



Moniteur SI

Échelle de conformité au modèle Soins Intensifs

Version belge - application pour la Flandre

Structure de l'équipe¹					
Critère	Score 1	2	3	4	5
<u>1a. Charge de travail infirmier réduite : équipe de jour</u> Occupation optimale de base de 7 infirmières pour 20 lits	3 infirmières ou moins pour 20 lits	4 infirmières pour 20 lits	5 infirmières pour 20 lits	6 infirmières pour 20 lits	7 infirmières ou plus pour 20 lits
<u>1b. Charge de travail infirmier réduite : équipe du soir</u> Occupation optimale de base de 7 infirmières pour 20 lits	3 infirmières ou moins pour 20 lits	4 infirmières pour 20 lits	5 infirmières pour 20 lits	6 infirmières pour 20 lits	7 infirmières ou plus pour 20 lits
<u>1c. Charge de travail infirmier réduite : équipe de nuit</u> Occupation optimale de base de 5 infirmières pour 20 lits	1 infirmière ou moins pour 20 lits	2 infirmières pour 20 lits	3 infirmières pour 20 lits	4 infirmières pour 20 lits	5 infirmières ou plus pour 20 lits
<u>2. Accroître les soins</u> L'équipe peut assurer une supervision individuelle des infirmières à tout moment de la journée ou de la semaine (24 heures).	L'équipe ne peut pas se charger de la supervision individuelle	L'équipe ne peut être élargie que pendant la journée durant la semaine.	L'équipe peut être élargie pendant la journée tant en semaine que durant le week-end.	L'équipe peut être élargie pendant la journée et la nuit durant la semaine que pendant la journée durant le week-end.	L'équipe ne peut pas toujours se charger de la supervision individuelle (24 heures sur 24)
<u>3a. Équipe de supervision</u> L'équipe de supervision se compose d'infirmières et de superviseurs possédant une formation en sciences humaines. Au moins 70 % de ce groupe est titulaire d'un baccalauréat (30 % au maximum sont titulaires d'un diplôme ESP5).	Moins de 40 % de ce groupe est titulaire d'un baccalauréat	40 % - 49 % de ce groupe est titulaire d'un baccalauréat	50 % - 59 % de ce groupe est titulaire d'un baccalauréat	60 % - 69 % de ce groupe est titulaire d'un baccalauréat	Au moins 70 % de ce groupe est titulaire d'un baccalauréat

¹ La structure de l'équipe est calculée sur 20 lits et doit être adaptée pour des services de plus petite ou de plus grande taille.

<p>3b. Équipe de supervision La composition de ce groupe est diversifiée, 80 % des membres possédant un diplôme d'infirmier et 20 % ayant suivi une formation autre qu'infirmière avec une formation en sciences humaines.</p>	<p>L'équipe de supervision se compose de 90 % ou plus d'infirmières</p>	<p>-</p>	<p>La proportion d'infirmières dans l'équipe de supervision oscille entre 80 et 89 %.</p>	<p>-</p>	<p>Le ratio prédéterminé de 80%/20% a été atteint au sein de l'équipe de supervision.</p>
<p>4a. Psychiatre Le service compte deux psychiatres ETP pour les soins directs aux patients, pour 20 lits. Un psychiatre ETP vaut pour 1 ETP. 1 ETP MSF est comptabilisé comme la moitié d'une fonction de psychiatre. Dans le cas de 2 postes de psychiatres ETP, au moins 1,5 ETP doit être occupé par le psychiatre.</p>	<p>Un psychiatre ETP est disponible</p>	<p>1,01-1,25 psychiatre ETP est disponible. Au moins un ETP sera occupé par le psychiatre.</p>	<p>1,26-1,5 psychiatre ETP est disponible. Au moins un ETP sera occupé par le psychiatre.</p>	<p>1,51-1,75 psychiatre ETP est disponible. Au moins 1,5 ETP sera occupé par le psychiatre.</p>	<p>Deux psychiatres ETP sont disponibles. Au moins 1,5 ETP sera occupé par le psychiatre.</p>
<p>4b. Psychiatre La capacité de 2 ETP en psychiatrie permet d'assumer les tâches suivantes : diagnostics médicaux psychiatriques, mise en place psycho-pharmacologique, discussions approfondies avec le patient et sur le contexte, participation aux DSS, coordination et responsabilité finale du trajet de soins, équipe de coaching de fond.</p>	<p>Un maximum de 1 ou 2 des 6 contenus de tâches sont assurés par le psychiatre.</p>	<p>3 des 6 contenus de tâches sont assurés par le psychiatre.</p>	<p>4 des 6 contenus de tâches sont assurés par le psychiatre.</p>	<p>5 des 6 contenus de tâches sont assurés par le psychiatre.</p>	<p>Tous les contenus de tâches décrits sont assurés par le psychiatre.</p>
<p>4c. Psychiatre Le psychiatre participe à l'accroissement des soins</p>	<p>Le psychiatre ne participe que très sporadiquement à</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>Le psychiatre participe systématiquement à l'accroissement des soins</p>

