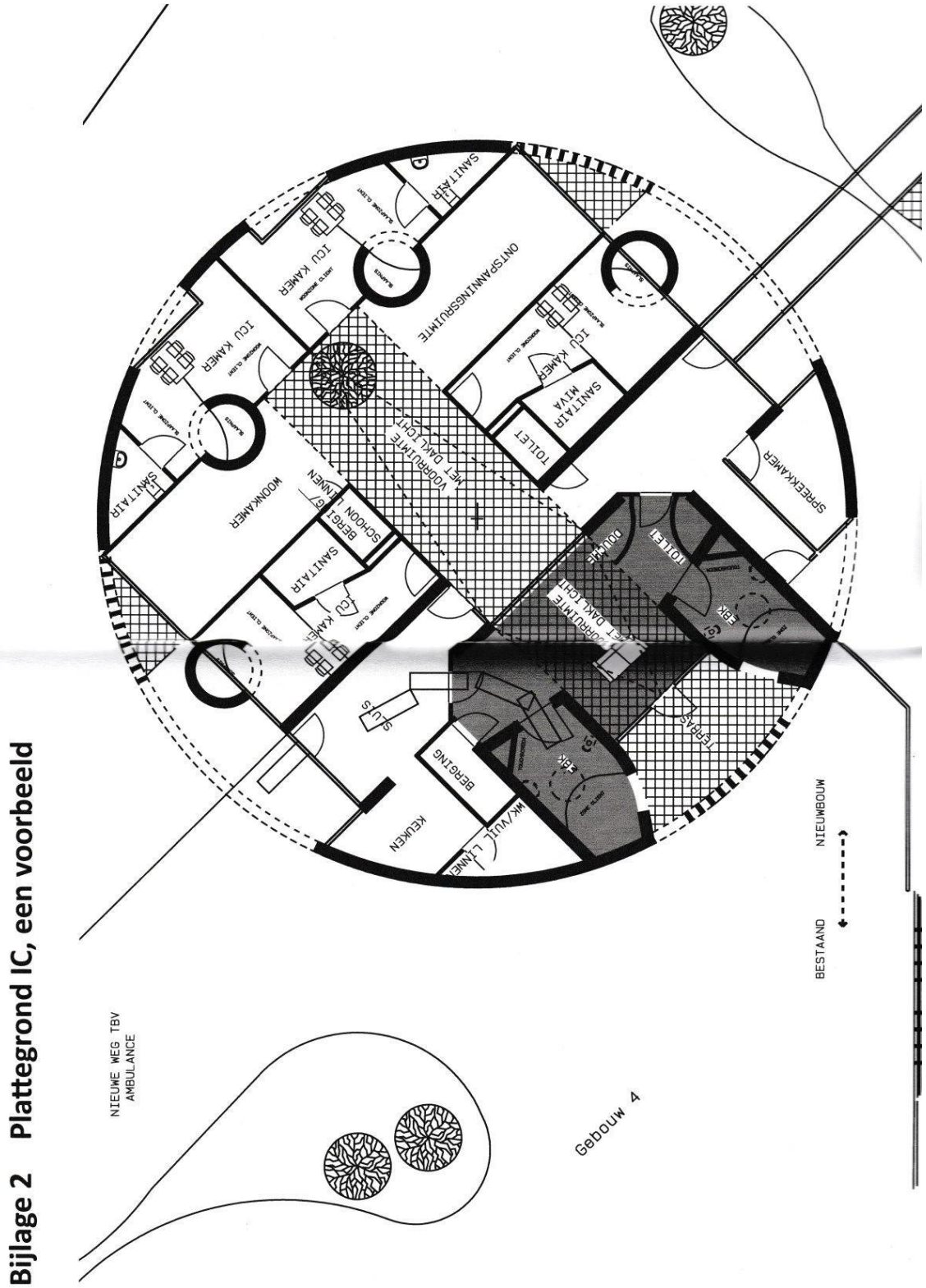


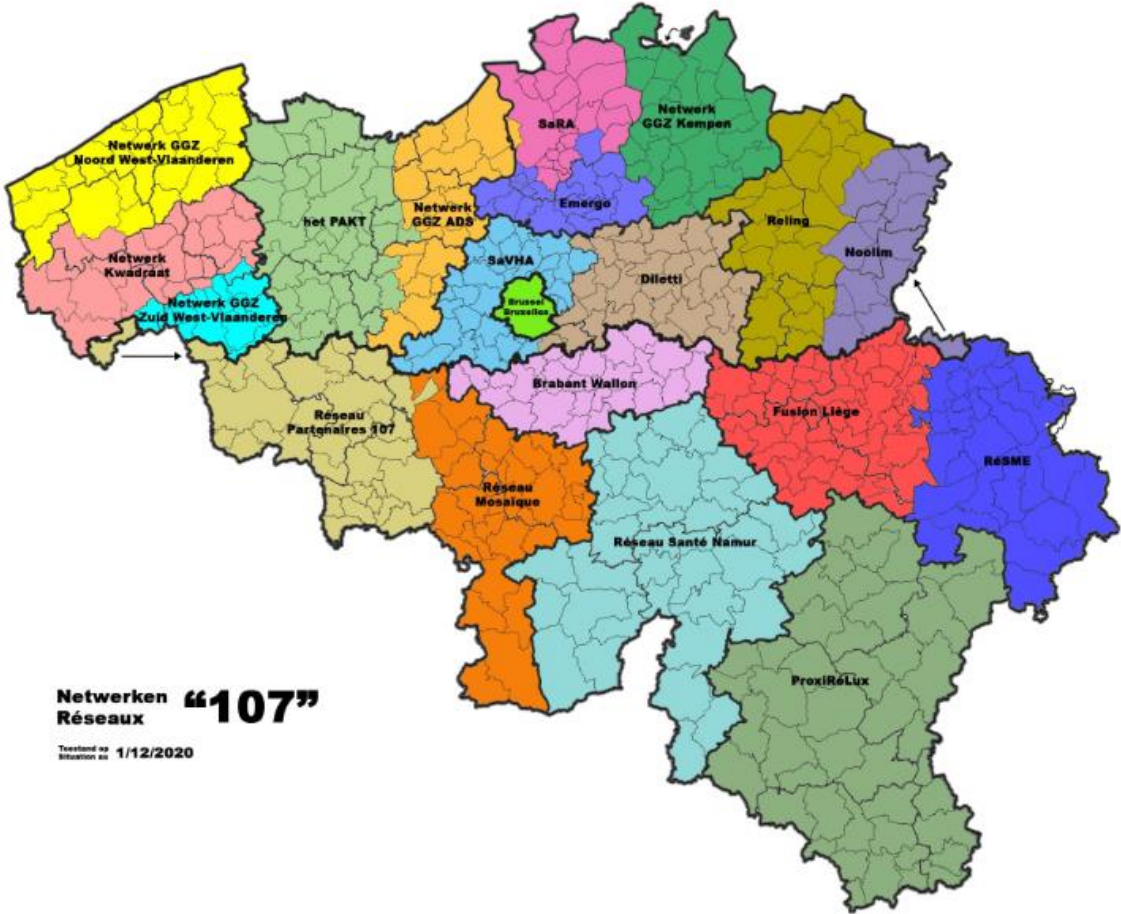
9. Annexes

Annexe 1 - Exemple de plan d'une section IC (van Mierlo, 2013)



Bijlage 2 Plattegrond IC, een voorbeeld

Annexe 2 - Carte des 20 réseaux 107 (Psy 107, 2020)



Modes de travail / Modèles d'intensification

Contexte : Décision organe de concertation 107 du 4/10/2018.

