

C. DONNÉES D'ÉCHANTILLON.

L'échantillon vise à refléter et à visualiser la diversité des patients et la variabilité des soins, tel qu'il est constitué pendant une semaine de séjour dans les unités de vie.

Deux fois par an, le système demande que l'on enregistre pendant sept jours consécutifs le fonctionnement et les activités de soins afférents aux patients séjournant à ce moment-là dans l'unité de vie.

Ces données concernent les informations qui sont recueillies pendant deux semaines d'enregistrement au maximum par année calendrier.

Chaque année, le directeur de l'administration des soins de santé du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement décide quelles sont les deux semaines au maximum, comptant chacune une période continue de sept jours calendrier, qui seront choisies comme semaines d'enregistrement.

Ces deux semaines doivent se situer dans la deuxième moitié des mois d'avril, de mai, d'octobre et de novembre respectivement, étant entendu que le premier des sept jours est un jeudi.

L'enregistrement discontinu est entièrement intégré dans le système global d'enregistrement. Les données d'échantillon sont automatiquement (par la fonction d'export) exportés avec les données continues, chaque semestre.

En ce qui concerne les données discontinues, on utilise les fiches suivantes:

PI Patient Identification
PF Patient Fonctionning
PA Patient Activities
PT Patient Team

Le bloc d'information 11 comprend les données de l'échantillon relatives aux patients. Elles se composent des fiches **PI, PF et PA.**

La fiche **PI** contient des données anonymes.

La fiche **PF** contient des données relatives au fonctionnement du patient. par fonctionnement, il faut entendre à la fois le fonctionnement de base, le fonctionnement social, le comportement et le fonctionnement relationnel.

La fiche **PA** comprend les données relatives aux activités de soins.

Le bloc d'information 12 comprend les données afférentes à la composition professionnelle de l'équipe de traitement qui travaillait effectivement dans l'unité de vie cette semaine-là. ces données figurent sur la fiche **PT.**

Ces données complémentaires discontinues complètent les données continues dans la mesure où elles fournissent des indications complémentaires au sujet du fonctionnement du patient et des activités de soins caractéristiques ainsi que des nouvelles informations concernant les effectifs de personnel travaillant réellement dans l'unité de vie.

Contrairement aux soins (PA), le contenu des items sur le fonctionnement du patient (PF) ne doit pas être retrouvable littéralement dans le dossier du patient. L'information que l'on note dans le dossier du patient doit permettre de reconstituer les circonstances.

Remarques

Etant donné que les soins donnés dans les Initiatives d'Habitations Protégées sont littéralement dis-continus, l'enregistrement rigoureux pendant sept jours consécutifs semble être irréalisable. On ne peut pas observer quand on n'est pas là. En ce qui concerne le fonctionnement du résident, on doit faire une estimation basée sur l'information du groupe de traitement. En ce qui concerne les soins il n'y a pas de problème, étant donné qu'on a de l'information sur ce que l'on observe et / ou accompagne.

La procédure est la suivante : on enregistre, à partir du moment qu'on facture une journée d'hospitalisation ou un pourcentage de cette dernière sur un index du service de traitement. On enregistre aussi bien des patients qui sont traités en hospitalisation de jour (A, T, K) que les patients traités en hospitalisation partielle (a1, t1 et k1). Des consultations en ambulatoire et le suivi des patients sortis ne sont pas enregistrées. Des prestations où on facture un forfait ne doivent pas être enregistrés, étant donné qu'un forfait n'est pas un pourcentage d'une journée d'hospitalisation. Des patients qui sortent le premier jour de la semaine de l'enregistrement discontinu doivent aussi être enregistrés.

BLOC D'INFORMATION 11 DONNÉES DISCONTINUES PATIENT [PP]**C.1.1. DONNÉES GÉNÉRALES DU PATIENT****PI01. Numéro ID Patient*****Définition***

Numéro d'identification du patient, spécifique à l'institution.

Un indice qui est unique par patient par institution, sous forme d'un code alphanumérique (une série de chiffres et/ou de lettres), qui est défini par l'institution elle-même, et qui reste toujours le même pour chaque admission de ce patient dans cette institution.

Possibilités de choix

Une série de chiffres et/ou lettres d'au maximum 13 positions.

Remarques

- 1) Afin d'assurer l'anonymat, ce code doit exclure toute possibilité d'identification du patient en dehors de l'institution, et doit être attribué de façon non retraçable.
- 2) Ce numéro d'identification unique sera remplacé à l'export par un nouveau numéro d'identification.

PI02. Jour d'enregistrement***Définition***

Jour d'enregistrement des données discontinues.

Pour le fonctionnement du patient et les activités de soins, il s'agit en général du dernier jour de la semaine d'enregistrement. Si le patient est sorti de l'unité de vie avant la fin de la semaine d'enregistrement, il s'agit du dernier jour de présence dans l'unité de vie.

Possibilités de choix

Date du jour d'enregistrement: jj/mm/aa

PI03. Index OU CODE D'INSTITUTION du service de traitement***Définition***

Par service, on entend une entité telle que définie par la Loi sur les hôpitaux du 18 avril 1986 et les décisions suivantes décrites ci-dessous au moyen d'index de service (A, T, K...).

Index du service de traitement dans lequel le patient est traité le jour de l'enregistrement (PI02).

Par service, on entend le service de traitement, à savoir le statut du patient, indiqué par l'index sous lequel il est traité, et non l'index du lit dans lequel il est soigné.

Possibilités de choix

Les index possibles sont A, A1, A2, K, K1, K2, T, T1, T2, TFB, TFP, VP. Pour les Initiatives d'Habitations Protégées et les Maisons de Soins Psychiatriques on attribue un code d'institution, au lieu d'un index pour les hôpitaux psychiatriques et les SPHG. Les Initiatives d'Habitations Protégées reçoivent le code R, les Maisons de Soins Psychiatriques le code Q. Les lits Sp-Psychogériatrie doivent être scorés sous le code d'index T.

Remarques

- 1) Il s'agit de la situation le jour de l'enregistrement
- 2) Les patients qui sont facturés en A, mais qui sont hospitalisés dans des services somatiques de l'hôpital général doivent être enregistrés. Les patients qui sont facturés en D, mais qui sont hospitalisés en A ne doivent pas être enregistrés.

PI04. Numéro de l'unité de vie

Définition

L'unité de vie constitue un groupe de patients vivant, mangeant, ... ensemble et séjournant dans une structure architecturale identifiable distinctement (partie de bâtiment) et faisant l'objet d'une prise en charge réalisée par la même équipe d'intervenants, l'équipe de soins/traitements ,

L'unité de vie constitue la base à partir de laquelle les décisions relatives au traitement du patient par l'équipe thérapeutique sont prises et les soins sont réalisés. Il s'agit de l'unité de vie du patient. Il n'est pas rare de voir une unité de vie partagée par plusieurs groupes de traitement.

Possibilités de choix

Numéro d'identification unique attribué par l'institution elle-même.
Nombre de maximum 3 chiffres, de 001 à 998.

Remarques

1) Le numéro de l'unité de vie est lié à l'équipe de soins et pas au bâtiment ou à l'étage. Ceci implique que le numéro de l'unité de vie reste identique au moment d'un déménagement dans l'institution psychiatrique. Les numéros des unités de vie changent quand les équipes de soins sont recomposées dans le cadre d'une réorganisation. Un remplacement d'un membre de l'équipe de soins n'implique pas un changement du numéro de l'unité de vie.
Les numéros des unités de vie sont identiques à celles des données relatives à la structure de l'institution psychiatrique.

1) On utilise la même définition de l'unité de vie que celle donnée pour les données continues c-à-d que l'unité de vie qui a le pouvoir de décisions sur le traitement du patient est l'unité de vie à prendre en compte.

Par ex. Un patient séjourne dans l'unité de vie n° 1. Pendant 3 jours de la semaine il se trouve, durant la journée, à l'unité de vie n° 2, sans mouvement administratif. C'est bien l'unité de vie n° 1 qui enregistre le patient et qui remplit un dossier RPM.

2) Pour les données discontinues il n'est pas important si un patient change d'index. On enregistre uniquement les changements d'unité de vie.

Par ex. Un patient change d'index de A à A1 et change aussi d'unité de vie. On enregistre deux fois.

c-à-d une fois à l'unité de vie, le jour du transfert (dossier RPM 1), et pour la deuxième unité de vie le dernier jour de la semaine d'enregistrement (dossier RPM 2).

PI05. Numéro du groupe de traitement 1 & PI06. Numéro du groupe de traitement 2

Définition

Numéro d'identification du sous-groupe identifiable auquel appartient le patient.

Ce sous-groupe peut être constitué de patients de la même unité ou être composé de patients provenant de plusieurs unités. Ce groupe peut par exemple être composé de patients présentant le même diagnostic ou le même niveau de fonctionnement.

L'institution constitue ses groupes selon ses propres critères.

Possibilités de choix

Un nombre de maximum 2 chiffres

Remarques

1) Si une institution ne possède de sous-groupes de traitement, le même nombre est attribué à tous les patients.

2) Chaque patient peut appartenir, au maximum, à 2 groupes de traitement.

PI07 - PI13. Présence du patient pendant la semaine d'enregistrement

Définition

Il s'agit de la mesure dans laquelle le patient est présent dans l'institution pendant le jour d'enregistrement ou est sous la surveillance directe d'un membre de l'équipe de soins de l'institution psychiatrique.

Cette présence recouvre :

- la présence du patient dans l'institution psychiatrique
- la surveillance du patient pendant des excursions, des voyages ou des achats en dehors de l'institution psychiatrique.

L'enregistrement de la présence du patient se déroule par jour de la semaine d'enregistrement.

Possibilités de choix

Cet item doit être enregistré chaque jour de la semaine d'enregistrement.

0. **absent** le jour de l'enregistrement

*ex: le patient est en sortie probatoire ou en week-end
le patient est en sortie intermédiaire pendant la semaine d'enregistrement*

1. le patient est présent uniquement **la nuit** (et la soirée)

*exemples:
- le patient est en hospitalisation de nuit et n'est présent dans l'institution qu'après 17h
- le patient quitte l'habitation protégée toute la journée pour se rendre dans un centre thérapeutique, un lieu de travail ou l'école*

2. le patient est présent **une partie de la journée**, et pas la nuit

exemple: le patient est parti en week-end après 14 heures, ou encore le traitement médical se termine à ce moment

3. présent **toute la journée**, mais absent la soirée et la nuit

exemple: dans le cadre d'une hospitalisation de jour, le patient est présent uniquement le jour et la pause de midi

4. présent (une partie) de la **journée et de la nuit**

exemples:

- le patient est hospitalisé et séjourne jour et nuit dans l'institution
- le patient est actif dans l'habitation protégée le matin, quitte l'après-midi pour un centre de traitement et revient pour la nuit.
- le patient revient dans l'après-midi d'une sortie en week-end
- le patient suit pendant 3 demi-journées de la semaine un programme dans une autre unité de vie (n° 2) que celle où il est admis et où le plan de traitement est en cours (n° 1) Choisissez "4" pour l'unité de vie n° 1.
- le patient suit pendant la journée un programme de traitement dans une autre unité de vie (n° 2) que celle où il séjourne la nuit (n°1). Choisissez 4 pour l'unité de vie n° 1.

Remarques

1) Les notions "la présence du patient" et "surveillance directe" mentionnées dans la définition, ne semblent pas être réalisable dans les Initiatives d'Habitations Protégées : les résidents sont souvent absents (par.ex. un atelier protégé) et une surveillance directe n'est pas applicable. Ceci ne contrarie pas l'enregistrement : le but de cet item est de refléter les traitements partiels (par.ex. sortie probatoire, sortie en week-end, hospitalisation de jour et de nuit)

2) Si le patient passe une partie du jour en dehors de l'institution, par exemple quand il fréquente une école extérieure, un centre de traitement de jour ou une usine en dehors de l'institution, on indique seulement le temps de présence réelle dans l'institution ou sous la surveillance directe de l'institution.

Dans la plupart des Initiatives d'Habitations Protégées on choisira la possibilité "4 : présent (une partie) de la journée et de la nuit". Si un résident est par.ex. admis temporairement dans une institution psychiatrique, on coche "0 : absent le jour de l'enregistrement". Si un résident est par.ex. admis en hospitalisation de journée (partielle) , on coche "2 : présent pendant une partie de la journée, et pas la nuit" ou "3 : présent toute la journée, mais absent la soirée et la nuit".

3) Si on hésite entre les différentes possibilités, on choisit celle qui correspond le mieux à la présence réelle du patient.

C.1.2. FONCTIONNEMENT DU PATIENT

Dans l'enregistrement discontinu, on mesure la diversité des patients via plusieurs mesures relatives au fonctionnement des patients.

