponible pour les patients aux moments suivants.</p>	<p>Il n'y a pas de programme.</p>	<p>Il y a un programme une partie du temps en semaine pendant la journée.</p>	<p>Il y a un programme tout le temps en semaine pendant la journée. OU Il y a un programme une partie du temps en semaine et un programme le week-end.</p>	<p>Il y a un programme en semaine pendant la journée (tout le temps) et le soir. OU Il y a un programme en semaine pendant la journée et le week-end.</p>	<p>Il y a un programme pendant la journée (tout le temps), le soir et le week-end.</p>
<p><u>35. Réflexe contextuel (réseau personnel : famille, proches, etc.)</u> Une vision a été élaborée sur le travail en réseau qui inclut et élabore les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le réseau personnel du patient est accueilli de manière hospitalière.</li> <li>• Le réseau personnel du patient est activement impliqué dans les soins.</li> <li>• Des formes de psychoéducation adaptées au réseau sont prévues.</li> </ul>	<p>Aucune vision n'a été rédigée et/ou peu ou pas d'attention a été accordée à l'implication du réseau.</p>	<p>Il existe une vision qui démontre manifestement la mise en œuvre d'un critère.</p>	<p>Il existe une vision qui démontre manifestement la mise en œuvre de deux critères.</p>	<p>Il existe une vision qui démontre manifestement la mise en œuvre de trois critères.</p>	<p>Il existe une vision qui démontre manifestement la mise en œuvre de tous les critères.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Des possibilités de rooming-in sont proposées et peuvent être utilisées si nécessaire.</li> </ul>					
--	--	--	--	--	--

<b>Organisations des soins</b>					
<b>Critère</b>	<b>Score 1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<u>36a. Admission et sortie HIC</u> Il y a des critères d'inclusion et d'exclusion clairs pour le traitement au HIC.	Il n'y a pas de critères d'inclusion et d'exclusion.	-	Il y a des critères d'inclusion et d'exclusion, mais ils ne sont pas systématiquement appliqués.	-	Il y a des critères clairs qui sont systématiquement appliqués.
<u>36b. Critères d'inclusion et d'exclusion pour l'USI</u> Il y a des critères d'inclusion et d'exclusion clairs pour le traitement à l'USI.	Il n'y a pas de critères d'inclusion et d'exclusion.	-	Il y a des critères d'inclusion et d'exclusion, mais ils ne sont pas systématiquement appliqués.	-	Il y a des critères clairs qui sont systématiquement appliqués.
<u>37. Listes d'attente</u> Il n'y a pas de liste d'attente, une admission est possible pour chaque demande d'admission appropriée.	Il y a une liste d'attente (plus de 3 semaines) ou les demandes d'admission appropriées sont redirigées lorsqu'il n'y a pas de disponibilité.	Il y a une liste d'attente de 3 semaines maximum.	Il y a une liste d'attente de 2 semaines maximum.	Il y a une liste d'attente de 1 semaine maximum.	Il n'y a pas de liste d'attente, une admission est possible pour chaque demande d'admission appropriée.
<u>38. Transfert</u> La transition du HIC vers l'ambulatoire répond aux critères suivants :	Aucun critère ou un seul des critères est respecté.	Deux des critères sont respectés.	Trois des critères sont respectés.	Quatre des critères sont respectés.	Tous les critères sont respectés.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans la semaine suivant la sortie, un premier rendez-vous avec un soignant ambulatoire doit être réalisé.</li> <li>• Pendant le séjour au HIC, il y a déjà eu une rencontre avec le soignant ambulatoire.</li> <li>• Dans les deux semaines suivant la sortie, un rapport sur le séjour est disponible.</li> <li>• Pendant tout le séjour, le travail se concentre sur les besoins pour la sortie.</li> <li>• Tous les patients disposent d'un plan de signalisation de crise à leur sortie.</li> </ul>					
--	--	--	--	--	--

<b>Observation</b>					
<b>Critère</b>	<b>Score 1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>39. Routine Outcome Monitoring (ROM)</b> L'équipe interdisciplinaire effectue un ROM pour tous les patients admis lors de l'admission (dans les 24 heures) et au départ, et au moins une fois toutes les trois semaines.	Le ROM a été effectué pour <20% des patients.	Le ROM a été effectué pour 20-39% des patients.	Le ROM a été effectué pour 40-59% des patients.	Le ROM a été effectué pour 60-79% des patients.	Le ROM a été effectué pour 80% ou plus des patients.
<b>40. Utilisation du ROM</b> L'équipe interdisciplinaire utilise les résultats du ROM (de l'ambulatoire et ROM supplémentaire interne) et les traduit à la fois dans le plan de	L'équipe interdisciplinaire n'utilise pas de ROM.	L'équipe interdisciplinaire utilise le ROM mais il n'y a pas de retours	L'équipe interdisciplinaire utilise le ROM et le traduit dans le plan de traitement individuel	L'équipe interdisciplinaire utilise le ROM et le traduit à la fois dans le plan de traitement	L'équipe interdisciplinaire utilise le ROM de manière structurée dans l'évaluation du