- Puisqu'il existe une relation manifeste entre une action plus mobile et l'action résidentielle, les autorités compétentes sont disposées à examiner (via l'article 107) les propositions des réseaux en matière d'intensification.
- Les propositions doivent être introduites avant le 1^{er} décembre 2018.
- Les propositions d'intensification sont harmonisées au sein du réseau et introduites en même temps que les propositions de socialisation.
- Les propositions d'intensification doivent être neutres sur le plan budgétaire en termes d'encadrement. Ceci implique, pour une section intensifiée, une neutralité au niveau de l'hôpital et pour un fonctionnement HIC, une neutralité pour les hôpitaux au niveau du réseau.
Les pouvoirs publics sont disposés, dans les limites de la marge budgétaire, à compenser la perte en honoraires.
- Tant pour les équipes mobiles que pour l'intensification, il faut joindre un tableau précisant le régime de travail du collaborateur concerné.

Le groupe de travail a reçu mandat de poursuivre le développement de propositions d'intensification. Conformément à la note "**Optimalisation ou « intensification » des soins dans la fonction 4 dans le cadre de la réforme des soins en santé mentale pour adultes**", deux modèles/modes de travail ont été élaborés :

- o Modèle 1 : Unité de soins psychiatriques intensifiés (intensification par un relèvement de la norme personnel/lit)
- o Modèle 2 : Fonctionnement HIC (intensification en tant que forme de soins innovante)

Lors de l'opérationnalisation, des dérogations aux modèles présentés ci-dessous peuvent être prévues en fonction de modalités d'organisation spécifiques à l'institution. Ces dérogations portent principalement sur l'infrastructure disponible et le nombre de lits. Toutefois, l'encadrement proposé et les principes en matière de qualité, de sécurité et de permanence sont garantis.

Modèle 1 : Mise en place d'une unité de soins psychiatriques intensifiés

Concept

L'explication et la justification des soins psychiatriques intensifiés sont exposées dans la note "Optimalisation ou « intensification » des soins dans la fonction 4 dans le cadre de la réforme des soins en santé mentale pour adultes", en partie 1 : "Les soins intensifiés planifiés au sein de la fonction 4" et en partie 2 : "Les soins intensifiés non planifiés au sein de la fonction 4".

Des soins intensifiés de qualité s'obtiennent, d'une part, via l'adaptation des méthodes de soins et, d'autre part, via l'adaptation de l'architecture (chambres de privation sensorielle, salles de confort ...) ou de l'organisation des soins (unités de vie plus petites, ...).

Le service de départ est :

- soit 1 unité de 24 lits. Un fonctionnement avec des sous-unités plus petites est possible ;
- soit 1 unité de 22 lits, complétés par 2 lits de crise, permettant si nécessaire une montée en puissance des soins. Compte tenu de la fonction des lits de crise, le taux d'occupation attendu de 80% n'est pas applicable à ces lits de crise. Ici aussi, un fonctionnement avec des sous-unités plus petites est possible.

Le fonctionnement de ces unités repose sur les caractéristiques suivantes :

1. Des soins intensifiés planifiés offrent des soins scientifiquement fondés, consistant en un accompagnement et une prise en charge individuels et thérapeutiques de groupe en cas de (suspicion de) problèmes psychiatriques complexes qui requièrent des interventions ou des connaissances complexes : (a) ils posent un diagnostic pour les cas graves, comorbides et complexes ; (b) ils adaptent le traitement à la problématique grave, comorbide et complexe du patient, en prêtant attention au traitement pharmacologique et thérapeutique adéquat, et en assurent le suivi des résultats ; (c) le traitement est aussi intensif et long que nécessaire et aussi intensif et court que possible.
2. Des soins intensifiés planifiés complètent des modèles d'expertise clinique avec une expertise du vécu et intègrent le vécu du patient et celui de la famille de façon démontrable dans le fonctionnement de l'organisation.
3. Les soins intensifiés planifiés s'appuient sur la prise en charge clinique et l'expertise du vécu pour tendre vers le rétablissement du patient, et ce via un processus unique, individuel qui permet au patient de redonner du sens et du contenu à sa vie. Ceci se manifeste entre autres, mais pas exclusivement, par l'établissement d'un plan de traitement soigneusement négocié avec le patient.
4. Les soins intensifiés planifiés offrent un accompagnement et une prise en charge thérapeutiques individuels plus intensifs, ainsi que davantage de soins sur mesure, en vue d'une responsabilité la plus élevée possible du patient au traitement proposé. À cet égard, il est activement fait appel à un large éventail de formes flexibles de soutien pour favoriser l'autonomie du patient, comme la prise en charge à temps partiel, le traitement de jour intensif, les possibilités de « lit sur ordonnance », les formes d'in/outreaching, etc.
5. Les soins intensifiés planifiés permettent d'élever rapidement les soins au niveau des soins de crise ou d'autres formes offrant la possibilité d'une plus grande proximité du patient, et de rétrograder si la situation l'autorise, pour ainsi répondre qualitativement à une prévalence accrue de comportements externalisants et à un nombre plus élevé d'admissions forcées.
6. Les soins intensifiés planifiés proposent un accompagnement et une prise en charge dans un environnement adapté (taille du groupe et environnement apaisant), afin d'offrir aux personnes en phase instable de leur maladie les meilleures chances de rétablissement et de limiter autant que possible le recours à des mesures privatives de liberté.
7. Les soins intensifiés planifiés, dans leur rôle d'acteur résidentiel, veillent à la qualité des moments de transition. Ceci se manifeste notamment par la rédaction d'une note de transfert

précise lors du départ du patient de l'unité, adressée aux prestataires de soins ultérieurs concernés. L'établissement d'un plan de crise et d'une fiche de crise est également stimulé.

8. Les soins intensifiés planifiés reconnaissent la famille et les proches comme des partenaires de soins et les associent activement au moment de l'admission, durant le traitement et durant la sortie.
9. Les soins intensifiés planifiés, en tant qu'élément du réseau de soins en santé mentale dans la région, se concertent et veillent à la coordination avec d'autres acteurs du réseau de soins.
10. Les soins intensifiés planifiés font appel à du personnel spécialisé, et veillent à une offre de formation de qualité.

Encadrement en personnel

- Un fonctionnement en tant qu'unité de soins intensifiés (lits ID) de 24 lits ou 22 lits ID + 2 lits de crise nécessite un encadrement de 0,73 ETP/lit, soit au total 17,52 ETP par 24 lits.
- Une section de 30 lits A (17,25 ETP) ou de 30 lits T (12 ETP) peut être transformée en une unité de 24 lits ID de façon neutre sur le plan budgétaire moyennant un gel supplémentaire.
- Ce nombre d'ETP peut être mis en œuvre grâce au gel de lits A ou T.