Le fonctionnement du patient est visualisé sous 4 angles d'approche :

7 items qui illustrent le **Fonctionnement de Base**

4 items qui mesurent le **Fonctionnement Social**

8 items qui illustrent la **Gestion du Comportement**

4 items relatifs au **Fonctionnement Relationnel**

L'accent se trouve donc sur le niveau de fonctionnement du patient tel que l'on peut le constater : la mesure dans laquelle le patient fonctionne indépendamment, c-à-d. D'une façon tout à fait indépendante jusqu'à tout à fait dépendante.

Pour les patients ayant un retard mental et admis dans les Maisons de Soins Psychiatriques (MSP), le fonctionnement est difficilement mesurable, c-à-d en rapport à l'état de l'handicap. En fonction de cet état on peut déterminer une norme de fonctionnement objective et dans quelle mesure le patient le réalise.

Par exemple :

PF06-PF07 : Orientation dans le temps, reconnaissance des personnes

PF11 : Autonomie administrative

PF12 : Degré d'initiative

PF16 : Réaction d'autrui à la présentation

PF18 : Respect d'autrui

Le présent tableau reprend la période d'observation nécessaire pour les différents items.

	Période d'observation	Items
Fonctionnement de Base	1 jour	Alimentation
	1 jour	Se laver
	1 jour	Mobilité
	1 jour	Transfert aux toilettes
	2 semaines	Incontinence
	2 semaines	Reconnaissance des personnes
	2 semaines	Orientation dans le temps
Fonctionnement Social	1 mois	Transport en commun
	1 mois	Faire des courses
	1 mois	Gérer l'argent
	1 mois	Autonomie administrative
Gestion du Comportement	2 semaines	Degré d'initiative
	2 semaines	Loisirs
	2 semaines	Comportement socialement acceptable
	2 semaines	Communication avec autrui
	2 semaines	Réaction d'autrui à la présentation
	2 semaines	Contribution à l'ambiance
	2 semaines	Respect d'autrui
	2 semaines	Lien effectif avec des amis
Fonctionnement Relationnel	2 semaines	Comportement relationnel avec cohabitants
	2 semaines	Comportement relationnel avec amis
	2 semaines	Comportement relationnel avec frères/soeurs
	2 semaines	Comportement relationnel avec les figures parentales

Les principes sous-jacents à l'ensemble des items concernant le fonctionnement du patient sont les suivants:

1. Les scores sont fondés sur des observations effectuées au sein de l'unité de vie propre, au cours de la période d'observation.

Les items sont enregistrés au cours de la journée d'enregistrement.

Pour l'évaluation de certains items, il convient toutefois de se baser sur une période d'observation plus longue.

A titre d'exemple, on peut citer l'item "indépendance administrative": on ne doit pas se rendre chaque jour à la banque, à la mutuelle ou à la maison communale. Pour savoir approximativement comment le patient fonctionne dans ce domaine, une journée d'observation n'est donc pas suffisante. On fixe donc une période d'observation, c'est-à-dire la période nécessaire pour pouvoir évaluer l'item.

L'intervenant ne pouvant être attentif à tous les aspects à la fois, l'observation directe de TOUS les comportements est impossible. Pour un certain nombre d'items, on devra donc nécessairement se fonder sur des informations concrètes recueillies au cours de la journée d'observation et prouvant que le niveau de fonctionnement indiqué est correct. Ce sera sans aucun doute le cas pour les patients dont l'admission est récente.

En ce qui concerne les Initiatives d'Habitations Protégées on pourrait même poser que pour des patients stabilisés on peut déjà enregistrer une partie préalablement à la semaine d'enregistrement. En ce qui concerne les patients non-stabilisés, on pourrait encore devoir nuancer pendant la semaine d'enregistrement.

2. Les items concernent le niveau de fonctionnement tel qu'il a été observé le jour de l'enregistrement. Autrement dit, l'enregistrement discontinu ne mesure pas ce que le patient est ou serait capable de faire! Il a seulement pour but de répondre aux questions suivantes: " Le patient est-il ou non capable de faire ceci ou cela?" ou "Si oui, dans quelle mesure?"

En ce qui concerne les informations secondaires, il convient de rappeler que l'on mesure le comportement effectif du patient, non celui qu'il serait susceptible d'avoir.

Chez certains patients dont l'admission est récente, ce principe peut déboucher sur un score du type "Données insuffisantes".

3. Si, au cours de la période d'observation, on observe différents niveaux de fonctionnement, on enregistre le niveau le plus fréquent, à l'exception des 4 items qui permettent de visualiser le fonctionnement relationnel. On enregistre, en l'occurrence, le plus bas niveau de qualité (= chiffre le plus élevé).

En cas d'une divergence entre l'information recueillie par le groupe de traitement et celle recueillie ailleurs, l'information recueillie par le groupe de traitement est prioritaire.

4. Le niveau de fonctionnement du patient est mesuré en fonction d'une gradation et est noté sous forme de code, allant le plus souvent de 0 à 4 ou 5.

Les patients qui sont en sortie intermédiaire pendant la semaine d'enregistrement ne posent pas de problème pour l'enregistrement : le patient est connu le plus souvent. On enregistre sur base des données recueillies pendant la période avant la sortie intermédiaire, compte tenu de la période d'observation.

Pour des admissions courtes on ne peut évaluer que pour la période de l'admission OU sur base de l'information concrète observée le jour de l'enregistrement et qui indique le niveau correspondant.

Les exemples du manuel qui se rapportent aux items sont purement indicatifs et ne doivent en aucun cas être interprétés comme des critères.

C.1.2. FONCTIONNEMENT DU PATIENT : FONCTIONNEMENT DE BASE

Cette série d'items considère les aspects du comportement en rapport avec les activités AVQ (Activités de la Vie Quotidienne) et l'orientation du patient, telles qu'elles s'observent pendant la période d'observation.

On considère le niveau des activités AVQ telles que le patient les a accomplies le jour de l'enregistrement, et non pas le niveau que le patient peut ou pourrait atteindre.

L'enregistrement porte donc sur la réponse à la question: "*Fait-il ou ne fait-il pas ?*".

Quand le patient accomplit différents niveaux de soins personnels durant la période d'observation, on indique seulement le niveau d'indépendance le plus fréquent.

En cas d'une divergence entre l'information recueillie par le groupe de traitement et celle recueillie ailleurs, l'information recueillie par le groupe de traitement est prioritaire.

Pour les items incontinence, orientation spatial et reconnaissance des personnes, la *dernière quinzaine* représente la période d'observation.

Pour les quatre autres items, la période d'observation recouvre une journée: *le jour d'enregistrement*.

En général, la dernière journée de la semaine d'enregistrement est le jour d'enregistrement.

Si le patient est sorti de l'unité de vie ou transféré, le dernier jour de son séjour dans l'unité devient le jour d'enregistrement. Si le patient n'est traité que les derniers jours de la semaine d'enregistrement dans cette unité de vie, le jour d'enregistrement est le dernier jour de la semaine d'enregistrement.

Les scores sont basés sur les observations dans son propre service, unité de vie ou groupe de traitement.

Etant donné qu'un membre de l'équipe ne peut pas tout voir, tout ne peut réellement être observé.

C'est pourquoi dans certains cas (par ex. en habitation protégée) on tient compte d'une information concrète observée le jour de l'enregistrement et qui indique le niveau correspondant.

Pour ce type d'information, également, il est important de rappeler qu'il s'agit de ce que le patient réalise et non de ce qu'il pourrait faire.

En ce qui concerne les Initiatives d'Habitations Protégées on pourrait même poser que pour des patients stabilisés on peut déjà enregistrer une partie préalablement à la semaine d'enregistrement. En ce qui concerne les patients non-stabilisés, on pourrait encore devoir nuancer pendant la semaine d'enregistrement.

La série d'items sur les AVQ suit le schéma suivant : une gradation en 5 niveaux ordinaux (à l'exception de l'item incontinence où seul 4 niveaux sont prévus).

1. indépendant
2. indépendant à condition de ... (p.ex. surveillance, incitation)
3. aide partielle
4. dépendant, mais le patient collabore

5. totalement dépendant : la fonction AVQ n'est pas assumée ou le patient s'oppose aux soins.

Les 2 items relatifs à l'orientation suivent également un schéma de 5 classes ordinales.

Les exemples sont données à titre indicatif et ne peuvent pas être interprétés comme des critères.

La charge supplémentaire liée à l'opposition du patient qui n'est pas totalement dépendant, provoque une réaction émotionnelle chez le soignant et donne une information sur la manière de soigner. Les activités AVQ ci-dessous expriment seulement une estimation des soins personnels que le patient réalise de façon autonome. L'opposition du patient n'est prise en considération que quand cette opposition entraîne un état de dépendance totale.

PF01. L'alimentation

Définition

Mesure si le patient accomplit indépendamment toutes les activités liées au fait de manger et de boire per os.

Cette activité recouvre :

- beurrer les tranches de pain
- couper les aliments en petits morceaux
- porter les aliments à la bouche
- mâcher et avaler
- respecter les bonnes manières suivant la coutume de la maison.

Possibilités de choix

1. indépendant

Le patient mange/boit sans aide avec couteau et fourchette

2. autonome, à condition d'aide préalable ou d'incitation

- p.ex. - avec des couverts ou un gobelet adapté(s)
- quand la viande / les légumes sont moulus
- quand les tranches de pain sont beurrées
- quand le patient est encouragé à manger / à manger convenablement

3. aide pour un ou plusieurs éléments mais pas constamment

Le patient doit être aidé pour un ou plusieurs éléments de l'alimentation.

La présence constante du soignant n'est pas nécessaire

- p.ex. - le patient utilise cuillère ou fourchette mais fait des taches
- mange seul mais ne boit pas indépendamment
- le patient doit être incité fréquemment
- le patient vomit
- le patient quitte souvent la table

4. dépendant mais le patient collabore

Le patient a besoin d'aide pour beaucoup d'éléments mais il collabore. La présence d'un soignant est nécessaire pendant tout le repas

5. totalement dépendant

Le patient ne se nourrit pas ou s'oppose aux efforts des autres pour l'alimenter

- p.ex. - alimentation/hydratation par sonde

PF02. Se laver

Définition

Mesure dans laquelle le patient accomplit indépendamment toutes les activités liées aux soins d'hygiène au lavabo, à la douche, au bain ou au lit.

Cette activité recouvre :

- laver, rincer et essuyer les parties du corps
- rincer la bouche, les dents, les oreilles et le nez
- se soigner les ongles, les cheveux, la barbe, le nombril, les seins

Possibilités de choix

1. indépendant de sa propre initiative
2. autonome, à condition d'aide préalable ou d'incitation

p.ex. - *le patient se lave au-dessus et en dessous de la ceinture à condition d'y être incité*

- *le patient se lave à condition d'être mis au lavabo ou quand on lui a donné un gant de toilette et du savon*

3. indépendant au-dessus de la ceinture, aide nécessaire en dessous
4. doit être lavé au-dessus et en dessous de la ceinture mais il collabore

Le patient est dépendant mais il collabore. Il accomplit au moins encore quelques éléments indépendamment.

p.ex. - *le patient se lave uniquement la figure et les mains*

5. totalement dépendant

Le patient ne se lave pas ou s'oppose aux efforts des autres pour le faire

PF03. Mobilité

Définition

Mesure dans laquelle le patient accomplit indépendamment toutes les activités liées au déplacement

Durée d'observation : 1 jour.

Possibilités de choix

1. indépendant sur de longues distances

Le patient se déplace indépendamment sur de longues distances, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'institution

2. à l'aide de matériel sur de longues distances

Le patient se déplace sur de longues distances à l'aide de matériel qu'il emploie indépendamment, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'institution

p.ex.: - *le patient se déplace à l'aide d'une chaise roulante qu'il utilise de façon autonome*

3. sur de courtes distances

Le patient se déplace seulement sur de courtes distances, par exemple dans l'unité de vie ou dans le bâtiment.

4. se déplace avec l'aide des autres

Le patient est pour la plupart du temps assis dans une chaise ou chaise roulante mais se déplace du lit vers sa chaise et vice versa. D'autres déplacements sont effectués avec l'aide d'autrui.

p.ex. - *le patient se déplace dans le couloir, soutenu par une tierce personne*
- *le patient avec une perfusion se déplace s'il reçoit de l'aide pour le transport du pied à perfusion*

5. totalement dépendant

Le patient est dans son lit ou fauteuil et dépend totalement des autres pour effectuer un déplacement

Remarques

Quand le patient ne peut pas quitter l'unité de vie, le service ou l'institution pour des raisons d'organisation de l'unité ou à cause de mesures spécifiques à l'équipe de soins, on indique le niveau de mobilité comme si le patient avait la possibilité de quitter l'unité.

En cas de doute, on indique le score 3.

PF04. Déplacement aux toilettes

Définition

Mesure si le patient accomplit indépendamment toutes les activités liées à l'action d'utiliser les toilettes.

Durée d'observation : 1 jour.