traitement individuel et la pratique d'équipe pour améliorer les soins.		aux membres de l'équipe.	ou la pratique d'équipe.	individuel et la pratique d'équipe.	fonctionnement de l'équipe, ce qui conduit à des ajustements au niveau de l'équipe et utilise le ROM comme un élément standard à chaque CCS.
<b>41. Cycle d'amélioration HIC</b> Le chef de projet/le chef d'équipe/le manager surveille le processus de l'unité et utilise les données pour améliorer le programme. La surveillance de ce processus se fait selon une approche standard basée sur des indicateurs de résultats. Le cycle PDCA est utilisé pour l'amélioration et à une fréquence de quatre fois par an.	Aucune tentative n'est faite pour surveiller le processus.	Le processus est surveillé au moins une fois par an de manière informelle.	Dans le processus, les données sont collectées et un retour à l'équipe est effectué, mais cela ne conduit pas à des ajustements.	Dans le processus, les données sont collectées et un retour à l'équipe est effectué. Les données sont utilisées pour améliorer le programme.	Le processus est surveillé de manière standardisée et approfondie au moins tous les 4 mois et est utilisé pour améliorer le programme. Le cycle PDCA est reconnaissable dans le processus.

<b>Professionalisation</b>					
<b>Critère</b>	<b>Score 1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>42. Réflexion sur le fonctionnement personnel</b> Chaque membre de l'équipe dispose d'au moins 12 heures par an pour des interventions ou supervisions (de groupe) (telle que sur la réflexion morale).	0%-19% des membres de l'équipe disposent annuellement de 12 heures au moins d'intervisions ou de supervisions (de groupe).	20%-39% des membres de l'équipe disposent annuellement de 12 heures au moins d'intervisions ou de supervisions (de groupe).	40%-59% des membres de l'équipe disposent annuellement de 12 heures au moins d'intervisions ou de supervisions (de groupe).	60%-79% des membres de l'équipe disposent annuellement de 12 heures au moins d'intervisions ou de supervisions (de groupe).	80%-100% des membres de l'équipe disposent annuellement de 12 heures au moins d'intervisions ou de supervisions (de groupe).
<b>43. Formation</b>	L'équipe interdisciplinaire ne	L'équipe interdisciplinaire	L'équipe interdisciplinaire	L'équipe interdisciplinaire	L'équipe interdisciplinaire

<p>Tous les membres de l'équipe interdisciplinaire reçoivent chaque année une formation continue dans les domaines suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contact avec le patient – présence</li> <li>2. Accueil hospitalier, traitement respectueux et attitude envers le patient</li> <li>3. Collaboration avec les proches et les experts du vécu</li> <li>4. Stratégies de désescalade</li> <li>5. Pratiques fondées sur des preuves et meilleures pratiques en matière de réduction de la contrainte</li> <li>6. Soins de soutien au rétablissement</li> </ol> <p>(voir le manuel pour plus d'informations)</p>	<p>reçoit pas de formation continue annuelle dans les domaines mentionnés.</p>	<p>reçoit une formation continue annuelle dans 1 ou 2 des domaines mentionnés.</p>	<p>reçoit une formation continue annuelle dans 3 ou 4 des domaines mentionnés.</p>	<p>reçoit une formation continue annuelle dans 5 des domaines mentionnés.</p>	<p>reçoit une formation continue annuelle dans tous les domaines mentionnés.</p>
<p><u>44. Connaissance de l'ambulatoire / Intensive Home Treatment (IHT)</u> L'équipe interdisciplinaire est familiarisée avec la méthode de travail des équipes de traitement ambulatoire et y adhère dans sa méthode de travail</p>	<p>Il y a peu de connaissance des méthodes ambulatoires et il n'est pas démontrable que l'équipe établit un lien avec le processus de traitement ambulatoire.</p>	<p>Il y a peu de connaissance des méthodes ambulatoires. L'établissement d'un lien avec le processus de traitement ambulatoire varie.</p>	<p>La connaissance du traitement ambulatoire dans l'équipe dépend de chaque employé individuel. L'établissement d'un lien avec le processus de traitement</p>	<p>L'équipe est complètement informée de la méthode de travail de l'équipe ambulatoire. Cependant, l'établissement d'un lien avec le processus</p>	<p>L'équipe est complètement informée de la méthode de travail de l'équipe ambulatoire. Le traitement est adapté au processus de traitement ambulatoire.</p>