Fonction médicale

- Pour le calcul de la rétribution des médecins, la base minimale pour les lits ID est la nomenclature A actuelle.
- Les principes suivants sont appliqués : 1) pas de perte d'honoraires pour les médecins psychiatres et 2) en cas de perte d'honoraires, les pouvoirs publics compensent la différence constatée.
- Proposition d'ajouter ces principes à la convention INAMI établie pour la fonction médicale à l'occasion des accords en matière d'équipes mobiles.

Modèle 2 : Mise en place d'un fonctionnement HIC

Concept

L'explication et la justification du fonctionnement HIC sont exposées dans la note "Intensification : soins psychiatriques intensifs". En résumé, ce modèle consiste en ceci :

- Une section de 20-24 lits constituée de deux "**high-care units**" de 10-12 patients contiguës mais séparées sur le plan architectural, complétée par une "**intensive care unit**" de 2 à 4 chambres :
 - Chaque unité dispose de 10-12 chambres individuelles et d'une "salle de confort".
 - À côté de ces unités se trouve l'unité "intensive care" : une structure distincte de 2 à 4 chambres située de préférence, sur le plan architectural, entre les deux unités "high-care". Ces chambres sont en principe vides et donc disponibles à tout moment pour une montée en puissance des soins pour des patients des 2 unités "high-care" qui ont besoin d'un accompagnement main dans la main en raison d'une agitation prononcée, d'un comportement désordonné, de risque élevé... Le patient n'y est jamais seul, mais toujours accompagné par un membre du personnel soignant.
- Ce "triptyque" (2 unités thérapeutiques plus petites et une unité de soins intensifs distincte) est à considérer comme un tout permettant de réaliser les principes de "high intensive care".

- Tant dans les "high care units" que dans les "intensive care", le séjour avec le patient de membres de la famille est rendu possible et encouragé.
- Il reste provisoirement nécessaire de prévoir 1 à 2 chambres d'isolement ultra-sécurisées.

Le fonctionnement HIC est un élément innovant. Les effets visés sont, entre autres :

- Prévention de la contrainte, en particulier de l'isolement.
- Renforcement de la continuité des soins, en particulier entre les soins résidentiels et ambulatoires.
- Renforcement de la collaboration entre les intervenants, les usagers et les proches.

Il importe d'assurer un suivi du développement de ce modèle pendant la phase pilote au moyen d'un instrument d'évaluation adapté (p. ex. grâce à une adaptation du moniteur HIC néerlandais au contexte belge).

Adaptations architecturales

- Le fonctionnement HIC nécessite une infrastructure adaptée telle que décrite ci-dessus.
- Pendant la phase pilote, les structures élaborent un trajet adapté décrivant la réalisation progressive des adaptations architecturales et reprenant les accords à ce sujet avec les autorités compétentes.

Encadrement en personnel

Un service ID avec fonctionnement HIC nécessite un encadrement de 25,02 ETP pour 24 lits, soit 1,04 ETP/lit.

Ce calcul se fonde sur :

- a. 24 lits avec un encadrement pour soins intensifiés, soit 0,73 ETP/lit ;
- b. 4 lits impliquant un encadrement SGA, soit 1,875 ETP/lit.

Une section de 30 lits A (17,25 ETP) ou de 30 lits T (12 ETP) peut être transformée en une unité de 24 lits ID de façon neutre sur le plan budgétaire moyennant un gel supplémentaire (cf. ci-dessus).

Ce nombre d'ETP peut être mis en œuvre grâce au gel de lits A ou T.

Fonction médicale

- Conformément au mode de calcul pour l'encadrement en personnel, la base minimale pour le calcul de la rétribution des médecins pour les lits ID est la nomenclature A actuelle et la nomenclature SGA pour les 4 lits "intensive care".
- Les principes suivants sont appliqués : 1) pas de perte d'honoraires pour les médecins psychiatres et 2) en cas de perte d'honoraires, les pouvoirs publics compensent la différence constatée.
- Proposition d'ajouter ces principes à la convention INAMI établie pour la fonction médicale à l'occasion des accords en matière d'équipes mobiles.

Annexe 4 - Unités HIC en Belgique: situation après le troisième appel à projets (Communiqué de presse, 2023)

Brabant Wallon	Clinique Saint-Pierre Ottignies
Proxirélux	Vivalia Bertrix
Fusion Liège	Centre Hospitalier Spécialisé Notre-Dame des Anges
Fusion Liège	Petit Bourgogne Agora
ADS	Ariadne
Partenaires 107	CHP Chêne aux Haies
GGZ Kempen	OPZ Geel
SaRA	Multiversum
SaRA	PZ Bethanie
Noolim	OPZ Rekem
SaVHA	St. Alexius
Brumenta	CP Titeca
Brumenta	Epsilon
Mosaïque	Centre Psychiatrique Saint-Bernard
Mosaïque	Grand Hôpital de Charleroi + CHU de Charleroi
Réseau Santé Namur	Centre Neuro Psychiatrique St Martin + Le Beau Vallon
Résme	Clinique Psychiatrique des Frères Alexiens
Emergo	UPC Duffel
Zuid westVL	PC Menen + PZ Heilige Familie



Moniteur HIC

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

Version belge

Moniteur HIC, échelle de conformité au modèle High & Intensive Care



Structure de l'équipe					
Critère	Score 1	2	3	4	5
1a. Équipe soignante : service/poste de jour Il y a un effectif de base optimal de 7 infirmiers/accompagnateurs pour 20 lits (arrondir vers le bas, voir le manuel).	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.
1b. Équipe soignante : service/poste de soirée Il y a un effectif de base optimal de 7 infirmiers/accompagnateurs pour 20 lits (arrondir vers le bas, voir le manuel).	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.
1c. Équipe soignante : service/poste de nuit Il y a un effectif de base optimal de 5 infirmiers/accompagnateurs pour 20 lits (arrondir vers le bas, voir le manuel).	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.
2a. Intensification des soins L'équipe peut assurer un accompagnement individuel (1 sur 1) à tout moment du jour/de la semaine (24 heures sur 24).	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.

2b. Intensification des soins 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.
3a. Équipe soignante 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.
3b. Équipe soignante 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.
4a. Psychiatre L'unité compte deux 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.

4a. Psychiatre 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).	Un maximum de 1 ou 2 des 6 contenus de tâches sont assurés par la capacité de psychiatres.	3 des 6 contenus de tâches sont assurés par la capacité de psychiatres.	4 des 6 contenus de tâches sont assurés par la capacité de psychiatres.	5 des 6 contenus de tâches sont assurés par la capacité de psychiatres.	Tous les contenus de tâches décrits sont assurés par la capacité de psychiatres.
5a. Psychologue Il y a 2 ETP de psychologue clinicien disponible 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 disponible pour 20 lits.	Il y a 1,50-1,99 ETP de psychologue clinicien disponible pour 20 lits.	Il y a 2 ETP ou plus de psychologue clinicien disponible pour 20 lits.
5b. Psychologue 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 des psychologues cliniciens.	Tous les contenus de tâches décrits sont assurés par la capacité de psychologues cliniciens.
6. Infirmier(e) de pratique avancée (IPA) 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>7. Expert (ou référent) en dépendance 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>8. Expert (ou référent) en diversité 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>