Possibilités de choix

1. indépendant

Le patient se lève de et s'assied indépendamment sur la toilette

2. à condition d'aide matérielle

p.ex. - *s'asseoir et se lever de la toilette à condition de disposer de prises de mains au mur*

3. à condition de surveillance ou d'incitation

4. à condition de recevoir l'aide d'autrui

Le patient se lève et s'assied sur la toilette à condition d'obtenir l'aide d'autres personnes

p.ex. - *seulement quand un autre patient ou un membre de l'équipe de soins soutient le patient*

5. totalement dépendant

Le patient ne s'assied pas ou ne se lève pas ou s'oppose aux efforts des autres pour le faire

p.ex. - *un patient alité*

PF05. Incontinence

Définition

Mesure dans laquelle le patient contrôle ses excréments d'urine et de selles.

La période d'observation s'étend sur la *dernière quinzaine*, y compris le jour de l'enregistrement

Possibilités de choix

1. continent pour urines et selles, jour et nuit
2. accident occasionnel (1 fois par semaine) ou nécessité de rappel pour que le patient s'exécute
3. incontinent durant la nuit pour les urines ou selles plus d'une fois par semaine
4. incontinent pour urines ou selles, jour et nuit

Le patient n'a pas le contrôle de ses excréments d'urines ou de selles

PF06. Reconnaissance des personnes

Définition

Mesure dans laquelle le patient reconnaît des personnes et utilise correctement leur nom.

Pour les patients ayant un retard mental et admis dans les Maisons de Soins Psychiatriques, le fonctionnement est difficilement mesurable, c-à-d en rapport à l'état de l'handicap. En fonction de cet état on peut déterminer une norme de fonctionnement objective et dans quel mesure le patient le réalise.

Possibilités de choix

1. reconnaît et désigne par leur nom les personnes familières de même que les personnes moins familières.
2. reconnaît seulement les membres de sa famille ou les personnes proches et les appelle par leur nom.
3. donne des signes de reconnaissance des personnes familières, mais ne retrouve pas leur nom.
4. confond les personnes et les noms.
5. ne reconnaît personne.

Remarques

Un changement accidentel de nom ou une erreur accidentelle de nom n'indique pas un manque d'orientation, lorsqu'il semble que le patient reconnaît correctement la personne

PF07. Orientation dans le temps

Définition

Mesure dans laquelle le patient a une notion exacte du temps.

Ceci recouvre :

- indiquer exactement le temps quand on le demande
- utiliser la notion du temps d'une manière adaptée (heure, jour, semaine, mois, année)

Période d'observation : 2 semaines.

Pour les patients ayant un retard mental et admis dans les Maisons de Soins Psychiatriques, le fonctionnement est difficilement mesurable, c-à-d en rapport à l'état de l'handicap. En fonction de cet état on peut déterminer une norme de fonctionnement objective et dans quel mesure le patient le réalise.

Possibilités de choix

1. orientation correcte

Le patient n'a aucun problème pour indiquer le moment précis et il n'a pas besoin d'indices.

Une erreur de moins d'une heure peut être ignorée dans ce cas.

2. à condition de bénéficier d'indications

Le patient a des difficultés d'orientation dans le temps, mais il sait définir le temps présent, et utiliser correctement les notions de temps à condition de recevoir des indications.

3. utilisation inexacte des notions de temps

Le patient a des notions du temps (matin, avant-midi, après-midi, soir, semaine, mois, année) mais il ne les utilise pas, ou les utilise de façon incorrecte, malgré l'aide qui lui est apportée (plusieurs fois par semaine).

4. vit la plupart du temps dans le passé

p.ex. - *parle de ses défunts comme s'ils vivaient encore*

5. n'a pas de notion du temps, ou cette notion n'est plus mesurable vu la détérioration générale du sujet

C.1.2. FONCTIONNEMENT DU PATIENT : FONCTIONNEMENT SOCIAL

Dans cette série d'items, on mesure le degré d'utilisation des commodités sociales.

Vu le contenu de ces items, *la période d'observation recouvre le comportement du dernier mois*, y compris le jour de l'enregistrement.

Les items "gérer l'argent" et "indépendance administrative" pour lesquels la période d'observation est plus longue lorsque le patient est totalement indépendant, représente une exception à la règle d'un mois.

On indique le comportement observé. Dans certains cas rares, on peut aussi indiquer l'information concrète recueillie dans le dernier mois et qui prouve que le comportement indiqué est valable.

p.ex. - la famille du patient raconte après le week-end que le patient a fait seul des courses à l'épicerie et cette information n'est pas contredite par l'observation limitée de l'équipe de soins.

En ce qui concerne les Initiatives d'Habitations Protégées on pourrait même poser que pour des patients stabilisés on peut déjà enregistrer une partie préalablement à la semaine d'enregistrement. En ce qui concerne les patients non-stabilisés, on pourrait encore devoir nuancer pendant la semaine d'enregistrement.

Il existe 4 ou 5 possibilités de choix qui expriment une gradation par rapport à laquelle le patient est situé.

On peut indiquer un score "9" pour chaque item quand l'équipe de soins ne dispose pas de données ou dispose de données insuffisantes au moment de l'enregistrement. Ceci aura évidemment des conséquences au niveau du nombre de champs inconnus.

Si le patient présente différents niveaux de fonctionnement social pendant le dernier mois, on indique uniquement le niveau global le plus fréquent. En cas d'une divergence entre l'information recueillie par le groupe de traitement et celle recueillie ailleurs, l'information recueillie par le groupe de traitement est prioritaire.

PF08. Transports en commun

Définition

Mesure dans laquelle le patient utilise de façon autonome un véhicule motorisé.

Cette activité recouvre :

- organiser le trajet
- acheter les tickets de transport si nécessaire
- trouver et entrer dans le véhicule correct
- descendre au bon arrêt

Période d'observation : 1 mois.

Possibilités de choix

1. indépendant

Le patient utilise si nécessaire un train/tram/bus de façon autonome, même pour de nouveaux trajets, ou il conduit lui-même un véhicule motorisé

2. indépendant pour des trajets connus

Le patient utilise si nécessaire un train/tram/bus ou un véhicule motorisé propre sur des trajets connus

3. à condition d'être accompagné avant ou après le trajet

Le patient utilise si nécessaire un train/tram/bus à condition d'être accompagné avant ou après le trajet

- p.ex. - *accompagnement au départ/ à l'arrivée du trajet*
- *accompagnement pour une reconnaissance préalable*
- *accompagnement à l'achat des tickets*

4. à condition d'être accompagné pendant le trajet ou de voyager en groupe

- p.ex. - *le patient voyage seulement avec son unité de vie*

5. ne voyage pas

Le patient n'utilise pas un train/tram/bus ou un autre véhicule motorisé

- p.ex. - *un patient qui ne peut pas quitter l'institution pour des raisons de sécurité*
- *un patient alité qui ne quitte pas l'institution*
- *patient qui s'oppose à tout déplacement motorisé*

9. pas de données ou pas de données suffisantes à ce moment

Remarques

Si le patient utilise indépendamment un véhicule motorisé comme une voiture ou un cyclomoteur, le score 1 ou 2 est indiqué.

PF09. Faire des courses

Définition

Mesure si le patient achète de manière indépendante des objets de valeur ou des biens de consommation.

Cette activité recouvre :

- faire la liste des courses
- commander ou prendre soi-même les objets/biens dans les rayons
- payer les achats

Période d'observation : 1 mois.

Possibilités de choix

1. indépendant

Le patient est indépendant pour la plupart de ses achats, même pour des objets plus chers comme l'habillement, le matériel, les appareils électroménagers

2. indépendant pour des produits courants dans un ou plusieurs magasins

Le patient achète indépendamment des produits simples (pain, fruits, cigarettes, journal,...) dans un ou plusieurs magasins

3. à condition d'être surveillé

Le patient achète des produits, mais cela nécessite de la surveillance des autres pour le choix final des articles ou au moment du paiement

p.ex. - *surveillance du choix des articles pour cause d'achats trop nombreux*

4. à condition de présence permanente, ou seulement 1 produit dans 1 magasin

Le patient achète des produits simples à condition d'être aidé par autrui.

La présence des autres est nécessaire constamment pendant les courses. Ou le patient est seulement capable d'acheter un seul produit dans un seul magasin

5. le patient ne fait pas de courses

9. pas de données ou pas de données suffisantes à ce moment

Remarques

1) Il ne faut pas tenir compte ici de l'aide pour le déplacement. Ceci est enregistré par l'item déplacement et transport en commun.

2) Il s'agit de réaliser des achats et non la capacité d'assurer le paiement; ceci ne concerne que les achats faits et non le planning des dépenses à long terme (cfr. item gérer l'argent)

3) Des achats exceptionnels comme l'achat de biens immobiliers ou une voiture ne sont pas retenus dans le contenu de cet item.

PF10. Gérer l'argent

Définition

Mesure dans laquelle le patient échelonne ses dépenses et moyens financiers sur une certaine période. Ceci recouvre aussi bien le planning du budget que son exécution.

Période d'observation : 1 mois.

Possibilités de choix

0. non appliqué : le patient a moins de 16 ans

1. gestion échelonnée sur un ou plusieurs mois

Le patient échelonne ses dépenses sur un ou plusieurs mois. Il gère raisonnablement ses finances.

2. gestion échelonnée sur une ou plusieurs semaines

Le patient échelonne ses dépenses sur une ou plusieurs semaines. Pour des périodes plus longues, une surveillance est nécessaire ou l'entourage du patient lui fait parfois des remarques.

3. gestion échelonnée sur un ou plusieurs jours

Le patient échelonne ses dépenses sur un ou plusieurs jours. Pour des périodes plus longues, l'intervention des autres est nécessaire pour réduire ou corriger une perte financière possible.

4. ne gère pas d'argent OU ne gère pas ses finances d'une façon responsable

Le patient ne gère pas du tout d'argent. La gestion de l'argent est totalement assurée par d'autres.

Le patient gère de l'argent mais pas d'une façon responsable.

9. pas de données ou pas de données suffisantes à ce moment

Remarques

1) Cet item vise à obtenir de l'information sur le patient, c-à-d ce que le patient fait d'une façon responsable? La mesure dans laquelle un membre du groupe de traitement l'accompagne peut donner de l'information supplémentaire sur le niveau que le patient réalise, étant donné qu'on mesure ce que le patient FAIT (comportement) et pas ce qu'il POURRAIT faire (capacité).

- 2) Le fait qu'un patient dépose son argent à la consigne ou le confie à l'équipe de soins, n'indique pas nécessairement un score spécifique. Suivant les circonstances, on indique une des possibilités de choix.
- 3) Pour les patients qui ont "un administrateur temporaire" et qui reçoivent par.ex. un certain montant par semaine, on coche la possibilité "2 : gestion échelonnée sur une ou plusieurs semaines".

PF11. Autonomie administrative

Définition

Mesure dans laquelle le patient accomplit indépendamment des activités en rapport avec l'utilisation des services administratifs courants comme des transactions à la banque, la poste, la maison communale ou la mutuelle.

Période d'observation : 1 mois.

Possibilités de choix

0. non appliqué : le patient a moins de 18 ans

1. indépendant

Le patient utilise si nécessaire de sa propre initiative et indépendamment les services administratifs courants

2. à condition de surveillance, éventuellement par une instruction détaillée

Le patient effectue si nécessaire des transactions dans quelques services administratifs seulement après prise en charge ou instruction ou sous surveillance d'autrui. La surveillance peut consister en des instructions détaillées. Le patient utilise indépendamment quelques autres services administratifs courants.

p.ex.: - *donner au patient une liste des actes à effectuer dans un service administratif*
- *contrôle des actions exécutées*

3. aide effective

Le patient exécute si nécessaire des transactions administratives, mais seulement s'il bénéficie d'une aide effective de la part des autres

p.ex. - *le patient est accompagné à la poste, banque*

4. n'effectue aucune action administrative même si c'est nécessaire ou il s'oppose

p. ex. Le patient séjourne dans une unité de vie fermée et ne peut sortir pour exécuter des transactions administratives

9. pas de données ou pas de données suffisantes à ce moment

Remarques

- 1) Il ne faut pas tenir compte ici de l'aide pour le déplacement. Ceci est enregistré par l'item déplacement et transport en commun.

- 2) Pour les patients ayant un retard mental et admis dans les Maisons de Soins Psychiatriques, le fonctionnement est difficilement mesurable, c-à-d en rapport à l'état de l'handicap. En fonction de cet état on peut déterminer une norme de fonctionnement objective et dans quel mesure le patient le réalise.

C.1.2. FONCTIONNEMENT DU PATIENT : GESTION DU COMPORTEMENT

Cette série d'items concerne la mesure dans laquelle le patient prend contact avec son milieu actuel. Ce contact est mentionné en deux directions:

du patient vers son milieu actuel

des items qui concernent les éléments du comportement liés à la communication et aux relations sociales.

du milieu actuel vers le patient

des items qui concernent le feed-back que le patient reçoit des autres, de son milieu actuel et la façon dont il réagit ou comment il prend en considération ce feed-back.