	l'accroissement des soins				
<u>5a. Psychologue</u> Deux psychologues cliniciens ETP sont présents dans le service de 20 lits	0 à 0,4 psychologue clinicien ETP est présent	0,5 à 0,9 psychologue clinicien ETP est présent	1 à 1,4 psychologue clinicien ETP est présent	1,5 à 1,9 psychologue clinicien ETP est présent	2 psychologues cliniciens ETP ou plus sont présents
<u>5b. Psychologue</u> Les psychologues cliniciens (2 ETP) assument (au total) les 5 tâches suivantes : dépistage psychodiagnostique, entretiens approfondis avec les patients, entretiens contextuels approfondis, coordination des DSS, coaching de fond des superviseurs individuels.	Seule une des cinq tâches est remplie par des psychologues cliniciens.	Deux des cinq tâches sont remplies par des psychologues cliniciens.	Trois des cinq tâches sont remplies par des psychologues cliniciens.	Quatre des cinq tâches sont remplies par des psychologues cliniciens.	Toutes les tâches décrites sont remplies par des psychologues cliniciens.
<u>5c. Psychologue</u> Le psychologue clinicien participe à l'accroissement des soins	Le psychologue clinicien ne participe que très sporadiquement à l'accroissement des soins	-	-	-	Le psychologue clinicien participe systématiquement à l'accroissement des soins.
<u>6. Personnel/spécialiste en soins infirmiers (SSI) cf. profil de fonction du conseil fédéral de l'art infirmier du 13/06/2017</u> 1 SSI ETP est présent pour 20 lits	0,24 SSI ETP ou moins est présent	0,25-0,49 SSI ETP est présent	0,5-0,74 SSI ETP est présent	0,75-0,99 SSI ETP est présent	1 SSI ETP ou plus est présent
<u>7. Expert en dépendance/référent</u> L'équipe compte 0,6 expert ETP en dépendance pour 20 lits. L'expert en dépendance est un membre de l'équipe qui a suivi une formation spécifique	L'équipe compte 0,2 expert en dépendance ETP ou moins pour 20 patients.	L'équipe compte 0,3 expert en dépendance ETP pour 20 patients.	L'équipe compte 0,4 expert en dépendance ETP pour 20 patients.	L'équipe compte 0,5 expert en dépendance ETP pour 20 patients.	L'équipe compte 0,6 expert en dépendance ETP pour 20 patients.

d'un an au moins ou qui est expérimenté dans la prise en charge des dépendances. De même, cet expert en dépendance doit suivre un recyclage professionnel au moins une fois par an. Cette expertise peut être assumée par n'importe quelle fonction. Il ne s'agit donc pas d'un ETP supplémentaire.					
8. Expert en diversité/référent L'équipe compte 0,6 expert ETP en diversité 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 même, cet expert en diversité doit suivre un recyclage professionnel au moins annuel. Cette expertise peut être assumée par n'importe quelle fonction. Il ne s'agit donc pas d'un ETP supplémentaire.	L'équipe compte 0,2 expert en diversité ETP ou moins pour 20 patients.	L'équipe compte 0,3 expert en diversité ETP pour 20 patients.	L'équipe compte 0,4 expert en diversité ETP pour 20 patients.	L'équipe compte 0,5 expert en diversité ETP pour 20 patients.	L'équipe compte 0,6 expert en diversité ETP pour 20 patients.
9. Expert du vécu (famille) L'équipe compte 2 experts du vécu (famille) ETP pour 20 lits.	L'équipe compte 0-0,4 expert du vécu (famille) ETP	L'équipe compte 0,5-0,9 expert du vécu (famille) ETP	L'équipe compte 1-1,4 expert du vécu (famille) ETP	L'équipe compte 1,5-1,9 expert du vécu (famille) ETP	L'équipe compte 2 experts du vécu (famille) ETP ou plus
10a. Thérapeute professionnel/conseiller en activités Au moins trois thérapeutes professionnels/conseillers en activités ETP sont disponibles pour 20 lits.	L'équipe compte 0 - 0,7 thérapeute professionnel/conseiller en activités ETP pour 20 patients.	L'équipe compte 0,8 - 1,5 thérapeute professionnel/conseiller en activités ETP pour 20 patients.	L'équipe compte 1,6 - 2,3 thérapeutes professionnels/conseillers en activités ETP pour 20 patients.	L'équipe compte 2,4 - 2,9 thérapeutes professionnels/conseillers en activités ETP pour 20 patients.	L'équipe compte au moins 3 thérapeutes professionnels/conseillers en activités ETP pour 20 patients.

<p><u>10b. Thérapeute professionnel/conseiller en activités</u> Ce thérapeute professionnel/conseiller en activités assume les tâches suivantes : structuration de l'offre de groupe et de l'offre thérapeutique individuelle.</p>	<p>Une seule des deux tâches est assumée par le thérapeute professionnel/conseiller en activités</p>	-	-	-	<p>Les deux tâches sont assumées par le thérapeute professionnel/conseiller en activités.</p>
<p><u>10c. Thérapeute professionnel/conseiller en activités</u> Le thérapeute professionnel/conseiller en activités participe à l'accroissement des soins</p>	<p>Le thérapeute professionnel/conseiller en activités participe très sporadiquement à l'accroissement des soins</p>	-	-	-	<p>Le thérapeute professionnel/conseiller en activités participe systématiquement à l'accroissement des soins.</p>
<p><u>11a. Travailleur social</u> 1,5 travailleur social ETP est disponible pour 20 lits.</p>	<p>0 – 0,3 travailleur social ETP est disponible</p>	<p>0,4 – 0,7 travailleur social ETP est disponible</p>	<p>0,8 – 1 travailleur social ETP est disponible</p>	<p>1,1 – 1,4 travailleur social ETP est disponible</p>	<p>1,5 travailleur social ETP (ou plus) est disponible</p>
<p><u>11b. Travailleur social</u> Le travailleur social assume les tâches suivantes : soutien administratif social urgent, activation des acteurs de soins en fonction du suivi des soins, mise en place d'un filet de sécurité social.</p>	<p>Le travailleur social n'assume que partiellement une des tâches</p>	<p>Le travailleur social assume pleinement une des sous-tâches.</p>	<p>Le travailleur social assume partiellement au moins deux des sous-tâches.</p>	<p>Le travailleur social assume pleinement deux des sous-tâches.</p>	<p>Le travailleur social assume trois des sous-tâches.</p>
<p><u>11c. Travailleur social</u> Le travailleur social participe à l'accroissement des soins</p>	<p>Le travailleur social ne participe que très sporadiquement à l'accroissement des soins</p>	-	-	-	<p>Le travailleur social participe systématiquement à l'accroissement des soins</p>
<p><u>12. Conseiller individuel (CI)</u> Chaque patient dispose d'un conseiller individuel et d'un conseiller co-individuel (co-CI), qui assument un rôle</p>	<p>Il n'y a pas de conseiller individuel pour chaque patient. Les tâches décrites</p>	<p>Il y a un conseiller individuel, mais toutes les tâches décrites ne sont pas assumées.</p>	<p>Il y a un conseiller individuel pour chaque patient.</p>	<p>Il existe un conseiller individuel, qui assume chacune des tâches décrites pour chaque</p>	<p>Il existe un conseiller individuel, qui assume chacune des tâches décrites pour chaque</p>