<p>9. Expert du vécu (famille) L'équipe compte 2 experts du vécu (famille) ETP pour 20 lits.</p>	<p>Il y a 0-0,49 ETP d'experts du vécu (famille) disponible pour 20 lits.</p>	<p>Il y a 0,50-0,99 ETP d'experts du vécu (famille) disponible pour 20 lits.</p>	<p>Il y a 1-1,49 ETP d'experts du vécu (famille) disponibles pour 20 lits.</p>	<p>Il y a 1,50-1,99 ETP d'experts du vécu (famille) disponibles pour 20 lits.</p>	<p>Il y a 2 ETP ou plus d'experts du vécu (famille) disponibles pour 20 lits.</p>
<p>10a. Thérapeute spécialisé/ animateur Au moins trois thérapeutes spécialisés/animateurs ETP sont disponibles pour 20 lits</p>	<p>Il y a 0 - 0,79 ETP de thérapeute spécialisé/ animateur disponible pour 20 lits.</p>	<p>Il y a 0,80 – 1,59 ETP de thérapeute spécialisé/ animateur disponible pour 20 lits.</p>	<p>Il y a 1,60 – 2,39 ETP de thérapeute spécialisé/ animateur disponible pour 20 lits.</p>	<p>Il y a 2,40 -2,99 ETP de thérapeute spécialisé/ animateur disponible pour 20 lits.</p>	<p>Il y a 3 ETP ou plus de thérapeute spécialisé/ animateur disponible pour 20 lits.</p>
<p>10a. Thérapeute spécialisé/ animateur Ce thérapeute spécialisé/ animateur assure les tâches suivantes : structuration de l'offre de groupe et de l'offre thérapeutique individuelle.</p>	<p>Une seule des deux contenus de tâche sont assurés par le thérapeute spécialisé/ animateur.</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>Les deux contenus de tâche sont assurés par le thérapeute professionnel/ animateur.</p>
<p>11a. Travailleur social Il y a 1,50 ETP de travailleur social disponible pour 20 lits.</p>	<p>Il y a 0 - 0,39 ETP de travailleur social disponible pour 20 lits.</p>	<p>Il y a 0,40 - 0,79 ETP de travailleur social disponible pour 20 lits.</p>	<p>Il y a 0,80 - 1,09 ETP de travailleur social disponible pour 20 lits.</p>	<p>Il y a 1,10 - 1,49 ETP de travailleur social disponible pour 20 lits.</p>	<p>Il y a 1,50 ETP ou plus de travailleur social disponible pour 20 lits.</p>
<p>11b. Travailleur social Le travailleur 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.</p>	<p>Le travailleur social n'assure que partiellement un des contenus de tâche.</p>	<p>Le travailleur social assure pleinement un des contenus de tâche.</p>	<p>Le travailleur social assure partiellement au moins deux des contenus de tâche.</p>	<p>Le travailleur social assure pleinement deux des contenus de tâche.</p>	<p>Le travailleur social assure les trois des contenus de tâche.</p>
<p>12. Accompagnateur individuel (AI) Chaque patient dispose d'un accompagnateur individuel et d'un accompagnateur coindividuel (co-AI), qui assument un rôle de soutien dans le processus personnel des patients. Le</p>	<p>Il n'y a pas d'accompagnateur individuel pour chaque patient. Les tâches décrites sont (partiellement)</p>	<p>Il y a un accompagnateur individuel, mais toutes les tâches décrites ne sont pas assurées.</p>	<p>Il y a un accompagnateur individuel pour chaque patient et toutes les tâches</p>	<p>Il existe un accompagnateur individuel, qui assume chacune des tâches décrites pour chaque patient et un</p>	<p>Il existe un accompagnateur individuel, qui assume chacune des tâches décrites pour chaque patient et un</p>

patient sait à qui s'adresser pour poser des questions. L'AI 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-AI qui peut représenter l'AI à la CCS). L'AI 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). L'AI suit l'évolution personnelle du patient et les points d'attention dans le processus individuel.	réparties sur d'autres fonctions.		décrites sont assurées.	accompagnateur coindividuel est disponible pour une partie des patients.	accompagnateur coindividuel est systématiquement disponible pour chaque patient.
13a. Responsable de l'unité/infirmier(ère) en chef 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.
13b. Responsable de l'unité/infirmier(ère) en chef L'infirmier(ère) en chef assume les responsabilités suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Diriger les employés • Organiser l'unité • Optimiser les services aux patients • Effectuer des tâches infirmières 	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.

(voir le manuel pour plus d'explications sur ces responsabilités)					
14a. Adjoint(e) du responsable de l'unité / infirmier(ère) en chef adjoint(e) Il y a 1 ETP d'adjoint(e) du responsable de l'unité / infirmier(ère) en chef adjoint(e) disponible pour 20 lits.	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.
14b. Adjoint(e) du responsable de l'unité / infirmier(ère) en chef adjoint(e) Il/elle répond aux critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Il/elle fournit 8 des 38 heures de soins directs aux patients en tant que membre de l'équipe. • Il/elle surveille activement la fidélité au modèle de l'unité et coach et soutient les membres de l'équipe dans ce domaine. • 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. • Il/elle assiste l'infirmier(ère) en chef dans ses tâches. 	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.
15. Disciplines supplémentaires	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"> • Pédopsychiatre • Conseiller spirituel • Service de médiation • Spécialiste somatique/médecin généraliste • Médecin spécialiste en addictologie • Interprète 	<p>accessibles à tous les patients.</p>				
---	---	--	--	--	--

<p>16a. Politique de personnel : expérience 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>16b. Politique du personnel : soutien des collaborateurs 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. • 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 celui-ci est personnalisé 	<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>

Processus d'équipe					
Critère	Score 1	2	3	4	5
<p>17. Vision 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>18. Hospitalité La « méthodologie des cinq premières minutes » est appliquée par défaut. Les points suivants en attestent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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). • Au début de chaque service/poste les préférences des patients sont prises en compte autant que possible lors de la répartition des patients. • Au début de chaque service/poste, les membres de 	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.

Version 2.0 | décembre 2023

11

<p>L'équipe prennent l'initiative de contacter les patients</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'équipe ose s'écarter des protocoles existants si la situation l'exige. 					
<p>19. Présence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pendant la journée, il y a toujours au moins deux membres de l'équipe qui sont présents dans le groupe et abordables. • Les praticiens concernés sont présents et abordables. 	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>20. Attitude/traitement 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 (SAR). L'équipe est constamment à la recherche d'un lien avec la partie saine et les possibilités et capacités du patient. L'équipe utilise 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'autoréflexion.
<p>21a. Concertation de coordination des soins (CCS) : lors de l'admission Lors de l'admission, un entretien CCS est mené dans un délai de 24 heures au cours duquel la crise est cartographiée</p>	Il n'y a pas de CCS réalisé.	Un CCS est systématiquement réalisé dans les 7 jours suivant l'admission.	Un CCS est systématiquement réalisé dans les 5 jours suivant l'admission.	Un CCS est systématiquement réalisé dans les 3 jours suivant l'admission.	Un CCS est systématiquement réalisé dans les 24 heures suivant l'admission.