La période d'observation recouvre le comportement de la dernière quinzaine, y compris le jour de l'enregistrement.

On indique le comportement observé dans le milieu actuel du patient. Dans certains cas rares, on peut aussi indiquer l'information concrète recueillie dans la dernière quinzaine et qui prouve que le comportement indiqué est valable.

En ce qui concerne les Initiatives d'Habitations Protégées on pourrait même poser que pour des patients stabilisés on peut déjà enregistrer une partie préalablement à la semaine d'enregistrement. En ce qui concerne les patients non-stabilisés, on pourrait encore devoir nuancer pendant la semaine d'enregistrement.

Le milieu actuel du patient est la résidence où le patient séjournait la plupart du temps au cours des trois derniers mois. Pour les patients en traitement de jour, le domicile personnel est retenu comme milieu actuel. Pour les patients qui résident la plupart du temps dans des institutions, l'institution est considérée comme le milieu actuel.

Le concept "Autres" recouvre toutes les personnes de l'environnement proche du patient dans son milieu actuel. Pour les patients pour qui le milieu actuel est l'institution, les "autres" sont plutôt les membres de l'équipe de soins et secondairement les autres patients ou les autres cohabitants.

Les exemples sont seulement indicatifs et ne peuvent pas être interprétés comme des critères.

Pour les items qui concernent la communication et des relations sociales, il y a toujours 4 ou 5 possibilités de choix qui indiquent le niveau où le patient se situe. A l'exception des items "Communication" et "Gestion des émotions", on peut indiquer le score "9" pour chaque item si l'équipe de soins ne dispose pas de données ou n'a pas de données suffisantes au moment de l'enregistrement.

Pour les items qui concernent le feed-back que le patient reçoit des autres, de son milieu actuel et la façon dont il réagit ou comment il prend en considération ce feed-back, on distingue la gradation suivante:

1. aucune restriction :

Comportement acceptable. Le patient tient suffisamment compte des autres.

2. restriction limitée :

Le patient tient compte des autres d'une manière variable. Il est l'objet de réactions verbales ou de critiques.

3. restriction manifeste :

Le patient tient peu ou insuffisamment compte des autres. On envisage des mesures ou elles sont déjà prises.

4. restriction sévère :

Le patient ne tient pas compte du feed-back qu'il reçoit des autres à cause de son comportement inacceptable. Des mesures sont prises.

9. pas de données ou pas de données suffisantes au moment de l'enregistrement

Remarque

Si le patient présente différents niveaux de feed-back social pendant la dernière quinzaine, on indique seulement le niveau global le plus fréquent.

Si le patient présente différents niveaux de gestion du comportement pendant la dernière quinzaine, on indique seulement le niveau global le plus fréquent.

En cas d'une divergence entre l'information recueillie par le groupe de traitement et celle recueillie ailleurs, l'information recueillie par le groupe de traitement est prioritaire.

PF12. Degré d'initiative

Définition

Degré d'initiative et rapidité d'exécution des activités tant obligatoires que non obligatoires et des activités tant souhaitables que non souhaitables.

Possibilités de choix

1. prend l'initiative sans difficultés et effectue les activités à un rythme adapté

Le patient commence les activités (presque) sans problème et les exécute à un rythme adéquat, selon les attentes du milieu actuel

Le patient ne commence pas d'activités obligatoires sans aide effective, mais commence au contraire sans problèmes des activités non-souhaitables .

2. commence difficilement ou exécute lentement des activités

Le patient entame difficilement l'exécution des activités ou a besoin d'une incitation pour commencer, ou les exécute lentement

3. commence difficilement les tâches de routine ou les exécute très lentement

Le patient commence très difficilement ses tâches, même routinières. Celles-ci sont commencées avec beaucoup de difficultés ou sont exécutées très lentement. Des instructions lui sont nécessaires

4. manque d'initiative : inertie totale

Le patient ne commence (presque) pas d'activités sans aide effective. La présence d'un tiers ou d'un membre de l'équipe de soins est nécessaire

9. pas de données ou pas de données suffisantes à ce moment

Remarque

Pour les patients ayant un retard mental et admis dans les Maisons de Soins Psychiatriques, le fonctionnement est difficilement mesurable, c-à-d en rapport à l'état de l'handicap. En fonction de cet état on peut déterminer une norme de fonctionnement objective et dans quel mesure le patient le réalise.

PF13. Loisirs

Définition

Mesure dans laquelle le patient structure ses loisirs grâce à des occupations, aussi bien seul qu'en groupe, tant organisées que non.

Chaque occupation est prise en considération à condition quelle se déroule en dehors des soins et activités organisés par l'équipe de soins.

Possibilités de choix

1. un éventail d'occupations bien structurées

Le patient recourt à une diversité d'occupations régulières, seul ou en groupe

2. quelques occupations régulières

Le patient a un hobby ou a régulièrement (au moins une fois par semaine) deux ou plus de deux occupations qu'il mène à bien

p.ex. - *jouer au volley-ball une fois par semaine*
- *lire le journal quotidiennement*

3. une occupation ou des occupations irrégulières et de manière variable

Les loisirs du patient sont exclusivement limités à une occupation ou bien il se distrait par beaucoup d'occupations différentes, mais de façon irrégulière et variable

4. importants problèmes de structuration

Le patient a de grandes difficultés à structurer ses occupations. Il exécute différentes occupations à la fois sans les finir, ou il est inactif pendant une grosse partie de la journée (inactivité entre 1 et 3h)

p.ex. - *le patient fume une cigarette dans son fauteuil pendant une grande partie du temps libre*

5. guère ou aucune structure

Le patient n'a (presque) aucune structuration de ses loisirs:

- ou bien le patient est hyper actif mais sans structuration de ses occupations,
- ou bien il est inactif pendant la majeure partie de la journée (plus de 3h à ne rien faire)

p.ex. - *le temps "non-thérapeutique" est totalement structuré par l'équipe de soins*

9. pas de données ou pas de données suffisantes à ce moment.

PF14. Comportement socialement acceptable

Définition

Mesure dans laquelle le patient se comporte d'une manière qui est généralement acceptable: respect des règles sociales et des règles de bienséance (politesse, contrôle de l'agressivité, savoir-vivre, etc...)

Période d'observation: 2 semaines

Possibilités de choix

1. dans et en dehors d'un milieu protégé

Le patient se comporte de façon socialement acceptable, sans surveillance dans tous les milieux

p.ex. - *le patient reçoit et rend visite à sa famille et à ses amis*
- *le patient tient compte des règles de bienséance dans les lieux publics et dans son milieu actuel*

2. dans et en dehors d'un milieu protégé, à condition de surveillance

Le patient se comporte de façon socialement acceptable dans et en dehors d'un milieu protégé, à condition d'être surveillé. A la condition qu'on lui indique les règles, le patient s'y conforme .

p.ex.: - *ne pas ouvrir les emballages dans un magasin*
- *aller au restaurant accompagné*

3. seulement dans un milieu protégé

Le patient ne se comporte pas de façon socialement acceptable en dehors d'un milieu protégé ou il ne quitte jamais ce milieu. Dans un milieu protégé, le comportement est acceptable

p.ex. - *le patient reste allongé, assis ou debout et regarde devant lui pendant une grande partie de la journée*

4. comportement socialement inacceptable

Le patient se singularise par un comportement qui n'est pas acceptable. Le comportement est à peine accepté dans un milieu protégé; ou, éventuellement, ce comportement est sanctionné

p.ex. - *le patient endommage, détruit ou vole régulièrement des objets ou vêtements d'autres personnes (plusieurs fois par semaine)*
- *le patient commet des violences sur autrui ou sur lui-même*
- *le patient menace de violence physique (plusieurs fois par semaine)*
- *le patient crie ou insulte fréquemment (plusieurs fois par semaine)*
- *le patient ment fréquemment (plusieurs fois par semaine)*

9. pas de données ou pas de données suffisantes à ce moment

PF15. Observation de la communication avec autrui

Définition

Mesure dans laquelle le patient s'exprime d'une manière variée, réaliste et lors d'une conversation avec d'autres.

Période d'observation: 2 semaines

Possibilités de choix

1. communication variée et réaliste

Le patient utilise le langage d'une manière normale. Il a des conversations cohérentes et réalistes sur différents sujets.

2. communication imprécise

Le patient utilise le langage de manière normale, il exagère régulièrement, se fonde sur des bases erronées et écoute mal

3. communication sur un seul sujet

Le patient utilise un vocabulaire limité, parle principalement d'un seul sujet, n'est pas accessible à la contribution des autres. Est très focalisé sur ses propres stimuli internes (émotions et attentes)

4. communication verbalement très limitée

Le patient utilise à peine quelques mots compréhensibles ou des phrases courtes. Se tient à l'écart des conversations. Ecoute à peine. Quoiqu'encore accessible, il est très replié sur lui-même

5. communication non-verbale

Le patient ne s'exprime (presque) pas, ou seulement par un langage non-verbal.
Il est à peine ou pas compréhensible.
Repli sur soi majeur : réagit à peine ou pas du tout aux interpellations d'autrui.

Remarque

On ne demande pas d'obtenir de l'information sur la RAISON pour laquelle la communication avec autrui a une certaine qualité, mais la mesure dans laquelle quelqu'un s'exprime de façon cohérente. On observe le comportement. On enregistre ce que l'on entend.

P. ex. Pour des patients psychotiques ou des patients qui ne parlent pas notre langue on enregistre ce que l'on entend.

PF16. Réactions d'autrui à la présentation

Définition

Le feed-back sur la présentation recouvre les réactions des autres concernant l'habillement, la coiffure, les bonnes manières, les règles de politesse du patient.

Période d'observation: 2 semaines

Possibilités de choix

1. aucune restriction : présentation acceptable

Le patient apparaît bien soigné et se présente bien. Les réactions qu'il provoque chez les autres montrent que sa présentation est acceptable

2. restriction limitée : des remarques

Le patient fait quelquefois l'objet de remarques ou de critiques occasionnelles sur sa présentation.

Ces remarques peuvent recouvrir sa présentation négligée et son manque de politesse, un habillement débraillé, abîmé ou souillé.

Il n'y a pourtant pas nécessité de surveillance ou de mesures particulières

3. restriction manifeste : critiques régulières et mesures limitées

Le patient fait l'objet de critiques régulières concernant sa présentation. Une surveillance est indiquée. Des mesures sont envisagées ou déjà prises et sont limitées à quelques aspects de sa présentation.

p.ex. - *une manière de s'habiller extrêmement frappante*
- *une attitude impolie à table et ailleurs*

- une mesure obligeant le patient à changer de vêtements ou à prendre un bain tous les X jours

- vu ses manières à table, on a décidé de laisser manger le patient à une table individuelle ou on a envisagé de lui faire prendre son repas en chambre

4. restriction sévère : présentation inacceptable et plusieurs mesures

Le patient se moque des remarques ou des critiques des autres concernant sa présentation inacceptable. Une surveillance et une aide pour plusieurs aspects sont nécessaires pour empêcher la négligence latente. Plusieurs mesures concernant différents aspects de sa présentation sont prises.

p.ex. - *habillement totalement inacceptable et négligence sévère de la coiffure*

9. pas de données ou pas de données suffisantes au moment de l'enregistrement

Remarques

1) Quand une règle sociale est transgressée et que cela n'entraîne pas une réaction des autres, on indique le score 1.

2) On enregistre si le patient provoque des réactions chez les autres, quelle que soit la raison.
p.ex. pour le patient qui apparaît bien soigné et qui se présente bien aimable, mais qui fait quelquefois l'objet de remarques ou de critiques occasionnelles de l'environnement, on coche le choix n° 2.

La mesure dans laquelle une surveillance est nécessaire, permet de faire la différence entre les différentes possibilités de choix.

3) Pour les patients ayant un retard mental et admis dans les Maisons de Soins Psychiatriques, le fonctionnement est difficilement mesurable, c-à-d en rapport à l'état de l'handicap. En fonction de cet état on peut déterminer une norme de fonctionnement objective et dans quel mesure le patient le réalise.

PF17. Contribution à l'ambiance et au maintien du cadre de vie

Définition

La qualité et la quantité de participation aux différentes activités communes dans son milieu actuel.

Par exemple : prendre les repas, rendre visite à quelqu'un, jouer ensemble, regarder la télé ensemble.