<p>de soutien dans le processus personnel des patients. Le patient sait à qui s'adresser pour poser des questions. Le CI est un défenseur du patient (il/elle fait le rapport préparatoire avec le patient et est présent(e) à la DSS ou informe le co-CI qui peut représenter le CI à la DSS). Le CI 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 CI suit l'évolution personnelle du patient et les points d'attention dans le processus individuel.</p>	<p>sont (partiellement) réparties sur d'autres fonctions.</p>			<p>patient et un conseiller co-individuel est disponible pour une partie des patients.-</p>	<p>patient et un conseiller co-individuel est systématiquement disponible pour chaque patient.</p>
<p><u>13. Chef d'équipe adjoint / chef de service adjoint</u> Satisfait aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il/Elle assure 8 des 36 heures d'assistance directe aux patients en qualité de membre de l'équipe • Il/Elle surveille activement la conformité du modèle du département et contrôle les résultats obtenus, par exemple, par Argus, KWAZOP, les notifications de sécurité et les chiffres de production. 	<p>Aucun chef d'équipe adjoint n'est disponible</p>	<p>Un chef d'équipe adjoint est disponible, mais ne remplit pas les critères</p>	<p>Le chef d'équipe adjoint satisfait à un critère</p>	<p>Le chef d'équipe adjoint satisfait à deux critères</p>	<p>Le chef d'équipe adjoint satisfait à tous les critères</p>

<ul style="list-style-type: none"> Il/Elle doit être présent(e) à la concertation Digibord et aux réunions relatives au plan de traitement au moins 3 fois par semaine. 					
<p><u>14. Disciplines supplémentaires</u> Les disciplines énumérées ci-dessous sont accessibles aux patients sur indication :</p> <ul style="list-style-type: none"> Psychiatre infanto-juvénile Prestataire de soins mentaux Service de médiation Spécialiste somatique/médecin traitant Médecin spécialiste des dépendances Interprète 	Une ou plusieurs disciplines sont accessibles à tous les patients	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><u>15a. Politique de personnel : expérience</u> Les collaborateurs de l'équipe interdisciplinaire SI possèdent au moins deux ans d'expérience dans un cadre SSM.</p>	0%-19% des collaborateurs possèdent au moins deux ans d'expérience au sein des SSM.	20%-39% des collaborateurs possèdent au moins deux ans d'expérience au sein des SSM.	40%-59% des collaborateurs possèdent au moins deux ans d'expérience au sein des SSM.	60%-79% des collaborateurs possèdent au moins deux ans d'expérience au sein des SSM.	80%-100% des collaborateurs possèdent au moins deux ans d'expérience au sein des SSM.
<p><u>15b. Politique du personnel : soutien des collaborateurs</u> La politique de personnel prévoit les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Il existe une possibilité de rotation des postes, soit sur indication, soit à la demande du collaborateur. 	Peu ou pas d'attention est accordée à la politique du personnel	La politique du personnel satisfait à un critère	La politique du personnel satisfait à deux critères	La politique du personnel satisfait à trois critères	La politique du personnel satisfait à tous les critères

<ul style="list-style-type: none"> • Une enquête de satisfaction est réalisée tous les deux ans parmi les collaborateurs • Les résultats de l'enquête de satisfaction font l'objet d'un suivi manifeste • Un coaching est disponible sur indication (renforcement) et personnalisé 					
---	--	--	--	--	--

Processus d'équipe					
Critère	Score 1	2	3	4	5
16. Vision L'équipe a tiré du modèle SI une vision clairement décrite et orientée vers le rétablissement et communiquée à ce sujet avec des partenaires extérieurs.	Aucune vision n'est décrite	-	Une vision est disponible, mais son utilisation n'est pas démontrée	-	L'équipe a une vision clairement décrite basée sur le modèle SI. Les membres de l'équipe travaillent sur la base de cette vision
17. Hospitalité La « méthodologie des cinq premières minutes » est appliquée par défaut. Les points suivants en attestent : <ul style="list-style-type: none"> • La liste de contrôle pour les cinq premières minutes d'hospitalisation est respectée (due préparation de l'hospitalisation, bonne 	L'approche de l'équipe ne répond à aucun critère	L'approche de l'équipe répond à un des critères	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