Version 2.0 | décembre 2023

12

en termes biopsychosociaux en utilisant tous les moyens possibles et le réseau alors à la disposition du patient (patient, praticien hospitalier, praticien ambulatoire, proches).					
21b. Concertation de coordination des soins (CCS) : organisation La CCS répond aux critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> • La CCS est préparé par un professionnel de santé avec le patient. • Le réseau est cartographié, tant le réseau personnel que le réseau professionnel. • Le réseau pertinent pour le patient est présent lors de la CCS. • Un plan de traitement négocié est établi. 	Il n'y a pas de CCS ou la CCS ne répond à aucun des critères.	La CSS répond à un critère.	La CSS répond à deux critères.	La CSS répond à trois critères.	La CSS répond à tous les critères.
21c. Concertation de coordination des soins (CCS) : toutes les 3 semaines La CCS a lieu dans la troisième semaine et ensuite toutes les trois semaines, où les objectifs de traitement sont évalués.	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 réalisé dans la troisième semaine et ensuite toutes les trois semaines.	Pour 25 à 49 % des patients, une CCS est réalisé dans la troisième semaine et ensuite toutes les trois semaines.	Pour 50 à 74 % des patients, une CCS est réalisé dans la troisième semaine et ensuite toutes les trois semaines.	Pour 75 à 100 % des patients, une CCS est réalisé dans la troisième semaine et ensuite toutes les trois semaines.
21d. Concertation de coordination des soins (CCS) : à la sortie ou en cas de transfert Une CSS est menée en cas de sortie ou de transfert.	Aucune CSS n'est menée pour les patients en cas de sortie ou de transfert.	Une CSS est menée pour moins de 25 % des patients en cas de sortie ou de transfert.	Une CSS est menée pour 25 % - 49 % des patients en cas de sortie ou de transfert.	Une CSS est menée pour 50 % - 74 % des patients en cas de sortie ou de transfert.	Une CSS est menée pour 75 % - 100 % des patients en cas de sortie ou de transfert.

22. Consultation du plan de traitement Dans les 24 heures suivant l'admission, un plan de traitement négocié est disponible. Ce plan de traitement peut être consulté à tout moment par le patient.	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 suivant leur admission.	Les patients ont accès au plan de traitement dans les 5 jours suivant leur admission.	Les patients ont accès au plan de traitement dans les 3 jours suivant leur admission.	Les patients ont accès au plan de traitement dans les 24 heures suivant leur admission.
23. Digibord Le Digibord répond aux critères : <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. • 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 sont en principe présents. • Le Digibord est actualisé quotidiennement et est à jour. 	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.
24. Durée de séjour HIC Le séjour en HIC a une durée maximale de 3 semaines et peut être prolongé	Chez aucun des patients, les normes de durée de séjour et	Chez moins de 25% des patients, les normes de durée de séjour et de	Chez 25%-49% des patients, les normes de durée de séjour et	Chez 50%-74% des patients, les normes de durée de séjour et	Chez 75%-100% des patients, les normes de durée de séjour et

deux fois si nécessaire après évaluation dans l'équipe de traitement.	de prolongation ne sont suivies.	prolongation sont suivies.	de prolongation sont suivies.	de prolongation sont suivies.	de prolongation sont suivies.
25a. Processus de soins et consultation à l'unité des soins intensifs Le séjour au sein de l'USI repose sur les critères suivants : <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 une fois par jour (7 jours par semaine). 	Aucun critère n'est rempli.	-	Un critère est rempli.	-	Les deux critères sont remplis
25b. Processus de soins et consultation dans la CSA Le séjour au sein de la CSA repose sur les critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> 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. 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
26. Directives Le respect de la directive contrainte et coercition et de la directive sur la prévention du suicide est attesté.	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.
27. Entretien d'admission 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.	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.
28a. Examen général Dans les 24 heures suivant l'admission, une hétéroanamnèse est réalisée.	Une hétéroanamnèse n'est exécutée pour aucun patient dans les 24 heures suivant son admission.	Une hétéroanamnèse est exécutée pour moins de 25 % des patients dans les 24 heures suivant leur admission.	Une hétéroanamnèse est exécutée pour 25 % - 49 % des patients dans les 24 heures suivant leur admission.	Une hétéroanamnèse est exécutée pour 50 % - 74 % des patients dans les 24 heures suivant leur admission.	Une hétéroanamnèse est exécutée pour 75 % - 100 % des patients dans les 24 heures suivant leur admission.
28b. Examen général Un examen somatique général est exécuté dans les 24 heures suivant l'admission (tant un examen de recherche en laboratoire qu'un examen physique).	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.
29. Évaluation des risques Les instruments d'évaluation des risques (par exemple, BVC, le Kennedy	Aucun instrument n'est utilisé pour	Un instrument est utilisé, mais il ne l'est pas quotidiennement.	Un instrument est utilisé, et l'est quotidiennement.	Plusieurs instruments sont utilisés, mais ils	Plusieurs instruments sont utilisés, et ils le

Axis V, SDAS) sont utilisés quotidiennement.	l'évaluation des risques.			ne le sont pas quotidiennement.	sont quotidiennement.
30. Gestion des conflits et sécurité personnelle On travaille avec les meilleures pratiques concernant le thème de la gestion des conflits et de la sécurité personnelle. Il s'agit de techniques de négociation, de désescalade et de maintien. Une formation continue annuelle est organisée pour toute l'équipe.	Aucune méthodologie des meilleures pratiques n'est adoptée.	-	Les meilleures pratiques mentionnées sont utilisées par l'équipe, mais il n'y a pas de formation complète.	-	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.
31a. Politique de médication Les critères suivants sont respectés : <ul style="list-style-type: none"> Il y a une politique de médication protocolisée basée sur les connaissances/directives les plus actuelles. Le choix de la médication est établi en concertation avec le patient. Il y a une attention continue (suivi) pour l'efficacité et les effets secondaires de la médication. Des explications structurées sur l'efficacité et les effets secondaires de la médication sont fournies. 	La politique de médication ne répond à aucun des critères établis.	La politique de médication répond à un des critères établis.	La politique de médication répond à deux des critères établis.	La politique de médication répond à trois des critères établis.	La politique de médication répond à tous les quatre critères établis.
31b. Médicaments d'intervention précoce et urgente	Aucune politique protocolisée n'est	-	L'administration de la médication	-	L'administration de la médication

Une politique protocolisée est suivie concernant l'administration de médication d'intervention précoce et urgente basée sur les connaissances/directives les plus actuelles. L'administration de la médication d'intervention précoce et urgente doit être discutée avec le patient.	suivie dans l'administration de la médication d'intervention précoce et urgente.		d'intervention précoce et urgente est effectuée selon une politique protocolisée. Cependant, l'évaluation avec le patient n'a pas toujours lieu.		d'intervention précoce et urgente est effectuée selon une politique protocolisée. L'application de la médication d'intervention précoce et urgente est toujours discutée avec le patient.
32. Soins des dépendances Le traitement de la dépendance dans un HIC doit comprendre : <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. Il y a une attention combinée pour les interactions entre la problématique psychiatrique et les dépendances. Il est démontrable qu'on travaille avec une politique basée sur des recommandations scientifiquement fondées (comme on peut le trouver www.infordrogues.be). 	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.

<ul style="list-style-type: none"> 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). 					
33. Information structurée 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.	Aucune information structurée n'est fournie sur les éléments mentionnés.		Une information structurée est fournie sur certains éléments.		Une information structurée est fournie sur tous les éléments mentionnés.
34. Offre d'activités L'offre d'activités est disponible pour les patients aux moments suivants.	Il n'y a pas de programme.	Il y a un programme une partie du temps en semaine pendant la journée.	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.	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.	Il y a un programme pendant la journée (tout le temps), le soir et le week-end.
35. Réflexe contextuel (réseau personnel : famille, proches, etc.) Une vision a été élaborée sur le travail en contexte qui inclut et élabore les critères suivants :	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.