			ambulatoire varie également.	de traitement ambulatoire varie.	
<p><b>45. Esprit d'équipe</b> Évaluez les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambiance dans l'équipe (excellente, agréable, chaleureuse)</li> <li>• Cohésion (soutien mutuel et implication)</li> <li>• Vision partagée (unanimité sur les méthodes de travail et les objectifs de l'équipe)</li> <li>• Esprit d'innovation (équipe débordant d'idées et de dynamisme)</li> </ul>	Aucun des points n'est positif. L'équipe n'affiche aucune cohésion. Elle donne l'impression d'être éteinte, peu inspirée et conflictuelle.	L'équipe obtient un score positif sur 1 point.	L'équipe obtient un score positif sur 2 points.	L'équipe obtient un score positif sur 3 points.	L'équipe obtient un score positif sur tous les points. L'équipe semble être enthousiaste, motivée, harmonieuse, dynamique et déterminée.

<b>La loi relative à la protection de la personne des malades mentaux</b>					
<b>Critère</b>	<b>Score 1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<p><b>46. Application de la loi relative à la protection de la personne des malades mentaux / hospitalisation forcée</b> L'unité applique une politique claire concernant la mise en œuvre de la loi relative à la protection de la personne des malades mentaux (hospitalisation forcée) et la met en œuvre sans ambiguïté et selon le cycle du PDCA.</p>	L'équipe n'applique pas de politique d'hospitalisation forcée.	L'équipe dispose d'une politique d'hospitalisation forcée, mais ne l'applique pas.	L'équipe dispose d'une politique d'hospitalisation forcée, mais ne l'applique pas de manière univoque.	L'équipe dispose d'une politique d'hospitalisation forcée, et l'applique.	L'équipe dispose d'une politique d'hospitalisation forcée, et l'applique. L'équipe a connaissance de nouvelles évolutions en la matière et la procédure est régulièrement revue et adaptée.



Aménagement de l'espace					
Critère	Score 1	2	3	4	5
<p><u>47. Environnements de soins propices à la guérison/ Healing environment (HE)</u> Il existe un instrument pour mesurer et améliorer le niveau de l'environnement thérapeutique (par exemple, l'échelle OAZIS).</p>	Il y a peu ou pas d'attention portée à l'environnement résidentiel/vie quotidienne.	Les principes du HE sont connus. Dans l'environnement immédiat, cela n'est pas encore visible.	L'environnement répond aux besoins, mais il n'y a pas de politique spécifique axée sur le HE.	L'environnement thérapeutique est un point d'attention structurel, mais il n'y a pas d'évaluation.	L'environnement thérapeutique est un point d'attention structurel et l'équipe se soumet régulièrement à des évaluations
<p><u>48a. Le High Care (HC): des chambres « verrouillables »</u> Dans le HC, il y a des chambres personnelles, verrouillables par le patient (1), avec douche et toilettes (2).</p>	Aucun des deux critères n'est présent.	-	Un des deux critères est présent.	-	Les deux critères sont présents.
<p><u>48b. Le HC: chambre « confort »</u> Dans le HC, il y a une chambre de confort.</p>	Non	-	-	-	Oui
<p><u>48c. Le HC: diversité des espaces de rencontre</u>  Dans le HC, il y a une diversité d'espaces de rencontre.</p>	Non	-	-	-	Oui
<p><u>48d. Le HC : l'espace extérieur</u> Dans le HC, il y a un espace extérieur.</p>	Non	-	-	-	Oui
<p><u>48e. Le HC : chambre familiale</u> Dans le HC, il y a une chambre familiale.</p>	Non	-	-	-	Oui

48f. Le HC: <u>comptoir ouvert</u> Dans le HC, il y a un comptoir ouvert ou des stations de travail.	Non	-	-	-	Oui
48g. Le HC: <u>la domotique</u> Dans le HC, il y a un soutien grâce à la domotique.	Non	-	-	-	Oui
48h. Le HC: <u>bureaux des praticiens</u> Les bureaux des praticiens impliqués sont situés dans l'unité et directement accessibles à tous les patients.	Non	-	-	-	Oui
49. L' <u>Intensive Care (IC)</u> L'IC répond aux critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• C'est une unité architecturale comprenant un certain nombre d'USI et de CSA.</li> <li>• Il s'agit d'un espace physique, intégré au sein du HIC où l'équipe offre elle-même une prise en charge individuelle (continuité des soins).</li> <li>• Il y a un jardin clos.</li> <li>• Il y a suffisamment d'espace pour différentes finalités et activités.</li> <li>• L'entrée des ambulances donne accès à une salle de consultation dans l'IC.</li> </ul>	L'IC répond à 0 ou 1 des critères.	L'IC répond à 2 des critères.	L'IC répond à 3 des critères.	L'IC répond à 4 des critères.	L'IC répond à tous les critères.
50. <u>Espace Unité Soins Intensifs (USI)</u> L'USI répond aux critères suivants :	L'USI ne répond à aucun des critères.	L'USI répond à 1 des critères.	L'USI répond à 2 des critères.	L'USI répond à 3 des critères.	L'USI répond à tous les 4 critères.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il s'agit de chambres individuelles.</li> <li>• Il y a un coin salon et un coin lit ainsi que des installations sanitaires.</li> <li>• Dans le cas où il y a plusieurs USI, elles ne sont pas interconnectées.</li> <li>• Le patient peut contrôler l'utilisation de la lumière (naturelle), la température et les médias.</li> </ul>					
<p><b>51. La Chambre à Sécurité Augmentée (CSA)</b>                  La CSA répond aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle consiste en un espace verrouillable.</li> <li>• Il y a des toilettes avec un lavabo disponible.</li> <li>• Il y a un écran tactile disponible, permettant au patient de rester en contact avec l'équipe.</li> <li>• Le patient peut contrôler l'utilisation de la lumière (naturelle), la température et les médias.</li> <li>• Il y a un vestibule équipé de sanitaires.</li> </ul>	Il n'y a pas de CSA telle que décrite ici.	La CSA répond à 1 des critères.	La CSA répond à 2 des critères.	La CSA répond à 3 ou 4 des critères.	La CSA répond à tous les critères.