<p>réception, introduction et aspects de la réglementation).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans les nouveaux services, les préférences des patients sont prises en compte autant que possible lors de la répartition des patients. • Au début du service, les membres de l'équipe prennent l'initiative de contacter les patients • L'équipe ose s'écarter des protocoles existants si la situation l'exige. 					
<p><u>18. Présence</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pendant la journée, au moins deux infirmières/ASP sont continuellement présents et accessibles dans le groupe. • Les bureaux des médecins concernés sont installés dans le service 	<p>L'approche de l'équipe ne répond à aucun critère</p>	<p>-</p>	<p>L'approche de l'équipe répond à un critère</p>	<p>-</p>	<p>L'approche de l'équipe répond aux deux critères</p>
<p><u>19. Attitude/traitement</u> Le traitement 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. L'équipe est constamment à la recherche d'un lien avec la partie saine</p>	<p>Les membres de l'équipe ne sont pas familiarisés aux modèles théoriques et aux SAR</p>	<p>Le traitement dépend de chaque membre de l'équipe. Il n'existe aucune vision commune fondée sur des modèles théoriques et des SAR</p>	<p>L'équipe maîtrise les modèles théoriques et les SAR, mais cela n'est pas appliqué de manière cohérente dans le traitement.</p>	<p>L'équipe maîtrise les modèles théoriques et les SAR, mais les applique de manière cohérente dans le traitement.</p>	<p>Il existe une approche cohérente basée sur des modèles théoriques et SAR. L'équipe discute des questions de traitement et affiche une capacité d'autoréflexion.</p>

et les possibilités et capacités du patient. L'équipe utilise l'admission comme un élément d'un processus plus global du patient					
<p><u>20a. Discussion relative à la coordination des soins de santé (DSS) : lors de l'admission</u></p> <p>Lors de l'admission, un entretien DSS 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 (patient, praticien hospitalier, praticien ambulatoire, proches parents).</p>	Aucune DSS n'est menée dans les 24 heures suivant l'admission	Une DSS est menée dans les 24 heures suivant l'admission pour moins de 25 % des patients.	Une DSS est menée dans les 24 heures suivant l'admission pour moins de 25 % - 49 % des patients.	Une DSS est menée dans les 24 heures suivant l'admission pour moins de 50 % - 74 % des patients.	Une DSS est menée dans les 24 heures suivant l'admission pour moins de 75 % - 100 % des patients.
<p><u>20b. Discussion relative à la coordination des soins de santé (DSS) lors de l'admission</u></p> <p>Dans les 48 heures, les conclusions de la première DSS seront complétées et la raison, l'objectif et le calendrier de l'admission aux SI seront déterminés en concertation avec le patient, le praticien hospitalier, les proches et praticien ambulatoire, au moins.</p>	Le motif, l'objectif et le calendrier ne sont pas fixés dans un délai de 48 heures.	Le motif, l'objectif et le calendrier sont déterminés en concertation dans les 48 heures pour moins de 25 % des patients.	Le motif, l'objectif et le calendrier sont déterminés en concertation dans les 48 heures pour 25 % - 49 % des patients.	Le motif, l'objectif et le calendrier sont déterminés en concertation dans les 48 heures pour 50 % - 74 % des patients.	Le motif, l'objectif et le calendrier sont déterminés en concertation dans les 48 heures pour 75 % - 100 % des patients.
<p><u>20c. Organisation de la discussion relative à coordination des soins (DSS)</u></p> <p>La DSS satisfait aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> La DSS est préparée par le conseiller individuel en collaboration avec le patient. 	Aucune DSS n'est organisée	La DSS ne satisfait à aucun critère	La DSS satisfait à un critère	La DSS satisfait à deux critères	La DSS satisfait à tous les critères

<ul style="list-style-type: none"> Le réseau est cartographié, à savoir le réseau tant personnel que professionnel Le réseau pertinent pour le patient est présent à la DSS 					
<p><u>20c. Discussion relative à la coordination des soins de santé (DSS) : toutes les 3 semaines</u> La DSS est organisée au cours de la 3e semaine et ensuite, dans un délai de 3 semaines durant lesquelles les objectifs du traitement sont évalués.</p>	Aucune DSS n'est organisée pour les patients au cours de la troisième semaine et, ensuite, au cours des trois semaines suivantes.	Une DSS est organisée pour moins de 25 % des patients au cours de la troisième semaine et, ensuite, durant les trois semaines suivantes.	Une DSS est organisée pour 25 % - 49 % des patients au cours de la troisième semaine et, ensuite, durant les trois semaines suivantes.	Une DSS est organisée pour 50 % - 74 % des patients au cours de la troisième semaine et, ensuite, durant les trois semaines suivantes.	Une DSS est organisée pour 75 % - 100 % des patients au cours de la troisième semaine et, ensuite, durant les trois semaines suivantes.
<p><u>20d. Discussion relative à la coordination des soins de santé (DSS) : à la sortie ou en cas de transfert</u> Une DSS est menée en cas de sortie ou de transfert.</p>	Aucune DSS n'est menée pour les patients en cas de sortie ou de transfert.	Une DSS est menée pour moins de 25 % des patients en cas de sortie ou de transfert.	Une DSS est menée pour 25 % - 49 % des patients en cas de sortie ou de transfert.	Une DSS est menée pour 50 % - 74 % des patients en cas de sortie ou de transfert.	Une DSS est menée pour 75 % - 100 % des patients en cas de sortie ou de transfert.
<p><u>21. Consultation du plan de traitement</u> Un plan de traitement négocié est disponible dans un délai de 24 heures à compter de l'admission. Le patient peut consulter ce plan de traitement à tout moment.</p>	Aucun patient ne peut consulter le plan de traitement dans les 24 heures suivant son admission.	Moins de 25 % des patients peuvent consulter le plan de traitement dans les 24 heures suivant leur admission.	25 % - 49 % des patients peuvent consulter le plan de traitement dans les 24 heures suivant leur admission.	50 % - 74 % des patients peuvent consulter le plan de traitement dans les 24 heures suivant leur admission.	75 % - 100 % des patients peuvent consulter le plan de traitement dans les 24 heures suivant leur admission.
<p><u>22. Digibord</u> Le Digibord répond aux critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le Digibord est toujours numérique Le Digibord est disponible, fonctionnel dans la salle de réunion, contient des données pertinentes et est lié au DEP. 	Aucun Digibord n'est utilisé	Le Digibord répond à un ou deux critères	Le Digibord répond à trois ou quatre critères	Le Digibord répond à cinq critères	Le Digibord répond à tous les critères