<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. 					
---	--	--	--	--	--

Organisations des soins					
Critère	Score 1	2	3	4	5
36a. Admission et sortie HIC 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.
36b. Critères d'inclusion et d'exclusion pour l'USI 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.
37. Listes d'attente	Il y a une liste d'attente (plus de 3 semaines) ou les	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

Il n'y a pas de liste d'attente, une admission est possible pour chaque demande d'admission appropriée.	demandes d'admission appropriées sont redirigées lorsqu'il n'y a pas de disponibilité.				pour chaque demande d'admission appropriée.
38. Transition La transition du HIC vers l'ambulatoire répond aux critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> Dans la semaine suivant la sortie, un premier rendez-vous avec un soignant ambulatoire doit être réalisé. Pendant le séjour au HIC, il y a déjà eu une rencontre avec le soignant ambulatoire. Dans les deux semaines suivant la sortie, un rapport sur le séjour est disponible. Pendant tout le séjour, le travail se concentre sur les besoins pour la sortie. Tous les patients disposent d'un plan de signalisation de crise à leur sortie. 	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.

Observation					
Critère	Score 1	2	3	4	5
39. Routine Outcome Monitoring (ROM) L'équipe interdisciplinaire effectue un ROM pour tous les patients admis lors	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.

Version 2.0 | décembre 2023 21

de l'admission (dans les 24 heures) et au départ, et au moins une fois toutes les trois semaines.					
40. Utilisation du ROM L'équipe interdisciplinaire utilise les résultats du ROM (ambulatoire et ROM supplémentaire) et les traduit à la fois dans la politique de traitement individuelle et la politique d'équipe pour améliorer les soins.	L'équipe interdisciplinaire n'utilise pas de ROM.	L'équipe interdisciplinaire utilise le ROM mais il n'y a pas de retours aux membres de l'équipe.	L'équipe interdisciplinaire utilise le ROM et le traduit dans la politique de traitement individuelle ou la politique d'équipe.	L'équipe interdisciplinaire utilise le ROM et le traduit à la fois dans la politique de traitement individuelle et la politique d'équipe.	L'équipe interdisciplinaire utilise le ROM de manière structurée dans l'évaluation du 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.
41. Cycle d'amélioration HIC 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 a 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.

Professionnalisation					
Critère	Score 1	2	3	4	5
42. Réflexion sur le fonctionnement personnel	0%-19% des membres de l'équipe disposent	20%-39% des membres de l'équipe	40%-59% des membres de l'équipe	60%-79% des membres de l'équipe	80%-100% des membres de l'équipe

Version 2.0 | décembre 2023 22

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).	annuellement de 12 heures au moins d'intervisions ou de supervisions (de groupe).	disposent annuellement de 12 heures au moins d'intervisions ou de supervisions (de groupe).	disposent annuellement de 12 heures au moins d'intervisions ou de supervisions (de groupe).	disposent annuellement de 12 heures au moins d'intervisions ou de supervisions (de groupe).	disposent annuellement de 12 heures au moins d'intervisions ou de supervisions (de groupe).
<p>43. Formation</p> <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"> Contact avec le patient – présence Accueil hospitalier, traitement respectueux et attitude Collaboration avec les proches et les experts du vécu Stratégies de désescalade Pratiques fondées sur des preuves et meilleures pratiques en matière de réduction de la contrainte et la coercition Soins soutenant le rétablissement <p>(voir le manuel pour plus d'informations)</p>	L'équipe interdisciplinaire ne reçoit pas de formation continue annuelle dans les domaines mentionnés.	L'équipe interdisciplinaire reçoit une formation continue annuelle dans 1 ou 2 des domaines mentionnés.	L'équipe interdisciplinaire reçoit une formation continue annuelle dans 3 ou 4 des domaines mentionnés.	L'équipe interdisciplinaire reçoit une formation continue annuelle dans 5 des domaines mentionnés.	L'équipe interdisciplinaire reçoit une formation continue annuelle dans tous les domaines mentionnés.
44. Connaissance du Intensive Home Treatment (IHT) / traitement ambulatoire	Il y a peu de connaissance des méthodes	Il y a peu de connaissance des méthodes	La connaissance du traitement ambulatoire dans	L'équipe est complètement informée de la	L'équipe est complètement informée de la

L'équipe interdisciplinaire est familiarisée avec la méthode de travail des équipes de traitement ambulatoire et y adhère dans sa méthode de travail	ambulatoires et il n'est pas démontrable que l'équipe établie un lien avec le processus de traitement ambulatoire.	ambulatoires. L'établissement d'un lien avec le processus de traitement ambulatoire varie.	l'équipe dépend de chaque employé individuel. L'établissement d'un lien avec le processus de traitement ambulatoire varie également.	méthode de travail de l'équipe ambulatoire. Cependant, l'établissement d'un lien avec le processus de traitement ambulatoire varie.	méthode de travail de l'équipe ambulatoire. Le traitement est adapté au processus de traitement ambulatoire.
<p>45. Esprit d'équipe</p> <p>Évaluez les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ambiance dans l'équipe (excellente, agréable, chaleureuse) Cohésion (soutien mutuel et implication) Vision partagée (unanimité sur les méthodes de travail et les objectifs de l'équipe) Esprit d'innovation (équipe débordant d'idées et de dynamisme) 	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.

La loi relative à la protection de la personne des malades mentaux

Critère	Score 1	2	3	4	5
<p>46. Application de la loi relative à la protection de la personne des malades mentaux / hospitalisation forcée</p> <p>L'unité applique une politique claire concernant la mise en œuvre de la loi relative à la protection de la personne</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

des malades mentaux (hospitalisation forcée) et la met en œuvre sans ambiguïté et selon le cycle du PDCA.					nouvelles évolutions en la matière et la procédure est régulièrement revue et adaptée.
---	--	--	--	--	--

Aménagement de l'espace					
Critère	Score 1	2	3	4	5
47. Environnements de soins propices à la guérison/ Healing environment (HE) Il existe un instrument pour mesurer et améliorer le niveau de l'environnement thérapeutique (par exemple, OAZIS).	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
48a. Le HC: des chambres « verrouillables » Dans le HC, il y a des chambres personnelles, verrouillables par le patient (1), avec douche et toilettes (2).	Aucun des deux critères n'est présent.	-	Un des deux critères est présent.	-	Les deux critères sont présents.
48b. Le HC: chambre « confort » Dans le HC, il y a une chambre de confort.	Non	-	-	-	Oui
48c. Le HC: diversité des espaces de rencontre Dans le HC, il y a une diversité d'espaces de rencontre.	Non	-	-	-	Oui
48d. Le HC : l'espace extérieur Dans le HC, il y a un espace extérieur.	Non	-	-	-	Oui

Version 2.0 | décembre 2023 25

48e. Le HC : chambre familiale Dans le HC, il y a une chambre familiale.	Non	-	-	-	Oui
48f. Le HC: comptoir ouvert/stations de travail Dans le HC, il y a un comptoir ouvert ou des stations de travail.	Non	-	-	-	Oui
48g. Le HC: la domotique Dans le HC, il y a un soutien grâce à la domotique.	Non	-	-	-	Oui
48h. Le HC: bureaux des praticiens Les bureaux des praticiens impliqués sont situés dans l'unité et directement accessibles à tous les patients.	Non	-	-	-	Oui
49. L'IC L'IC répond aux critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> • C'est une unité architecturale comprenant un certain nombre d'USI et de CSA. • 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). • Il y a un jardin clos. • Il y a suffisamment d'espace pour différentes finalités et activités. 	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.