Indique aussi bien combien le patient est concerné par la vie quotidienne à l'unité de vie le ménage, le processus décisionnel, que par les bonheurs et les malheurs des autres (patients, le personnel)

Période d'observation: 2 semaines

1. aucune restriction : contribution acceptable

Le patient contribue beaucoup, aussi bien à l'ambiance qu'à la stabilité de son milieu actuel. Cette contribution est généralement conforme aux attentes de ce milieu

2. restriction limitée : contribution variable

Le patient évite parfois des activités communes ou y participe passivement. La contribution et la participation aux activités quotidiennes de ce milieu sont variables. Les autres critiquent parfois le patient, ce qui aboutit à des tensions ou à des conflits

3. restriction manifeste : se retire manifestement, les autres se chargent de certaines tâches

Le patient s'écarte ostensiblement des activités communes. Ceci est souvent en relation avec un manque d'implication dans le milieu actuel. La contribution à la vie quotidienne est limitée. D'autres assument certaines tâches normalement dévolues au patient. Régulièrement, des conflits éclatent à propos du comportement du patient. Son comportement perturbe la vie normale de son milieu actuel

4. restriction sévère : démissionne (presque) complètement et presque toutes ses tâches sont effectuées par d'autres.

Le patient s'extrait (presque) totalement du milieu actuel. D'autres assument presque toutes les tâches normalement attribuées au patient. Il est possible qu'il en ait pris son parti. Ce comportement du patient perturbe la vie normale du milieu actuel d'une façon très grave ou il en résulte une très grande charge pour les autres

9. pas de données ou pas de données suffisantes au moment de l'enregistrement

Remarque

“ Le cadre de vie actuel” est l’environnement où le patient séjourne pendant la période d’observation. *P. ex. Dans le cas où la période d’admission couvre 10 jours et la période d’observation 2 semaines, le cadre de vie actuel est l’environnement où le patient a séjourné la plupart de la période d’observation, c-à-d l’institution*

Possibilités de choix

PF18. Respect d'autrui

Définition

Mesure dans laquelle le patient tient compte, dans la vie quotidienne, des intérêts des partenaires de son milieu. Dans le milieu proche, les autres peuvent être des voisins ou d'autres patients. Dans le milieu considéré plus largement, on indique surtout l'observation de la loi. Généralement, on indique surtout les conséquences éventuelles du comportement du patient sur le bien-être des autres.

Période d’observation: 2 semaines

Possibilités de choix

1. aucune restriction : tient suffisamment compte des intérêts des autres

2. restriction limitée : en tient compte d'une manière variable

Le patient ne tient pas toujours compte ou seulement d'une manière variable de l'intérêt des autres. Il y a parfois conflits avec les autres (plusieurs fois par an). La relation avec quelques voisins peut être perturbée par des conduites dérangeantes

3. restriction manifeste : tient peu compte des autres ou existence de conflits manifestes

Le patient tient peu compte des intérêts des autres. Leurs intérêts peuvent être atteints par le comportement déraisonnable du patient. Ceci peut aboutir à une intervention de la police ou de la gendarmerie. Il y a des conflits manifestes avec les voisins à cause de conduites dérangeantes

4. sérieuse restriction : ne tient (presque) pas compte des autres

Le patient ne tient (presque) pas compte des autres. Leurs intérêts peuvent être atteints par le comportement déraisonnable du patient. On parle éventuellement d'éloigner le patient de la maison ou d'un procès ou d'une condamnation à cause de son comportement à tendance criminelle. A cause d'importants conflits avec les voisins, la relation avec les voisins n'existe (presque) pas

9. pas de données ou pas de données suffisantes au moment de l'enregistrement

Remarques

1. Avec cet item on vise à obtenir de l’information sur le bien-être des autres et la mesure dans laquelle le patient y tient compte. La production de conflits ou l’embarras du patient sont des éléments très importants. Cependant on n’envisage pas la raison du

comportement. On juge du comportement indépendamment de la pathologie, le diagnostic ou autres causes. On doit d'abord prendre en considération toutes les possibilités de choix et par après prendre acte de la définition.

2. Pour les patients ayant un retard mental et admis dans les Maisons de Soins Psychiatriques, le fonctionnement est difficilement mesurable, c-à-d en rapport à l'état de l'handicap. En fonction de cet état on peut déterminer une norme de fonctionnement objective et dans quel mesure le patient le réalise.

PF19. Lien effectif avec des amis

Définition

La fréquence et la dimension des contacts avec des amis et des relations quelle que soit la qualité des contacts, le nombre des amis ou contacts. Ces amis peuvent aussi être d'autres patients.

Période d'observation: 2 semaines

Possibilités de choix

1. aucune restriction : contacts réguliers avec un certain nombre d'amis et de relations
2. restriction limitée : un nombre limité d'amis et relations

Il y a relativement peu de contacts ou certains contacts sont évités (passivement), soit par le patient, soit par ses amis et relations

3. restriction manifeste : presque pas d'amis

La fréquence des contacts est limitée. Des indices montrent que le patient évite les autres activement

4. sérieuse restriction : pas d'amis et (presque) pas de relations

Le contact social en dehors de la famille ou du travail n'existe (presque) pas. Il y a évitement actif d'autrui ou présence d'un comportement qui exclut tout contact est évident.

9. pas de données ou pas de données suffisantes au moment de l'enregistrement

Remarques

- 1) Les patients qui résident depuis longtemps dans l'institution peuvent avoir créé avec les autres patients un lien comparable au lien entre amis. Ce lien peut être pris en considération.
- 2) Il est exclus de juger le lien effectif avec des amis d'une façon qualitative

P. ex. Des patients ayant un retard mental ou des patients déments peuvent avoir créé avec les autres patients un lien comparable au lien entre amis. On ne juge pas la qualité du lien, mais on observe et enregistre la fréquence et le volume des contacts avec les autres patients. Le but final est de juger si le patient est totalement isolé ou a des contacts fréquents.

Le jugement sur la qualité du fonctionnement relationnel est envisagée avec les items PF21-PF23.

C.1.2. FONCTIONNEMENT DU PATIENT: FONCTIONNEMENT RELATIONNEL

Cette série d'items concerne la qualité des relations émotionnelles du patient avec des personnes importantes de son milieu actuel : ses parents, frères ou soeurs, amis ou relations et les cohabitants.

On indique le comportement observé. La période d'observation recouvre le comportement de la *dernière quinzaine*, y compris le jour de l'enregistrement. Dans certains cas rares, on peut aussi indiquer l'information concrète recueillie dans la dernière quinzaine et qui prouve que le comportement indiqué est valable.

Les exemples sont repris à titre indicatif et ne doivent pas être interprétés comme des critères.

On discerne la gradation suivante :

- 0. **item non applicable**
- 1. **aucune restriction**
- 2. **restriction limitée**
- 3. **restriction manifeste**
- 4. **restriction sévère**
- 9. **pas de données ou pas de données suffisantes au moment de l'enregistrement**

Remarques :

- 1) Si le patient présente différents niveaux de lien émotionnel pendant la dernière quinzaine, on indique le niveau le plus bas (! = le chiffre le plus élevé).
- 2) On cote le fonctionnement relationnel indépendamment de la raison qui a amené le patient à ce niveau de fonctionnement.
- 3) L'absence de conflit ne signifie pas toujours ipso facto une bonne qualité du fonctionneman relationnel. Par exemple, des patients autistes, schizophrènes ou déments peuvent ne pas présenter de conflits sans pour cela faire preuve d'un fonctionneman relationnel de bonne qualité.
- 4) Outre la présence ou l'absence de conflits, on jugera aussi de la confiance mutuelle, de l'ouverture d'esprit, du respect et de l'empathie que peut témoigner le patient envers les autres.
- 5) Au cas où les exemples donnés dans la définition des items ne correspondent pas tout à fait à la situation du patient, on estimera le fonctionnement du patient sur un continuum. Les critères des définitions doivent permettre de situer le patient sur ce continuum et de choisir le score du patient.

PF20. Comportement relationnel avec les cohabitants

Définition

La qualité des relations avec les cohabitants, telles qu'elles s'expriment d'une part dans la confiance mutuelle, la sincérité et le respect, d'autre part la mesure dans laquelle surviennent d'éventuels conflits.

Par cohabitants, on peut entendre les autres patients soignés ou traités à l'intérieur de la même institution.

Pour les Initiatives d'Habitations Protégées, on considère donc les autres patients qui font partie de la communauté de vie.

Pour les Maisons de Soins Psychiatriques, les cohabitants sont ceux qui font partie de la même Maison de Soins.

Les personnes en cause sont le patient d'une part et ses cohabitants d'autre part.

Possibilités de choix

1. aucune restriction: bons contacts

Le patient a de bons contacts avec différents cohabitants, contacts caractérisés par la confiance, l'ouverture et le respect. Il n'y a pas de conflit important avec les cohabitants.

2. restriction limitée: relation quelque peu perturbée

Le patient est en conflit manifeste avec différents cohabitants, ou quelques petits conflits. Le lien émotionnel est quelque peu perturbé, assez distant, ou le lien est changeant.

Eventuellement, une ou plusieurs des personnes concernées critiquent le comportement du patient (moins d'une fois par mois).

3. restriction manifeste: conflits manifestes

Le patient a une mauvaise relation avec plusieurs cohabitants. Il y a des conflits manifestes, difficiles à résoudre. Ceci conduit régulièrement (plus d'une fois par mois) à des disputes ou à une rupture temporaire de contact. Il arrive plus d'une fois par mois que les personnes en cause critiquent le comportement du patient.

4. sérieuse restriction: relation très mauvaise ou rompue

La relation avec la majorité des cohabitants est très mauvaise ou rompue. Les contacts sont (activement) évités. Il y a de graves disputes. Les personnes en cause critiquent très gravement le comportement ou se montrent très indifférentes devant la situation.

9. pas de données ou pas de données suffisantes au moment de l'enregistrement

PF21. Comportement relationnel avec amis (non cohabitant)

Définition

Qualité des contacts avec les amis et relations tels qu'ils s'expriment dans la confiance mutuelle, le soutien émotionnel et concret.

Les personnes en cause sont le patient d'une part et quelques bons amis (non-cohabitants) d'autre part.

Possibilités de choix

0. non appliqué: pas d'amis

Le patient n'a (eu), au cours d'une période récente, aucun ami avec lequel il ait créé un lien émotionnel de quelque importance.

1. aucune restriction : bons contacts

Le patient a de bons contacts avec un ou quelques amis, caractérisés par la confiance mutuelle, un soutien émotionnel et concret. Il n'y a pas de conflits persistants.

2. restriction limitée : relation quelque peu perturbée

Le patient a des liens de confiance et de soutien modérés ou fluctuants avec (un de) ses amis. Il y a manifestement un conflit ou plusieurs petits problèmes persistants.

3. restriction manifeste : conflits manifestes

Le patient a avec (un de) ses amis une mauvaise relation. Il y a des conflits manifestes, difficiles à résoudre. Ces conflits aboutissent régulièrement à des disputes ouvertes (plusieurs fois par mois) .

4. sérieuse restriction : relation très mauvaise ou rompue

La relation avec (un de) ses amis s'est récemment rompue ou la qualité des contacts qui subsistent est très mauvaise. Il y a des conflits manifestes. Les personnes en cause critiquent très sévèrement le comportement du patient ou se montrent très indifférents devant la situation.

9. pas de données ou pas de données suffisantes au moment de l'enregistrement

PF22. Comportement relationnel avec frères et soeurs

Définition

La qualité du lien émotionnel tel qu'il s'exprime dans des sentiments de cordialité, sincérité et respect et le niveau de conflits avec les frères et soeurs.

Les personnes en question sont d'une part le patient et d'autre part ses frères et soeurs.

Possibilités de choix

0. non appliqué : pas ou plus de frères ou soeurs

Le patient n'a pas de frères ou soeurs ou ils sont décédés.

1. aucune restriction : relations qualitativement bonnes

2. restriction limitée : relation quelque peu perturbée

Le patient est en conflit manifeste avec ses frères/ soeurs ou quelques petits conflits persistants. Le lien émotionnel est quelque peu perturbé ou distant. Eventuellement, une ou plusieurs des personnes en cause critiquent parfois gravement le comportement de l'autre (moins d'une fois par mois)

3. restriction manifeste : conflits manifestes

Le patient a une mauvaise relation avec ses frères/soeurs. Il y a des conflits manifestes. Ces conflits aboutissent régulièrement à des disputes ou à une rupture de contact. On ne parle plus de confiance. Pour autant que l'un critique l'autre, cela se passe régulièrement (plus d'une fois par mois)

4. sérieuse restriction : relation très mauvaise ou rompue

Le patient n'a pas de relation avec ses frères/ soeurs. Chez les personnes en question, on observe des sentiments de haine ou de vengeance ou d'indifférence extrême. Ils critiquent très gravement le comportement de l'autre ou se montrent très indifférents à la situation. La relation est éventuellement rompue.

9. pas de données ou pas de données suffisantes au moment de l'enregistrement

Remarques

1) Si l'un(e) des frères/soeurs est mort(e), on indique seulement la relation avec les autres frères/soeurs survivants (ou le lien avec la belle-famille avec laquelle le patient a créé un lien important).

2) Si le patient n'a plus de contact avec l'un(e) de ses frères/soeurs mais bien avec les autres, on indique au moins le score 3.