<ul style="list-style-type: none"> • Une procédure fixe est appliquée pour l'utilisation du Digibord • L'ensemble du processus de l'équipe peut être consulté sur le Digibord. • Lors de la discussion quotidienne relative au Digibord, tous les membres de l'équipe travaillant à cette date sont en principe présents. • Le Digibord est actualisé quotidiennement et est à jour 					
<p><u>23. Durée d'hospitalisation aux SI</u> La durée maximale du séjour aux SI est de 3 semaines et peut, si nécessaire, être prolongé deux fois après évaluation au sein de l'équipe de traitement.</p>	Les normes relatives à la durée du séjour et à la prolongation ne sont respectées pour aucun patient	Les normes relatives à la durée du séjour et à la prolongation sont respectées pour moins de 25 % des patients	Les normes relatives à la durée du séjour et à la prolongation sont respectées pour 25 % - 49 % des patients	Les normes relatives à la durée du séjour et à la prolongation sont respectées pour 50 % - 74 % des patients	Les normes relatives à la durée du séjour et à la prolongation sont respectées pour 75 % - 100 % des patients
<p><u>24a. Processus de soins et consultation à l'USI</u> Le séjour au sein de l'USI repose sur les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Le psychiatre a un contact direct avec le patient au moins 	Aucun des critères n'est rempli	-	Un critère est rempli	-	Les deux critères sont remplis

une fois par jour (7 jours par semaine).					
<p><u>24b. Processus de soins et consultation à l'USI</u> Le séjour au sein de la CSS repose sur les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La durée maximale du séjour au sein de la CSS est de 1 journée. Une consultation d'une équipe de consultation interne est nécessaire pour prolonger cette durée. • Le psychiatre a un contact direct avec le patient au moins deux fois par jour (7 jours par semaine). 	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>25. Directives</u> Le respect de la directive contrainte et coercition 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>26. Premier diagnostic</u> Le premier diagnostic (image et crise psychiatriques) doit être posé dans l'heure qui suit l'admission, après consultation du référent et des parents proches (triade).</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>27a. Examen général</u> Le praticien ou l'infirmier spécialiste exécute une hétéroanamnèse dans un délai de 24 h à la suite de l'admission</p>	<p>Une hétéroanamnèse n'est exécutée pour aucun patient dans les 24 heures suivant son admission.</p>	<p>Une hétéroanamnèse est exécutée pour moins de 25 % des patients dans les 24 heures suivant leur admission.</p>	<p>Une hétéroanamnèse est exécutée pour 25 % - 49 % des patients dans les 24 heures suivant leur admission.</p>	<p>Une hétéroanamnèse est exécutée pour 50 % - 74 % des patients dans les 24 heures suivant leur admission.</p>	<p>Une hétéroanamnèse est exécutée pour 75 % - 100 % des patients dans les 24 heures suivant leur admission.</p>
<p><u>27b. Examen 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>	<p>Un examen somatique complet n'est exécuté pour aucun patient dans les 24 heures suivant son admission.</p>	<p>Un examen somatique complet est exécuté pour moins de 25 % des patients dans les 24 heures suivant leur admission.</p>	<p>Un examen somatique complet est exécuté pour 25 % - 49 % des patients dans les 24 heures suivant leur admission.</p>	<p>Un examen somatique complet est exécuté pour 50 % - 74 % des patients dans les 24 heures suivant leur admission.</p>	<p>Un examen somatique complet est exécuté pour 75 % - 100 % des patients dans les 24 heures suivant leur admission.</p>
<p><u>28. Évaluation des risques</u> Les instruments d'évaluation des risques (par exemple, BVC, le Kennedy Axis V, SDAS) sont utilisés quotidiennement.</p>	<p>Aucun instrument n'est utilisé pour l'évaluation des risques</p>	<p>Un instrument est utilisé, mais il ne l'est pas quotidiennement.</p>	<p>Un instrument est utilisé, et l'est quotidiennement.</p>	<p>Plusieurs instruments sont utilisés, mais ils ne le sont pas quotidiennement.</p>	<p>Plusieurs instruments sont utilisés, et ils le sont quotidiennement.</p>
<p><u>29. Gestion des conflits et sécurité personnelle</u> Nous travaillons avec les meilleures pratiques sur le thème de la gestion des conflits et de la sécurité personnelle. Il s'agit de techniques de négociation, des techniques de désescalade et de « holding ». Toute l'équipe suit un cours de recyclage annuel.</p>	<p>Aucune meilleure pratique n'est utilisée</p>	<p>-</p>	<p>Les meilleures pratiques susmentionnées sont utilisées par l'équipe, mais aucun cours de recyclage complet n'est prévu.</p>	<p>-</p>	<p>L'équipe connaît et applique ces meilleures pratiques. L'utilisation de la méthodologie est évaluée annuellement et toute l'équipe suit un cours de recyclage.</p>
<p><u>30a. Politique relative à la médication</u> Il est satisfait aux critères suivants :</p>	<p>La politique de médication ne répond</p>	<p>La politique de médication répond à un des critères fixés</p>	<p>La politique de médication répond à deux des critères fixés</p>	<p>La politique de médication répond à trois des critères fixés</p>	<p>La politique de médication répond</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Il existe une politique de médication fondée sur un protocole et sur les connaissances/directives les plus récentes • Le choix du médicament a été réalisé en concertation avec le patient. • L'effet et les effets secondaires des médicaments font l'objet d'une attention continue (surveillance). • Une discussion structurelle sur l'effet et les effets secondaires des médicaments est menée. 	à aucun des critères fixés				aux quatre critères fixés
<p><u>30b. Médicaments d'intervention précoce et urgente</u> Une politique basée sur un protocole est suivie pour l'administration de médicaments d'intervention précoce et urgente et repose sur les connaissances et les directives les plus récentes. L'administration de médicaments d'intervention précoce et urgente doit être discutée avec le patient.</p>	Aucune politique basée sur un protocole n'est suivie pour l'administration de médicaments d'intervention précoce et urgente.	-	Une politique basée sur un protocole est suivie pour l'administration de médicaments d'intervention précoce et urgente. Toutefois, l'évaluation avec le patient n'est pas toujours assurée	-	Une politique basée sur un protocole est suivie pour l'administration de médicaments d'intervention précoce et urgente. L'administration de médicaments d'intervention précoce et urgente est toujours discutée avec le patient.
<p><u>31. Soins des dépendances</u> Le traitement de la dépendance dans les SI doit comprendre :</p>	L'attention portée aux soins des dépendances est	La prise en charge des dépendances répond à un des critères fixés	La prise en charge des dépendances répond	La prise en charge des dépendances répond	La prise en charge des dépendances répond