Version 2.0 | décembre 2023 26

<ul style="list-style-type: none"> L'entrée des ambulances donne accès à une salle de consultation dans l'IC. 					
<p>50. Espace USI L'USI répond aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Il s'agit de chambres individuelles. Il y a un coin salon et un coin lit ainsi que des installations sanitaires. Dans le cas où il y a plusieurs USI, elles ne sont pas interconnectées. Le patient peut contrôler l'utilisation de la lumière (naturelle), la température et les médias. 	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.
<p>51. La chambre à sécurité augmentée (CSA) La CSA répond aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Elle consiste en un espace verrouillable. Il y a des toilettes avec un lavabo disponible. Il y a un écran tactile disponible, permettant au patient de rester en contact avec l'équipe. Le patient peut contrôler l'utilisation de la lumière 	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.

<p>(naturelle), la température et les médias.</p> <ul style="list-style-type: none"> Il y a un vestibule équipé de sanitaires. 					
---	--	--	--	--	--

Sécurité					
Critère	Score 1	2	3	4	5
<p>52. Système de gestion de la sécurité (SGS) 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.

Evaluation et feedback sur la coercition et la contrainte					
Critère	Score 1	2	3	4	5
<p>53a. Évaluation du recours à la contrainte 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 interventions sous contrainte</u> L'enregistrement des recours à la 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>

Annexe 6 - Listing des changements et comparaison du moniteur néerlandais et du moniteur francophone après analyse de ceux-ci.

Changements par domaine (HIC Monitor, 2016 ; GT HIC 2023) :

1. Domaine « structure de l'équipe »

- L'item « *kleine verpleegkundige caseload* » a été remplacé par « équipe soignante » dans lequel le focus ne se situe pas uniquement sur des infirmiers mais sur des infirmiers/accompagnateurs.
- L'item portant sur l'intensification des soins a été scindé en deux sous-parties permettant d'y inclure un critère qui évalue si toutes les disciplines de l'équipe participent à cette intensification.
- L'item « *verpleegkundige/SPH* » a été renommé « équipe soignante » et a été scindé en deux sous-parties.
- Les items « psychiatre », « psychologue » et « thérapeute spécialisé/animateur » (qui sont deux items séparés aux Pays-Bas) ont été séparés en deux sous-parties afin d'y inclure leurs tâches.
- L'item « *verpleegkundig specialist* » a été adaptée par la fonction professionnelle « infirmier(e) de pratique avancée »
- Les items « expert en diversité/référent », « accompagnateur individuel » et « travailleur social » ont été ajoutés.
- Concernant l'item « *meewerkend voorman* », celui-ci a été remplacé par deux items qui sont chacun décrit en deux sous-parties : « responsable de l'unité/infirmier(ère) en chef » et « adjoint(e) du responsable de l'unité/infirmier(ère) en chef adjoint(e) ».
- Pour l'item « disciplines supplémentaires », un pédopsychiatre et un interprète ont été ajoutés et le travailleur social a été intégré à l'équipe de base.
- Les deux derniers items « expérience de l'équipe » et « normes d'encadrement » ont été changés par *politique du personnel* (qui a été scindé en deux sous-parties de sorte à aborder l'expérience et le soutien des collaborateurs).

2. le domaine « processus d'équipe »

- L'item « Concertation de coordination des soins (CCS) » contient quatre sous-parties au lieu de trois afin d'inclure son organisation.

3. le domaine « diagnostic, traitement, interventions de traitement »

- L'item « interventions familiales » a été renommé « réflexe contextuel (réseau personnel : famille, proches ...) » mettant donc l'accent sur le mot contexte plutôt que famille.

4. Domaine « organisation des soins »

- L'item « admission et sortie » est scindé de sorte à aborder séparément les critères d'inclusion et d'exclusion pour le HIC et l'USI.

5. Domaine « BOPZ »

- Celui-ci a été adapté au contexte législatif belge « la loi relative à la protection de la personne des malades mentaux ».

6. Domaine « aménagement de l'espace »

- Pour l'item qui touche à la section HC, la partie « time-out/lit de crise » a été retirée et une partie a été ajoutée concernant les « bureaux des praticiens ».

7. Domaine « évaluation et feedback sur la coercition et la contrainte »

- l'item « *terugkoppeling Argus* » a été adapté par « évaluation du recours à la contrainte ».

Le contenu de certains items et de certains scores a également été modifié légèrement dans cette version francophone (HIC Monitor, 2016 ; GT HIC, 2023).

Annexe 7 - Formulaire papier pour confirmer la (non-)participation au mémoire

Participation Mémoire sur le HIC – Pascaline TEBELAKIS

Veillez compléter ce papier ou me donner votre réponse par mail
(pascaline.tebelakis@student.uclouvain.be) avant cette fin de semaine
vendredi 10/2 svp

Plus de détail cf. mail transféré par l'infirmier chef le 17 ou 18/01

Prénom :

Fonction :

Je souhaite participer : *OUI* *NON*

Votre adresse mail en cas de participation :

Merci à vous !

Annexe 8 - Guide d'entretien pour les entretiens semi-directif avec l'équipe HIC

Guide d'entretien HIC - Équipe (contexte interne & externe)

Bonjour, je m'appelle Pascaline Tebelakis et je suis étudiante en deuxième année de master en sciences de la santé publique à l'UCL. Dans le cadre de ce master, j'ai décidé pour mon mémoire d'étudier comment se met en œuvre le projet HIC au sein de votre unité. Il s'agit d'une récolte de données qualitatives et c'est donc pour cette raison que je fais cet entretien avec vous.

L'entretien aura une durée d'environ 1h pour lequel j'ai préparé plusieurs questions permettant de guider la discussion.

Afin de pouvoir me concentrer pleinement sur notre discussion, je souhaite savoir si vous êtes d'accord que j'enregistre notre échange. L'entretien sera retranscrit et analysé en respectant l'anonymat et la confidentialité et les résultats seront présentés aux membres du jury d'évaluation du mémoire.

Cet entretien prendra la forme d'une discussion ouverte. Je vous invite à intervenir ou réagir si vous pensez à quelque chose que vous souhaitez transmettre. L'objectif est que vous puissiez vous exprimer comme vous le souhaitez. Je serai à l'écoute de tout ce que vous pourrez me faire part. N'hésitez pas à me demander de répéter ou de préciser une question ou si elle n'est pas assez claire.

Avez-vous des questions avant que nous commençons l'entretien ?

Représentation & motivation du HIC

- ❖ Que représente pour vous une unité high and intensive care ?
- ❖ Qu'est-ce qui vous motive à travailler dans une unité HIC ?