3) Si la qualité des relations est différente selon les frères/soeurs , on indique la plus mauvaise qualité.

4) Lorsque, pour des raisons géographiques ou financières (ou autres), il n'y a pas de contact avec le(s) frère(s) et soeur(s) durant la période d'observation, et que le patient a de bons contact avec des membres de la famille proche, on peut choisir ici « 1. aucune restriction : relations qualitativement bonnes ».

PF23. Comportement relationnel avec les figures parentales

Définition

La qualité de la relation avec les figures parentales telles qu'exprimées par des sentiments de respect, de sincérité, de cordialité, et la mesure des conflits avec (une de) ses figures parentales.

Les personnes en cause sont d'une part le patient et d'autre part ses figures parentales.

Possibilités de choix

0. non appliqué : les figures parentales sont mortes ou le patient a plus de 65 ans

1. aucune restriction : bonnes relations

2. restriction limitée : relation quelque peu perturbée

Le patient a une relation limitée avec (une de) ses figures parentales. Il y a un conflit manifeste ou de petits conflits persistants. Une ou plusieurs des personnes concernées critiquent gravement le comportement de l'autre (moins d'une fois par mois)

3. restriction manifeste : conflits manifestes

Le patient a une mauvaise relation avec (une de) ses figures parentales. Il y a des conflits manifestes. Ces conflits aboutissent régulièrement à des disputes ou à une rupture de contact. La confiance n'existe (presque) pas. Des essais pour améliorer ou maintenir la relation sont à peine positifs. Dans la mesure où l'une des personnes en question critique l'autre, ceci se produit régulièrement (plus d'une fois par mois)

4. sérieuse restriction : relation très mauvaise ou rompue

La relation entre le patient et ses figures parentales n'existe (presque) pas. Chez les personnes en question, on observe des sentiments de haine ou de vengeance ou d'indifférence extrême. Elles critiquent très gravement le comportement de l'autre ou se montrent très indifférentes à la situation. La relation est éventuellement rompue.

9. pas de données ou pas de données suffisantes au moment de l'enregistrement

Remarques

1) Les figures parentales sont des personnes qui ont réalisé la plupart des fonctions de parents pendant l'enfance du patient. En général, il y a deux figures parentales. Les membres de l'équipe de soins ne peuvent pas être considérés comme des figures parentales.

2) Si une des figures parentales est morte, on indique seulement la relation avec l'autre parent.
p.ex - *Si le patient n'a plus de contact avec une de ses figures parentales mais bien avec l'autre, on indique au moins le score 3.*

3) Si la qualité des relations avec les différentes figures parentales est différente, on indique la qualité la plus mauvaise.

4)) Lorsque, pour des raisons géographiques ou financières (ou autres), il n'y a pas de contact avec figures parentales durant la période d'observation, et que le patient a de bons contact avec des membres de la famille proche, on peut choisir ici « 1. aucune restriction : bonnes relations»

C.1.3. LES SOINS

Ces items concernent les soins et les activités exécutées par les membres de l'équipe de soins au bénéfice du patient ou du réseau social du patient pendant la semaine d'enregistrement. Puisque la plupart des soins et des activités sont organisées sur la base d'une semaine, *elles seront enregistrées par semaine.*

Pour toutes les activités :

1) Elles doivent être la conséquence d'une décision de l'équipe de soins. Cette notion d'équipe suppose, au moment de la décision, un team représenté par au moins trois disciplines différentes. On peut interpréter cette condition largement : il n'est pas toujours possible que la décision précède l'exécution des activités. Celles-ci sont souvent choisies dans l'esprit de la stratégie de traitement qui est prévue par l'équipe.

2) Elles peuvent être retenues uniquement quand elles sont réalisées ou dirigées par un membre compétent de l'équipe de soins pendant la période d'enregistrement.

3) Il ne s'agit que des soins directs, dispensés au patient ou à son réseau social. Cela peut concerner des problèmes d'orientation, d'accompagnement, de traitement ou de soins de nature variable.

Les activités ne peuvent être retenues que quand le patient a vraiment participé à l'activité. Donc, une activité ne peut pas être enregistrée lorsque le patient n'a pas participé à l'activité qui était prévue dans le plan de traitement. Seul l'item **Accompagnement thérapeutique des problèmes sociales ou juridiques (PA08)** peut faire exception.

Les activités de soins indirects ne sont pas enregistrées. Sans être exhaustifs, citons: réunions, activités administratives et de gestion, planification, constitution et suivi du dossier, activités personnelles, documentation, prospection, formation, stage ou supervision, recherche scientifique, relations publiques, ...

4) elles doivent être mentionnées dans le dossier du patient

Il s'agit ici d'enregistrer les activités de soins qui sont réalisées par l'équipe de soins (y compris les stagiaires) au bénéfice du patient ou de son système durant la période d'enregistrement.

Dans les Initiatives d'Habitations Protégées, les activités qui sont réalisées par des intervenants externes qui ne font pas partie de l'équipe ne sont pas enregistrées (médecin traitant, psychothérapeute externe, juriste, ...).

Dans cette série d'items, il y a 4 manières différentes de donner un score :

a) activité appliquée ou non chez le patient pendant la période d'enregistrement
 0 = non appliquée durant la semaine d'enregistrement
 1 = appliquée durant la semaine d'enregistrement

b) degré auquel une activité est systématiquement produite
 0 = non appliqué
 1 = occasionnel, 1 ou plusieurs fois
 2 = systématique, 1 ou plusieurs fois, faisant partie d'une série d'activités de ce genre avec un but établi à l'avance et une fréquence structurée dans le temps

c) fréquence des activités pendant la semaine d'enregistrement
 0 - 999 fois

d) durée des activités pendant la semaine d'enregistrement
 Ces activités se répartissent dans des intervalles qui rendent compte de la gradation de la mesure dans laquelle l'activité a lieu. Ainsi, la fréquence, la durée (exprimée en heures) ou l'intensité de l'activité sont signalées par un code, représentatif des intervalles donnés. Quand les activités ne s'expriment pas exactement en unités d'heures, on arrondit vers le nombre entier le plus proche, suivant le règle suivant:
 - 30 minutes et moins: vers le bas
 - 31 minutes et plus: vers le haut

La durée d'une activité est la période entre le début et la fin de l'activité. Le déplacement aller et retour du patient vers l'endroit où l'activité se produit n'est pas pris en considération.

Remarque générale : PAS DE DOUBLONS!

Chaque activité ne peut être indiquée qu'une fois. Quand une activité est enregistrée par un item, cette activité ne peut plus être signalée par un autre item.

EXCEPTIONS: les items *Activités fixes et régulières, individuelles ou en groupe (PA24 et PA25)* et *Activités non planifiées, non structurées (PA26)* font exception à cette règle, elles peuvent par définition se superposer à d'autres items.

De même l'item *Administration de médication IM/IV/SC (PA14)* peut chevaucher les items *Administration de médication psychopharmacologique (PA12)* et *Administration de médication somatique (PA13)*.

Pour simplifier la notation et le comptage, les activités peuvent être enregistrées par 24 heures et être totalisés sur les 7 jours de la semaine d'enregistrement, sauf pour certaines activités pour lesquelles seul le score le plus élevé de la semaine doit être retenu.

Pour les patients en sortie intermédiaire, on note '0'.

PA01. Urgence psychiatrique***Définition***

Toute intervention dans des moments de crise aiguë au cours de laquelle le patient ou l'entourage du patient manque de capacité de décision et de contrôle suffisant pour juger et agir efficacement dans la situation actuelle. L'intervention est destinée à éviter ou à réduire au minimum le dommage qui peut affecter les personnes en question ou les autres.

Exemples :

- intervention dans une situation où une hospitalisation immédiate est indiquée vu le danger physique pour le milieu du patient, vu la négligence, le comportement trop turbulent ou pour éviter que la famille du patient ne se trouve trop isolée face au comportement du patient

- intervention auprès des membres de la famille du patient, perturbés ou en situation de panique du fait de l'hospitalisation ou de la mise en isolement du patient

- intervention auprès d'un patient présentant des hallucinations nécessitant une intervention immédiate

- intervention dans une situation comportant un incident physique aigu, comme par exemple une crise d'épilepsie

- intervention (p.ex. lavage d'estomac) chez un patient ayant absorbé en excès des médicaments

Possibilités de choix

0. non appliquée pour la semaine d'enregistrement

1. appliquée

Remarques

1) Durée minimale de l'intervention : un quart d'heure. Il convient toutefois de ne pas interpréter cette durée de manière trop stricte. Les démarches nécessaires à une intervention d'urgence prennent en effet facilement 15 minutes.

2) Si l'urgence psychiatrique se présente en même temps que l'isolement au cabanon ou que des mesures d'isolement, l'urgence psychiatrique n'est pas enregistrée par cet item.

PA02. Anamnèse***Définition***

Conversation structurée avec le patient, l'entourage du patient, sa famille ou des tiers, en général au début du séjour du patient, destinée à collecter de l'information sur le patient concernant :

- l'évolution de sa vie
- ses antécédents
- ses problèmes de santé
- ses habitudes de vie
- ses activités
- son milieu

permettant d'obtenir une image complète du patient.

Cette conversation peut avoir lieu dans ou en dehors de l'institution.

Possibilités de choix

0. non appliquée pendant la semaine d'enregistrement

1. anamnèse limitée : 1 heure ou moins

2. anamnèse étendue : plus d'une heure

Remarques

1) Une nouvelle anamnèse (partielle) pendant la suite du séjour ne peut être indiquée que lorsqu'un rapport distinct est inclus dans le dossier du patient

p.ex.: - *une anamnèse avec un voisin pendant la troisième semaine du séjour du patient*

PA03. Observation structurée

Définition

Observation prévue, structurée et fréquente d'un ou de plusieurs aspects bio-psycho-sociaux et existentiels du patient ou de son système familial. L'observation structurée doit être interprétée comme un instrument diagnostique pendant lequel l'activité de l'intervenant est centrale.

Cette observation se déroule à l'aide d'un cadre de référence utilisable : un schéma d'enquête ou théorique, des échelles de jugement ou d'autres instruments.

Si cette observation se déroule moins de 2 fois par an et ne fait pas partie d'une série d'observations rappelées périodiquement, elle est considérée comme "occasionnelle".

Possibilités de choix

0. pas d'observation systématique pendant la semaine d'enregistrement

1. observation systématique occasionnelle

L'observation est unique et ne fait pas partie d'une série d'observations périodiques.

2. observation systématique périodique

L'observation systématique se déroule périodiquement (au moins 2 fois par an) suivant la même échelle ou le même schéma.

Remarques

- 1) Vu que l'observation fait partie intégrante par définition de chaque traitement, il s'agit ici exclusivement d'observations structurées et planifiées. Des observations non structurées ou non préalablement planifiées ne sont pas prises en considération.
- 2) Des observations conséquentes à un isolement au cabanon ou à des mesures d'isolement ne sont pas indiquées ici.
- 3) Cet enregistrement du Résumé Psychiatrique Minimum n'est pas pris en considération en tant qu'observation systématique.
- 3) L'étude du sommeil peut être enregistrée ici pour autant que cette évaluation correspond à la définition de l'item.

PA04. Activités diagnostiques*Définition*

Toutes les activités concernant la pose d'un diagnostic, grâce auxquelles on collecte des données par une procédure standardisée. Cette procédure est le résultat d'une méthode de recherche scientifique : on en a contrôlé la fiabilité et la validité. Dans la plupart des cas, on utilise des normes et des groupes de référence.

- p.ex. - CT-scan
 - examen psychodiagnostique
 - examen médico-somatique
 - examen psychomoteur
 - labo du sommeil (par un examen des différents stades du sommeil par REM,

..)

Possibilités de choix

0. non appliquée pendant la semaine d'enregistrement
1. appliquée

Remarques

- 1) Cet item ne concerne pas une observation systématique (PA03)
- 2) Il s'agit de "procédures standardisées" basées sur des méthodes scientifiques.
 Une consultation "ordinaire" n'est pas enregistrée comme activité diagnostique.

PA05. Régime diététique*Définition*

Mesure dans laquelle le patient suit un régime prescrit par le médecin: réduction de certains aliments, sels, graisses,...

Possibilités de choix

- 0. non appliqué pendant la semaine d'enregistrement
- 1. appliqué

Remarques

1) Le "régime" peut être indiqué uniquement lorsqu'il y a respect d'un régime prescrit pendant au moins un jour de la semaine d'enregistrement.

PA06. Activités de travail

Définition

Activités prévues et structurées, destinées à la réalisation ou à l'achèvement de produits ou de services. Il peut s'agir aussi bien d'activités productives que non-productives. Les activités peuvent se dérouler dans le cadre d'un milieu professionnel réel, d'un bénévolat, d'ergothérapie ou d'un entraînement ménager, dans ou en dehors de l'institution. Si l'activité se déroule dans l'institution, cette activité est dirigée par un membre de l'équipe de soins disponible durant toute la séance en vue d'encouragement, instruction, soutien ou aide. La durée des activités auxquelles le patient participe est exprimée en intervalles selon la durée.