<ul style="list-style-type: none"> Le traitement des dépendances est inclus dans le plan de traitement (diagnostic, interventions, objectifs) Le traitement des dépendances est intégré. Une attention combinée est accordée aux (interactions entre les) problèmes psychiatriques et de dépendance conformément au traitement intégré des troubles concomitants (Integrated Dual Disorder Treatment - IDDT). Le travail repose sur des directives multidisciplinaires (par exemple, la dépendance aux opiacés MDR, la dépendance à l'alcool MDR). Les problèmes de dépendance ont été cartographiés au moyen d'un examen/évaluation (par exemple, via MATE, échelle d'abstinence subjective, échelle d'abstinence objective, échelle de retrait clinique) 	insuffisante. Aucun critère n'est rempli		à deux des critères fixés	à trois des critères fixés	aux quatre critères fixés
<p><u>32. Informations structurelles</u> Dans le service des SI, une information structurelle est fournie sur les droits, les obligations, les AHP et le tableau clinique.</p>	Aucune information structurelle n'est fournie sur les éléments susmentionnés.		Une information structurelle est fournie sur quelques éléments.		Une information structurelle est fournie sur tous les éléments susmentionnés.

<p><u>33. Activités quotidiennes</u> L'éventail des activités est proposé aux clients aux moments suivants</p>	Aucun programme n'est proposé	Une partie du programme est proposée une partie du temps en journée durant la semaine	Une partie du programme est toujours proposée en journée durant la semaine	Un programme est proposé en journée durant la semaine (toujours) et le soir	Un programme est proposé en journée durant la semaine (toujours) et le soir et le week-end
<p><u>34. Réflexe contextuel (réseau personnel : famille, proches ...)</u> Une vision a été élaborée sur le travail en contexte qui inclut et élabore les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le contexte du patient est accueilli de manière hospitalière • Le contexte du patient est activement impliqué dans les soins • Des formes de psychoéducation adaptées au contexte sont prévues • Des possibilités de rooming-in sont proposées et peuvent être utilisées si nécessaire. 	Aucune vision n'a été rédigée et/ou peu ou pas d'attention a été accordée à l'implication du contexte	Il existe une vision qui démontre manifestement la mise en œuvre d'un critère	Il existe une vision qui démontre manifestement la mise en œuvre de deux critères	Il existe une vision qui démontre manifestement la mise en œuvre de trois critères	Il existe une vision qui démontre manifestement la mise en œuvre de tous les critères

Organisation des soins					
Critère	Score 1	2	3	4	5
<p><u>35. Admission et sortie</u> Il existe des critères clairs d'inclusion et d'exclusion, tant pour le traitement aux SI que pour l'admission au sein de l'USI.</p>	Il n'existe pas de critères d'inclusion et d'exclusion	-	Il existe des critères d'inclusion et d'exclusion, mais ils ne sont pas appliqués	-	Il existe des critères clairs qui sont appliqués de manière structurelle

			de manière structurelle		
36. Listes d'attente Il n'existe pas de liste d'attente et un lit libre est toujours disponible par service.	Il existe une liste d'attente (plus de 3 semaines)	Il existe une liste d'attente de 3 semaines au maximum	Il existe une liste d'attente de 2 semaines au maximum	Il existe une liste d'attente de 1 semaine au maximum	Il n'existe pas de liste d'attente
37. Transfert Le transfert des SI aux soins ambulatoires répond aux critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> Le premier rendez-vous avec un praticien ambulatoire doit être fixé dans un délai d'une semaine à compter de la date de la sortie. Le praticien ambulatoire a déjà été présenté durant l'hospitalisation aux SI. Un rapport d'hospitalisation est disponible dans un délai de deux semaines à compter de la date de la sortie Le travail nécessaire à la sortie est exécuté durant l'hospitalisation. Tous les patients disposent d'un plan de signalement de crise lors de leur sortie 	Aucun critère n'est rempli ou un critère est rempli	Deux critères sont remplis	Trois critères sont remplis	Quatre critères sont remplis	Tous les critères sont remplis
Observation					