Processus d'implémentation

- ❖ Pouvez-vous m'expliquer de façon chronologique le déroulement du projet ?
 - *Des groupes de travail ont été organisés. Comment cela s'est-il passé ?*
 - *Quels impacts ont-ils eu sur la mise en œuvre du projet ?*
 - *Existe-t-il toujours des GT ? Comment ceux-ci sont-ils organisés ?*
 - *Comment l'équipe a-t-elle été formée à ce nouveau projet ?*
 - *Quel en est l'impact dans la mise en œuvre du projet ?*

- *Comment l'équipe est-elle guidée dans le déploiement du projet ?*
 - *Quelles priorités/quels objectifs ont été fixés dans la mise en œuvre du projet ?*
 - *Comment ont-ils été fixés ?*
 - *Comment s'inscrivent-ils dans les priorités/objectifs de l'institution de soin ?*
 - *Certains éléments (cf. moniteur HIC) ont-ils été postposés, pas implémentés ou adaptés ? Expliquez.*
 - *Les unités HIC sont décrites comme étant des unités fermées. J'ai pu comprendre que votre unité est une unité ouverte. Comment ce choix a-t-il été fait ?*
 - *Comment les différents membres de l'équipe se sont-ils positionnés face à ce projet (leur attitude) ?*
 - *J'ai pu comprendre que depuis le début du projet, l'équipe a fait face à un certain turnover (plusieurs départs et arrivées). Quel impact cela a-t-il eu sur la mise en œuvre du projet HIC ?*
 - *Comment se passent la réflexion et l'évaluation de la mise en œuvre du projet ?*
- ❖ *Pouvez-vous dire ce qui, selon vous, a été le plus difficile dans le déploiement de ce projet ?*
- *Comment expliquez-vous les difficultés rencontrées ?*
 - *Comment avez-vous fait face à ces difficultés ?*
 - *Sur quels leviers vous êtes-vous appuyés et pourquoi étaient-ce des leviers ?*
- ❖ *Pouvez-vous dire ce qui, selon vous, a été le plus simple dans le déploiement de ce projet ?*
- *Comment expliquez-vous que ces aspects ont été plus simples que d'autres ?*
- ❖ *Comment ressentez-vous actuellement l'avancement dans la mise en œuvre du projet ?*
- *Qu'est-ce qui, selon vous, nécessite encore du travail ou d'être amélioré ? Expliquez.*
 - *Qu'est-ce que vous estimez être important pour vous et pour l'équipe pour favoriser un bon déroulement de la mise en œuvre de ce projet ?*
 - *Expliquez.*

HIC au sein de l'établissement

- ❖ *Depuis que votre unité est une unité HIC, comment cela se passe-t-il avec les autres unités de l'institution ?*
- *Comment les autres unités de l'établissement ont-elles été sensibilisées à ce nouveau projet ?*

- *Pouvez-vous expliquer l'impact que la mise en œuvre de ce projet a eu sur la collaboration avec les autres unités ?*
- *Du personnel de l'équipe mobile ou d'autres unités vient parfois renforcer votre équipe. Comment a-t-il été sensibilisé au fonctionnement HIC ?*

Réseaux interorganisationnels

- ❖ Un réseau d'apprentissage HIC a été créé. Est-il un appui et pourquoi ?
 - *Pouvez-vous vous appuyer sur d'autres ressources ?*

Je vais essayer de résumer les idées principales dont vous m'avez fait part afin de que vous puissiez me dire si j'ai bien compris ce que vous m'avez transmis.

[...]

Avez-vous encore quelque chose à ajouter ?

Je vous remercie pour le temps que vous avez pris pour répondre à mes questions.

Annexe 9 - Guide d'entretien pour l'entretien semi-directif avec la personne faisant partie de la ligne managériale

Guide d'entretien HIC - Contexte externe

Bonjour, je m'appelle Pascaline Tebelakis et je suis étudiante en deuxième année de master en sciences de la santé publique à l'UCL. Dans le cadre de ce master, j'ai décidé pour mon mémoire d'étudier comment se met en œuvre le projet HIC au sein de votre établissement. Il s'agit d'une récolte de données qualitatives et c'est donc pour cette raison que je fais cet entretien avec vous.

L'entretien aura une durée d'environ 1h pour lequel j'ai préparé plusieurs questions permettant de guider la discussion.

Afin de pouvoir me concentrer pleinement sur notre discussion, je souhaite savoir si vous êtes d'accord que j'enregistre notre échange. L'entretien sera retranscrit et analysé en respectant l'anonymat et la confidentialité et les résultats seront présentés aux membres du jury d'évaluation du mémoire.

Cet entretien prendra la forme d'une discussion ouverte. Je vous invite à intervenir ou réagir si vous pensez à quelque chose que vous souhaitez transmettre. L'objectif est que vous puissiez vous exprimer comme vous le souhaitez. Je serai à l'écoute de tout ce que vous pourrez me faire part. N'hésitez pas à me demander de répéter ou de préciser une question ou si elle n'est pas assez claire.

Avez-vous des questions avant que nous commencions l'entretien ?

- ❖ Pouvez-vous m'expliquer quel a été le choix de répondre à l'appel à projet concernant les unités high and intensive care ?
 - *Comment ce projet s'inscrit-il dans la philosophie/les missions de l'institution de soin ?*

- ❖ Comment a-t-il été choisi de transformer l'unité de rétablissement en une unité HIC ?

- ❖ Comment l'équipe est-elle guidée dans la mise en œuvre de ce projet ?

- *Comment les responsables du projet (direction, chefs de projet, cadre intermédiaire) collaborent-ils avec l'équipe ?*
 - *Qu'est-ce qui est difficile ?*
 - *Qu'est-ce qui est plus facile ?*
- ❖ *L'institution s'appuie-t-elle sur des personnes externes à l'institution (toute discipline/tout secteur confondu) afin d'aider au déploiement du projet ? Si oui, comment cela se passe-t-il ?*
- *Quel en est l'impact perçu par l'équipe/l'institution ?*
- ❖ *Comment se passe le financement pour ce projet ?*
- *Y a-t-il des conditions pour obtenir ce financement ? Si oui, pouvez-vous me les expliquer ?*
 - *À quoi ce financement doit-il servir (exemples concrets) ?*
 - *Le financement a-t-il une influence sur l'avancée du déploiement du projet hic ? Laquelle ?*
- ❖ *Quel est l'impact du coût du projet sur sa mise en œuvre ?*
- *L'unité a dû être déménagée. Qu'en est-il du bâtiment modulaire dans lequel le HIC devait se développer normalement ?*

Je vais essayer de résumer les idées principales dont vous m'avez fait part afin de que vous puissiez me dire si j'ai bien compris ce que vous m'avez transmis.

[...]

Avez-vous encore quelque chose à ajouter ?

Je vous remercie pour le temps que vous avez pris pour répondre à mes questions.



Mémoire Master en Sciences de la Santé Publique - TEBELAKIS Pascaline

Promoteur : Dr. Pablo NICAISE

Co-promotrice : Mme Hélène GARIN

*Mémoire pour le master en Sciences de la Santé publique ayant pour but d'étudier
l'implémentation du projet "High and Intensive Care" au sein d'une unité psychiatrique.*

Je soussigné
marque mon accord pour la participation à l'entretien et son enregistrement, dans le strict
cadre cité ci-dessus.

Bruxelles, le

Signature :