Critère	Score 1	2	3	4	5
<p><b>52. Système de gestion de la sécurité (SGS)</b> L'unité HIC est intégrée dans un système de gestion de la sécurité comprenant des rapports structurels, des analyses et des actions d'amélioration.</p>	Il n'y a pas de SGS.	Les déclarations d'incidents dépendent des employés individuels.	Il y a un SGS mais il n'est pas bien utilisé.	Il y a un SGS. Les déclarations sont faites de manière structurée, mais les analyses et les actions d'amélioration sont absentes.	Il y a un SGS où les déclarations sont faites de manière structurée. Les analyses sont utilisées pour l'amélioration continue de la qualité en matière de sécurité.

<b>Evaluation et feedback sur la contrainte</b>					
Critère	Score 1	2	3	4	5
<p><b>53a. Évaluation du recours à la contrainte</b> Chaque recours à la contrainte fait l'objet d'une évaluation démontrable avec l'équipe et l'institution. Les résultats de ces évaluations doivent être utilisés de manière démontrable pour adapter/améliorer l'approche de l'institution en matière de recours à la contrainte.</p>	Aucune évaluation n'est réalisée au niveau individuel.	Les recours à la contrainte sont évalués dans 25 à 75 % des cas.	Les recours à la contrainte sont évalués dans plus de 75 % des cas. Toutefois, cela n'induit aucune politique d'amélioration.	Les recours à la contrainte sont évalués dans 100 % des cas. L'utilisation des résultats n'est pas claire.	Chaque recours à la contrainte fait l'objet d'une évaluation démontrable. Les résultats de ces évaluations doivent être utilisés de manière démontrable pour adapter/améliorer l'approche de l'institution en matière de recours à la contrainte.

<p><u>53b. Évaluation du recours à la contrainte</u> Chaque recours à la contrainte fait l'objet d'une évaluation démontrable avec le patient et les proches.</p>	<p>Les recours à la contrainte ne sont pas évalués avec le patient ou ses proches.</p>	<p>L'évaluation des recours à la contrainte est réalisée de manière variable avec le patient. Les proches ne sont pas impliqués dans l'évaluation des recours à la contrainte.</p>	<p>L'évaluation de la séparation est toujours réalisée avec les patients. L'évaluation des autres recours à la contrainte est réalisée de manière variable avec le patient. Les proches sont impliqués de manière variable dans cette évaluation.</p>	<p>L'évaluation de toutes les formes de contrainte est réalisée avec le patient. Les proches sont impliqués de manière variable dans l'évaluation des recours à la contrainte.</p>	<p>Toutes les formes de contrainte sont évaluées tant avec le patient qu'avec ses proches.</p>
<p><u>54. Feedback de l'enregistrement d'interventions sous contrainte</u> L'enregistrement des interventions sous contrainte est communiqué à l'équipe au moins une fois par mois au sein du service et est utilisé pour évaluer et ajuster sa propre approche.</p>	<p>Aucun feedback n'est proposé sur l'enregistrement des interventions sous contrainte.</p>	<p>Un feedback sur l'enregistrement des interventions sous contraintes est proposé tous les six mois.</p>	<p>Un feedback sur l'enregistrement des interventions sous contrainte est proposé trimestriellement.</p>	<p>Un feedback sur l'enregistrement des interventions sous contrainte est proposé mensuellement.</p>	<p>Un feedback sur l'enregistrement des interventions sous contrainte est proposé mensuellement et les conclusions sont utilisées pour évaluer et ajuster l'approche individuelle.</p>