Critère	Score 1	2	3	4	5
<p>38. Routine Outcome Monitoring (ROM) L'équipe interdisciplinaire effectue un ROM pour tous les patients hospitalisés, et ce, lors de leur admission (dans les 24 heures) et de leur sortie, et au moins une fois toutes les trois semaines.</p>	Le ROM est exécuté pour <20% des patients	Le ROM est exécuté pour 20% - 39% des patients	Le ROM est exécuté pour 40% - 59% des patients	Le ROM est exécuté pour 60% - 79% des patients	Le ROM est exécuté pour 80% ou plus des patients
<p>39. Utilisation du ROM L'équipe interdisciplinaire utilise les résultats du ROM (ROM ambulatoire et supplémentaire) et les traduit tant en politique de traitement individuel qu'en politique d'équipe pour améliorer les soins.</p>	L'équipe interdisciplinaire ne connaît pas le ROM	L'équipe interdisciplinaire dispose d'un ROM sans feedback aux membres de l'équipe.	L'équipe interdisciplinaire utilise le ROM et le traduit en une politique de traitement individuel ou une politique d'équipe.	L'équipe interdisciplinaire utilise le ROM et le traduit en une politique de traitement individuel et une politique d'équipe.	L'équipe interdisciplinaire utilise le ROM de manière structurée lors de l'évaluation du fonctionnement de l'équipe, ce qui entraîne des ajustements au niveau de l'équipe et utilise le ROM comme élément standard de chaque DSS.
<p>40. Cycle d'amélioration des SI Le chef de projet/le chef d'équipe/le responsable surveille le processus du service et utilise les données pour améliorer le programme. Le suivi de ce processus suit une approche standard basée sur des indicateurs de performance. Le cycle PDCA est utilisé</p>	Aucune tentative n'est faite pour surveiller le processus	Le processus est contrôlé de manière informelle au moins une fois par an.	Au cours du processus, les données sont collectées et renvoyées à l'équipe, mais n'engendrent aucun ajustement.	Au cours du processus, les données sont collectées et renvoyées à l'équipe. Les données seront utilisées pour améliorer le programme	Un suivi normalisé et complet du processus est garanti tous les 4 mois au moins et sert à améliorer le programme. Le cycle PDCA est reconnaissable dans le processus

pour l'amélioration et est répété quatre fois par an.					
Professionalisation					
Critère	Score 1	2	3	4	5
<p>41. Réflexion sur les actions propres Chaque membre de l'équipe dispose d'au moins 6x2 heures par an pour l'intervision ou la supervision (de groupe) (telle que la réflexion morale).</p>	0%-19% des membres de l'équipe disposent annuellement de 6x2 heures au moins d'intervision ou de supervision (de groupe).	20%-39% des membres de l'équipe disposent annuellement de 6x2 heures au moins d'intervision ou de supervision (de groupe).	40%-59% des membres de l'équipe disposent annuellement de 6x2 heures au moins d'intervision ou de supervision (de groupe).	60%-79% des membres de l'équipe disposent annuellement de 6x2 heures au moins d'intervision ou de supervision (de groupe).	80%-100% des membres de l'équipe disposent annuellement de 6x2 heures au moins d'intervision ou de supervision (de groupe).
<p>42. Formation Tous les membres de l'équipe interdisciplinaire suivent un cours de recyclage annuel (au moins 4 sessions d'une demi-journée de 3 heures au moins) dans les domaines suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Loi relative à la protection de la personne des malades mentaux (hospitalisation forcée) • Soins de soutien au rétablissement • Conversation (par exemple, entretien avec la triade) • Techniques de désescalade physique et verbale / détection précoce • Interventions familiales • Sécurité 	L'équipe interdisciplinaire ne suit aucun cours de recyclage annuel dans les domaines susmentionnés.	L'équipe interdisciplinaire suit un cours de recyclage annuel dans 1, 2 ou 3 des domaines susmentionnés.	L'équipe interdisciplinaire suit un cours de recyclage annuel dans 4, 5, 6 ou 7 des domaines susmentionnés.	L'équipe interdisciplinaire suit un cours de recyclage annuel dans 8, 9, 10 ou 11 des domaines susmentionnés.	L'équipe interdisciplinaire suit un cours de recyclage annuel dans tous les domaines susmentionnés.

<ul style="list-style-type: none"> • Travail méthodique • Réduire la coercition et la contrainte • Psychopathologie • Somatique (psychopharmaceutique) • Prévention du suicide • Approche thérapeutique fondamentale • Éthique • Techniques d'observation 					
<p><u>43. Connaissance de l'IHT / traitement ambulatoire</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>	L'équipe connaît peu la procédure de traitement ambulatoire et n'établit pas de relation manifeste avec le processus de traitement ambulatoire.	-	Les connaissances sur les traitements ambulatoires au sein de l'équipe dépendent de chaque collaborateur. De plus, la relation avec le processus de traitement ambulatoire est traitée en alternance.	-	L'équipe est pleinement consciente du mode de fonctionnement de l'équipe ambulatoire. Le traitement est adapté au processus de traitement ambulatoire
<p><u>44. Esprit d'équipe</u> Notez les parties suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambiance au sein de l'équipe (excellente, agréable, chaleureuse) • Cohésion (soutien mutuel et implication) 	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.