Possibilités de choix

Durée en intervalles:

- 0. non appliqué: pas d'activités de travail durant la semaine d'enregistrement
- 1. moins de 3 heures d'activités de travail durant la semaine d'enregistrement
- 2. 3-15 heures
- 3. 15 heures ou plus

Remarques

- 1) L'activité doit être prévue, structurée et périodique pour ce patient.
- 2) En ce qui concerne les patients des Initiatives d'Habitations Protégées qui sont en hôpital de jour, on enregistre ce que l'on sait. Si le patient est en hospitalisation de jour dans une institution psychiatrique, un RPM est enregistré par l'équipe de soin de cette institution psychiatrique, puisque cette équipe est à ce moment responsable du patient. Si l'équipe d'accompagnement n'est pas impliquée, à un certain moment, dans la prise en charge d'un patient, rien n'est enregistré concernant l'activité du patient.

PA07. Entraînement des aptitudes socio-économiques***Définition***

Processus systématisé d'apprentissage, étendu sur une certaine période, par lequel on enseigne ou exerce le comportement concret concernant le fait

- de faire des courses
- de gérer l'argent
- d'utiliser les transports en commun
- d'être indépendant administrativement
- d'utiliser le téléphone

en utilisant les conséquences de ce comportement et des instructions précises. Le processus d'apprentissage est évalué régulièrement.

Le comportement concret, les conséquences, les instructions et la méthode doivent être fixées d'avance.

Possibilités de choix

0. non appliqué pendant la semaine d'enregistrement
1. appliqué

Remarques

- 1) L'activité doit être prévue, structurée et périodique pour ce patient

PA08. Accompagnement thérapeutique des activités ménagères***Définition***

Activités prévues et structurées, destinées à l'apprentissage, au soutien ou à la prise en charge des tâches ménagères comme préparer le repas, nettoyer son environnement, faire la vaisselle, repasser, réparer des vêtements.

L'accompagnement peut intervenir à différents niveaux: contrôle, instruction, réaliser des tâches avec le patient ou prendre en charge des tâches ménagères en place du patient.

Cette activité est accompagnée par un membre de l'équipe de soins, disponible durant toute la séance dans une optique de stimulation, d'instruction, de soutien ou d'aide.

Ces activités peuvent se dérouler à l'intérieur ou à l'extérieur de l'institution psychiatrique.

Possibilités de choix

0. Pas d'accompagnement des activités ménagères pendant la semaine d'enregistrement
1. Moins d'une heure d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement
2. 1 à 3 heures d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement
3. 4 à 8 heures d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement
4. 9 à 15 heures d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement
5. Plus de 15 heures d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement

Remarques

- 1) L'intervention fait partie du plan de traitement. Elle est donc formulée explicitement dans le dossier du patient. Apprendre ou exécuter une activité ménagère par hasard avec le patient, n'est pas enregistré. Par exemple: un membre de l'équipe de soins qui prend contact avec le patient en l'aidant à terminer la vaisselle.
- 2) L'apprentissage liée à l'utilisation du téléphone ou des transports en commun, de faire des courses, de gérer l'argent ou des acquis administratifs, n'est pas enregistré. Ces activités sont répertoriées par l'item "Entraînement des acquis socio-économiques".
- 3) Alors que l'item 'PA06 : Activités de travail' concerne l'occupation, le travail en soi (la réalisation, la finition), on met ici l'accent sur la thérapie, le processus de réintégration, de prise en charge autonome du patient.

PA09. Accompagnement thérapeutique des activités socioculturelles, sociales et de loisirs**Définition**

Concerne des activités prévues et structurées qui respectivement :

- sont destinées à expérimenter des activités de loisirs
- sont destinées à apprendre ou acquérir des aptitudes aux activités de loisirs
- ont un caractère didactique et pédagogique à propos d'événements socioculturels ou sociaux
- visent l'occupation d'une journée dans le but de l'apprentissage de la structuration d'une journée.

Ces activités sont accompagnées par un membre de l'équipe de soins, disponible durant toute la séance dans une optique de stimulation, d'instruction, de soutien ou d'aide.

Ces activités peuvent se dérouler à l'intérieur ou à l'extérieur de l'institution psychiatrique.

Possibilités de choix

0. Pas d'accompagnement thérapeutique d'activités socioculturelles, sociales et d'aménagement des loisirs pendant la semaine d'enregistrement
1. Moins de 3 heures d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement
2. 3 à 7 heures d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement
3. 8 à 15 heures d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement
4. Plus de 15 heures d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement

Remarques

- 1) Pour un total avec une partie en minutes, la règle suivante doit être appliquée:
 - 30 minutes et moins: on arrondi vers le bas

Ainsi un total de 7 heures et 20 minutes représente le score 2 (3 à 7 heures d'accompagnement).

- 31 minutes et plus: on arrondi vers le haut.

Ainsi un total de 7 heures et 45 minutes représente le score 3 (8 à 15 heures d'accompagnement).

2) Les activités d'occupation de la journée, principalement d'application dans les Maisons de Soins Psychiatriques peuvent être (provisoirement) enregistrées sous cet item.

3) Une même activité peut souvent être susceptible d'être enregistrée sous différents items. Il convient toutefois d'appliquer strictement la définition des items et de considérer le but de l'activité en fonction de la prise en charge ou de l'accompagnement afin de pouvoir enregistrer adéquatement l'activité sous le bon item.

Une même activité ne peut être enregistrée qu'une seule fois.

Exemple

L'activité ménagère 'cuisine' peut être enregistrée sous :

'PA06 Activités de travail' lorsque la réalisation ou la finalisation de cette tâche est centrale.

'PA08 Accompagnement thérapeutique des activités ménagères' lorsque l'on met l'accent sur la thérapie, le procès de réintégration et le soutien durant l'activité.

'PA09 Accompagnement thérapeutique des activités socioculturelles, sociales et de loisirs' lorsqu'il s'agit respectivement de :

- un apprentissage des activités de loisirs ou
- l'apprentissage d'une activité ludique
- une activité qui revêt un caractère didactique ou éducatif, dans le sens d'un événement socioculturel
- une occupation de la journée dans le but de l'apprentissage de la structuration d'une journée.

PA10. Accompagnement thérapeutique des problèmes sociaux ou juridiques

Définition

Interventions et mesures (travail socio-administratif, contacts avec des tiers, surveillance, soutien et accompagnement du patient) effectuées par un membre de l'équipe de soins concernant les problèmes en rapport avec

- la gestion de l'argent et les moyens financiers du patient (revenus, dépenses, possession de biens mobiliers et immobiliers, gestion)
- les problèmes juridiques et judiciaires
 - * problèmes de droit civil : milice, élections
 - * problèmes de droit pénal : les actions judiciaires, la détention
 - * problèmes socio-juridiques : le droit du travail, la fiscalité, le C.P.A.S.
 - * problèmes juridiques concernant les maladies et les handicaps
 - * problèmes relatifs aux lois de la protection de la personne du malade mental et la gestion de ses biens
- chercher du travail, problèmes avec la reprise de travail
- chercher un logement

On indique les activités de prise en charge par un membre de l'équipe de soins et le niveau d'accompagnement

Possibilités de choix

0. non appliqué pendant la semaine d'enregistrement

1. une ou plusieurs sessions occasionnelles d'accompagnement

La session/ les sessions ne fait/ont pas partie d'une série de conversations d'accompagnement périodiquement structurées et systématiques

2. une ou plusieurs sessions d'accompagnement systématique

La session/ les sessions fait/ont partie d'une série d'accompagnements périodiquement structurés et systématiques

Remarques

1) Une durée minimale d'intervention d'un quart d'heure est requise.

2) Par systématique, on entend: faisant partie d'une série d'activités (sessions) de ce type, avec

PA11. Encadrement et apprentissage a la relation patient-milieu (Entretien de soutien)

Définition

Processus d'accompagnement verbal mis en place avec ou pour le patient ou des membres de son réseau social et qui ont rapport avec les aspects de l'interaction et du rapport réciproque entre le patient et son réseau social.

L'entretien de soutien doit se rapporter impérativement à la problématique individuelle du patient et non pas sur des sujets de la vie quotidienne. Cet entretien doit avoir un but thérapeutique et être repris dans le plan de traitement du patient.

Cet item vise à enregistrer les entretiens de soutien que peuvent avoir les infirmier(e)s avec le patient, en opposition avec la psychothérapie. Mais d'autres disciplines (par exemple les psychologues) peuvent faire des entretiens de soutien.

Possibilités de choix

0. pas d'accompagnement à la relation patient - milieu pendant la semaine d'enregistrement

1. une ou plusieurs sessions occasionnelles d'accompagnement

La session/ les sessions ne fait/ont pas partie d'une série de conversations d'accompagnement périodiquement structurée et systématique

2. une ou plusieurs sessions d'accompagnement systématique

La session/ les sessions fait/ font partie d'une série d'accompagnements périodiquement structurés et systématiques autour d'un même contenu de la relation patient - milieu

Remarques

- 1) Individuellement avec le patient ou en groupe, avec la famille ou des tiers, ou encore avec un groupe de quelques patients.
- 2) L'entretien individuel dure au moins un quart d'heure.

PA12. Psychothérapie

Définition

Créer, structurer et exploiter une relation essentiellement par une interaction verbale d'une manière structurée et méthodique, dans laquelle on utilise des approches psychologiques ou des processus mentaux s'appuyant sur un cadre ou un concept théorique.

Une séance peut avoir lieu individuellement avec le patient, ou en groupe, en intégrant ou non le réseau social du patient.

La durée des séances est exprimée en intervalles de temps.

Possibilités de choix

Durée en intervalles:

0. non appliqué pendant la semaine d'enregistrement
1. psychothérapie de moins d'une heure durant la semaine d'enregistrement
2. 1- 2 heures de psychothérapie au cours de la semaine d'enregistrement
3. 3 - 13 heures de psychothérapie au cours de la semaine d'enregistrement
4. 14 heures ou plus de psychothérapie au cours de la semaine d'enregistrement

Remarques

1) La séance est dirigée par un soignant compétent, formé de façon reconnue dans cette matière (psychanalyse, gestalt, thérapie comportementale, thérapie systémique,...) et qui a une position et un rôle de psychothérapeute dans l'unité de vie.

Les autres accompagnements verbaux ne sont pas repris ici (ils peuvent être éventuellement repris sous d'autres items).

2) La séance thérapeutique doit être prévue, structurée et se dérouler dans un endroit destiné aux thérapies ou dans un endroit séparé.

3) Nous insistons sur le fait que également pour les Initiatives d'Habitations Protégées, la psychothérapie doit être menée par un membre de l'équipe d'accompagnement pour être enregistrée sous cet item. Les psychothérapies ambulatoire ne sont pas prises en compte, de

même que les thérapies chez un membre de l'équipe d'accompagnement qui travaille dans un centre de santé mentale dans lequel il exerce sa profession de thérapeute.
Il en est de même pour les cliniciens qui travaillent dans une unité de consultation d'un hôpital psychiatrique ou d'une clinique.

PA13. Administration de médication psycho-pharmacologique

Définition

Le nombre d'administrations de médication psycho-pharmacologique dont la gestion est assurée soit par le patient, soit par un membre de l'équipe de soins.

Cet item permet de quantifier les médicaments prescrits que le patient prend. Les médicaments non prescrits ne sont pas pris en compte.

Les médicaments psycho-pharmacologiques recouvrent les groupes suivants

- neuroleptiques
- neuroleptiques (retard)
- tranquillisants mineurs
- hypnotiques
- antidépresseurs
- anti-épileptiques
- anti-parkinsoniens
- lithium
- nootropes
- cure de désintoxication ou cure aversive (antabuse, méthadone, distraneurine)
- médication des déviations sexuelles
- placebos
- médications expérimentales

Le mode d'administration de la médication n'est pas pris en considération.

Possibilités de choix

nombre d'administrations pendant la semaine d'enregistrement

0 = pas d'administration pendant la semaine d'enregistrement

1 - 999 = nombre d'administrations

Remarques

1) Indiquer le nombre de médicaments et/ou de solutés différents multipliés par leur fréquence par 24 h. Totaliser ce nombre sur les 7 jours de la semaine d'enregistrement.

p.ex. - *Anafranil 1co 25mg 2x/jour = 2 administrations*
pendant 6 jours = 12 administrations

2) Plusieurs fractions (comprimé, ampoule, cachet,...) d'un même médicament administrées par la même voie et à la même heure ne comptent qu'une fois

p.ex. - *Distraneurine 3 co 4x/jour = 4 administrations*

3) Les solutions destinées à la reconstitution de médicaments délivrés sous forme non injectable IM, SC ou ID ne sont pas comptabilisées.