<ul style="list-style-type: none"> • Vision partagée (unanimité sur les méthodes de travail et les objectifs de l'équipe) • Esprit d'innovation (équipe débordant d'idées et de dynamisme) 					
--	--	--	--	--	--

APHP					
Critère	Score 1	2	3	4	5
<p><u>45. Application de la loi relative à la protection de la personne des malades mentaux / hospitalisation forcée</u></p> <p>Le service 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 s'enorgueillit de connaissances récentes. La procédure est régulièrement revue et adaptée

Aménagement de l'espace					
Critère	Score 1	2	3	4	5
<p><u>46a. Healing environment (HE)</u></p> <p>Un instrument (OAZIS) est utilisé annuellement pour tester et améliorer le niveau d'HE.</p>	Le score sur OAZIS est en moyenne compris entre 0 et 1.	Le score sur OAZIS est en moyenne compris entre 1 et 2.	Le score sur OAZIS est en moyenne compris entre 2 et 3.	Le score sur OAZIS est en moyenne compris entre 3 et 4.	Le score sur OAZIS est en moyenne compris entre 4 et 5.

<p><u>46b. Healing environment (HE)</u> Une enquête annuelle est menée auprès des patients et du personnel pour tester et améliorer le niveau d'HE</p>	Non	-	-	-	Oui
<p><u>47a. Le HC : des chambres verrouillables</u> Des chambres privées pouvant être verrouillées par le patient et équipées d'une douche et de toilettes composent le service HC.</p>	Non	-	-	-	Oui
<p><u>47b. Le HC : chambre confort</u> Une chambre supérieure est disponible dans le service HC</p>	Non	-	-	-	Oui
<p><u>47c. Le HC : diversité des espaces de rencontre</u> Une diversité des espaces de rencontre est proposée dans le service HC</p>	Non	-	-	-	Oui
<p><u>47d. Le HC : l'espace extérieur</u> Un espace extérieur est proposé dans le service HC</p>	Non	-	-	-	Oui
<p><u>47e. Le HC : chambre familiale</u> Une chambre familiale est proposée dans le service HC</p>	Non	-	-	-	Oui
<p><u>47f. Le HC : réception/postes de travail ouverts</u> La réception ou les postes de travail sont ouverts dans le service HC.</p>	Non	-	-	-	Oui

<p><u>47g. Le HC : la domotique</u> La domotique est disponible au sein du service HC</p>	Non	-	-	-	Oui
<p><u>48. Les SI</u> Les SI satisfont aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il existe une unité architecturale se composant de plusieurs services de SI et CSS. • Il s'agit d'un espace physique, intégré dans les SI où l'équipe assure un encadrement individualisé (continuité des soins). • Un jardin clos est disponible • Un espace suffisant est prévu pour des activités et des objectifs divers • L'entrée de l'ambulance donne accès à une salle de consultation aux SI 	Les SI satisfont à 0 ou 1 critère	Les SI satisfont à 2 critères	Les SI satisfont à 3 critères	Les SI satisfont à 4 critères	Les SI satisfont aux 5 critères
<p><u>49. Espace USI</u> L'USI satisfait aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il s'agit de chambres individuelles • Elles sont équipées d'un coin salon et d'une chambre à coucher ainsi que d'installations sanitaires • Dans le cas de plusieurs unités de soins intensifs, elles ne seront pas mitoyennes 	L'USI ne remplit pas les critères	L'USI satisfait à 1 critère	L'USI satisfait à 2 critères	L'USI satisfait à 3 critères	L'USI satisfait aux 4 critères

<ul style="list-style-type: none"> Le patient peut contrôler l'utilisation de la lumière (diurne), de la température et du milieu. 					
<p>50. La chambre supplémentaire sécurisée</p> <p>La CSS satisfait aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Se compose d'une pièce fermant à clé, Des toilettes avec fontaine sont disponibles Un écran tactile, qui permet au patient de rester en contact avec l'équipe, est installé. Le patient peut contrôler l'utilisation de la lumière (diurne), de la température et du milieu. Un vestibule équipé d'installations sanitaires est disponible 	Aucune CSS telle que définie ici n'est disponible	La CSS satisfait à 1 critère	La CSS satisfait à 2 critères	La CSS satisfait à 3 ou 4 critères	La CSS satisfait à tous les critères

Sécurité					
Critère	Score 1	2	3	4	5
<p>51. Système de gestion de la sécurité</p> <p>Les SI sont intégrés dans un système de gestion de la sécurité comprenant les rapports structurels, les analyses et les actions d'amélioration.</p>	Aucun SGS n'est disponible	Les rapports d'incidents dépendent de chaque collaborateur	Il existe un SGS, mais il n'est pas utilisé correctement	Un SGS est disponible Des rapports structurels sont établis, mais aucune analyse n'est réalisée ni aucune mesure	Il existe un SGS incluant des rapports structurels. Les analyses sont utilisées pour l'amélioration continue de la qualité

					d'amélioration n'est prise.	dans le domaine de la sécurité.
Évaluation et feedback sur la coercition et la contrainte						
Critère	Score 1	2	3	4	5	
<p><u>52a. Évaluation du recours à la contrainte</u> 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>52b. 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>	Les recours à la contrainte ne sont pas évalués avec le patient ou ses proches	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	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 voisins sont impliqués de manière variable dans cette évaluation	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	Toutes les formes de contrainte sont évaluées tant avec le patient qu'avec ses proches	

<p><u>53. Feedback Argus</u> L'enregistrement des recours à la contrainte (Argus) 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 Argus</p>	<p>Un feedback sur Argus est proposé tous les six mois</p>	<p>Un feedback sur Argus est proposé trimestriellement</p>	<p>Un feedback sur Argus est proposé mensuellement</p>	<p>Un feedback sur Argus est proposé mensuellement et les conclusions sont utilisées pour évaluer et ajuster l'approche individuelle.</p>
--	---	--	--	--	---