4) Les médicaments que le patient reçoit pour une sortie en week-end ou une courte absence sont aussi comptabilisées au niveau de cet item. Dans une Initiative d'Habitation Protégée, lorsqu'un patient ne séjourne pas dans sa chambre pendant une période déterminée, on enregistre tout de même la médication.

5) Dans le cas des Initiatives d'Habitation Protégée, la plupart des patients consultent un médecin prescripteur qui ne fait pas partie de l'équipe de soin. Il convient toutefois d'enregistrer la médication prescrite.

PA14. Administration de médication somatique

Définition

Le nombre d'administrations de médication somatique, à l'exception des médicaments psychopharmacologiques, dont la gestion est assurée soit par le patient, soit par un membre de l'équipe de soins.

Cet item permet de quantifier les médicaments prescrits que le patient prend. Les médicaments non prescrits ne sont pas pris en compte (idem PA13).

Possibilités de choix

nombre d'administrations pendant la semaine d'enregistrement

0 = pas d'administration pendant la semaine d'enregistrement

1 - 999 = nombre d'administrations

Remarques

1) Indiquer le nombre de médicaments et/ou de solutés différents multipliés par leur fréquence par 24 h. Totaliser ce nombre sur les 7 jours de la semaine d'enregistrement

p.ex. - *Clamoxyl 1 co 500mg 4x/jour = 4 administrations*
Ventolin 2 pulvérisations 3x/jour = 3 administrations
total si ce dosage reste le même pour les 7 jours
= 49 administrations

2) Plusieurs fractions d'un même médicament, administrées par la même voie et à la même heure ne comptent qu'une fois

p.ex. - *Clamoxyl 2co 375 mg 3x/jour = 3 administrations*

3) Les solutions destinées à la reconstitution de médicaments délivrés sous forme non injectable ne sont pas comptabilisées.

p.ex. - *10cc sérum physiologique (pour reconstituer) et 1 gr de Pentrexyl = 1 administration*

4) Les médicaments que le patient reçoit pour une sortie en week-end ou une courte absence sont aussi comptabilisés au niveau de cet item. Dans une Initiative d'Habitation Protégée, lorsqu'un patient ne séjourne pas dans sa chambre pendant une période déterminée, on enregistre tout de même la médication.

5) Dans le cas des Initiatives d'Habitation Protégée, la plupart des patients consultent un médecin prescripteur qui ne fait pas partie de l'équipe de soin. Il convient toutefois d'enregistrer la médication prescrite.

PA15. Administration de médication I.M./S.C./I.D.

Définition

Le nombre d'administrations de médication par des membres de l'équipe de soins par les voies suivantes

- intradermique
- intramusculaire
- sous-cutanée
- via le réservoir d'une pompe (s/c)
p.ex. thérapie d'insuline

Possibilités de choix

Le nombre d'administrations pendant la semaine d'enregistrement
 0 = pas d'administration pendant la semaine d'enregistrement
 1 - 999 = nombre d'administrations

Remarques

1) Indiquer le nombre de médicaments et/ou de solutés différents multipliés par leur fréquence par 24 h. Totaliser ce nombre sur les 7 jours de la semaine d'enregistrement

p.ex. - *Pentrexyl IM 500mg 2x/jour = 2 administrations*
Calparine SC 0.2mg 3x/jour = 3 administrations
total pour 1 jour = 5 administrations
les 7 jours de la semaine = 35 administrations

2) Plusieurs fractions d'un même médicament administrées par la même voie et à la même heure ne comptent qu'une fois

3) Les solutions destinées à la reconstitution de médicaments délivrés sous forme non injectable ne sont pas comptabilisées.

p.ex. - *10cc de sérum physiologique pour reconstituer 1 gr de Pentrexyl = 1 administration*

4) L'activité définie sous cet item peut déjà être indiquée par les items *Administration de médication psycho-pharmacologie (PA12)* ou *Administration de médication somatique (PA13)*. L'activité peut être enregistrée ici si elle est conforme à la définition.

PA16. Enregistrement des paramètres biologiques

Définition

Mesure et annotation d'un ou plusieurs paramètres physiques ou vitaux quelle que soit la technique ou le matériel utilisés.

Par paramètres vitaux on entend tous les paramètres relatifs aux fonctions vitales essentielles que sont la respiration, la circulation, la conscience, la thermorégulation et la vigilance.

Les paramètres vitaux sont entre autres:

- pulsations
- fréquence de la respiration
- tension artérielle
- signes neurologiques
- pression veineuse centrale
- tension pulmonaire
- pression intracrânienne
- température

Les paramètres physiques donnent des informations sur les fonctions non vitales du corps.

Les paramètres physiques sont entre autres:

- poids et taille
- mesure de débits
- examens physiques des selles, urine, sang, liquide gastrique, mesure de liquides ingérés,
- mesure de PC, P abdominale,
- contrôle des signes d'infection, mesure de la cuti-réaction
- teste d'alcoolémie

Possibilités de choix

Le paramètre le plus fréquemment mesuré au cours de la semaine d'enregistrement est annoté selon la gradation suivante:

0. pas de mesure pendant la semaine d'enregistrement
1. une annotation du paramètre le plus fréquent annoté
2. deux annotations
3. 3-5 annotations
4. 6-9 annotations
5. 10-17 annotations
6. 18 annotations ou plus

Remarques

- 1) Choisir le paramètre le plus fréquemment mesuré pendant la semaine d'enregistrement
- 2) Pour ce paramètre, on note le nombre de mesures annotées au dossier du patient durant les 7 jours de la semaine d'enregistrement, selon une gradation suivant les intervalles donnés. Seule la fréquence notée au dossier est retenue, et non la fréquence des mesures.
- 3) L'évaluation des habitudes de sommeil diffère de l'examen du sommeil dans un centre spécialisé ou un laboratoire de sommeil. Dans ces derniers cas, il y a utilisation des techniques connues scientifiquement, donc activités diagnostiques (voir PA04).

PA17. Prélèvements de sang

Définition

Prélèvement de sang par voie artérielle, veineuse ou capillaire quel que soit le matériel utilisé.

Possibilités de choix

0 = non appliqué par la semaine d'enregistrement

1 = appliqué

PA18. Soins à une plaie

Définition

L'ensemble des activités infirmières à une plaie d'origine traumatique, accidentelle ou chirurgicale à laquelle on peut assimiler toute lésion de la peau.

Ce facteur comprend

- nettoyage ou désinfection de la plaie
- application d'onguent, de poudre, de produit tannant si nécessaire
- irrigation si nécessaire
- application ou non d'un pansement

Possibilités de choix

Nombre de soins à une plaie:

0. pas de soins à une plaie pendant la semaine d'enregistrement
1. 1-5 soins à une plaie
2. 6-16 soins à une plaie
3. 17 soins à une plaie ou plus

Remarques

- 1) Ce facteur ne peut être choisi que si l'aide est donnée par un membre de l'équipe de soins
p.ex.: *si un patient applique lui-même un onguent pour une maladie dermatologique, l'activité n'est pas indiquée.*
- 2) Tous les soins aux plaies qui sont délivrés au même temps, sont enregistrés comme 1 soin.

PA19. Liberté de déplacement

Définition

Mesure dans laquelle le patient peut se déplacer avec l'accord de l'équipe de soins en dehors de l'unité de vie ou de l'institution.

On enregistre uniquement si le patient a l'autorisation de quitter le service ou l'institution et non pas s'il utilise cette possibilité.

Possibilités de choix

1. demeure dans une unité de vie ouverte : peut quitter l'institution de commun accord

Le patient séjourne dans une unité de vie ouvert. Il peut quitter l'institution de commun accord avec l'équipe de soins ou en avertissant l'équipe

2. demeure dans une unité de vie fermée : peut quitter l'institution après permission

Par unité fermée, on entend la fermeture effective de l'unité de vie, indépendamment d'une disposition légale.

3. en dehors de l'institution à condition d'être accompagné par un tiers

Le patient peut se déplacer en dehors de l'institution à condition d'être accompagné par un membre de sa famille, un voisin, un cohabitant ou un membre de l'équipe de soins.

A l'intérieur de l'institution, le patient peut se déplacer librement. Le fait que l'unité de vie soit ou non une unité fermée n'entre pas en ligne de compte.

4. en dehors de l'unité de vie à condition d'être accompagné d'un membre de l'équipe de soins

Le patient peut se déplacer librement dans l'unité de vie . Il ne peut sortir de l'unité de vie qu'accompagné d'un membre de l'équipe de soins

Remarques

- 1) La mesure est le résultat d'une décision de l'équipe de soins
- 2) Elle doit être notée dans le dossier du patient

3) S'il y a différentes mesures de liberté pendant la semaine d'enregistrement, on indique la limitation de liberté la plus importante.

4) Si les portes de l'unité de vie sont fermées, on indique au moins le score 2.

PA20. Accompagnement physique vers et à partir d'un autre service ou institution

Définition

Accompagnement physique du patient par un membre de l'équipe de soins vers un autre service ou institution ou dans le sens inverse, soit pour des raisons physiques, soit pour des raisons psychiques, soit pour des raisons de sécurité.

L'aller et le retour sont assimilés à un accompagnement physique.

Possibilités de choix

0. Pas d'accompagnement physique pendant la semaine d'enregistrement
1. Accompagnement physique isolé pendant la semaine d'enregistrement
2. Plusieurs accompagnements physiques pendant la semaine d'enregistrement
3. Des accompagnements physiques journalières pendant la semaine d'enregistrement
4. Un accompagnement physique pour chaque déplacement du patient vers un autre service ou institution ou dans le sens pendant la semaine d'enregistrement

Remarque

L'accompagnement fortuit ainsi que l'accompagnement non motivé ne sont pas pris en compte.

PA21. Moyens de contention

Définition

Toutes les mesures en rapport avec l'installation et l'utilisation de moyens de contention et de protection par lesquels tout ou une partie du corps est immobilisé(e).

Les moyens de contention et de protection peuvent être: harnais, camisole de force, sangles,... Cette activité recouvre également l'observation et le contrôle régulier du patient immobilisé ou de la partie immobilisée.

La gradation de la durée d'immobilisation et de protection est indiquée.

Possibilités de choix

Durée des moyens de protection en intervalles:

0. pas de moyens de protection pendant la semaine d'enregistrement
1. moins de 7 heures pendant la semaine d'enregistrement

2. 7 heures ou plus d'utilisation de mesures de protection pendant la semaine d'enregistrement

Remarques

- 1) Si cette activité se déroule en même temps que les mesures d'isolement ou l'isolement au cabanon, on n'indique pas les mesures de protection.
- 2) S'il y a plusieurs mesures différentes prises en même temps pendant la semaine d'enregistrement, on indique la durée de la mesure la plus longue.
- 3) Cet item n'est pas d'application fréquente dans les Initiatives d'Habitation Protégées, à l'exception des mesures prises éventuellement lors d'une crise d'un patient ou au moment d'un transfert vers un hôpital psychiatrique ou un service de psychiatrie d'un hôpital général. On notera dans ce cas '1 moins de 7 heures durant la période d'observation'.

PA22. Isolement au cabanon

Définition

Toutes les mesures prises pour emmener et garder le patient dans le cabanon, avec fixation ou non, vu:

- le danger physique pour le patient lui-même
- le danger physique pour des tiers
- l'agitation

Cette activité recouvre également l'observation et le contrôle régulier du patient.

Le cabanon est un espace qui respecte les règles de sécurité et offre un maximum de respect de l'intimité et de confort.

Il ne peut s'agir par définition de la chambre du patient.

Possibilités de choix

0 = non appliqué par la semaine d'enregistrement

1 = appliqué

Remarques

- 1) Si cet isolement se déroule en même temps que des mesures de protection, l'urgence psychiatrique ou des mesures d'isolement, on indique seulement l'isolement au cabanon.

PA23. Mesure d'isolement (autre que cabanon)

Définition

Toutes les activités effectuées pour emmener et garder le patient dans sa chambre ou dans un endroit séparé (à l'exception du cabanon), isolé des autres patients pour un temps limité et pour des raisons thérapeutiques. Cette activité recouvre également l'observation et le contrôle régulier du patient.

Possibilités de choix

0 = non appliqué pendant la semaine d'enregistrement

1 = appliqué

Remarques

1) Cette activité n'est pas indiquée quand le patient se trouve au cabanon.

2) Si cette activité se déroule en même temps que l'urgence psychiatrique ou des mesures de protection, on indique seulement les mesures d'isolement.

PA24 & PA25 : Activiés régulières
--

Définition

Toutes les activités prévues et structurées qui reviennent régulièrement (prévues dans l'horaire de la semaine) auxquelles le patient participe individuellement ou en groupe et qui sont destinées à la réalisation optimale du retour du patient à la vie sociale.

C'est-à-dire toutes les activités qui sont fixées par semaine et qui sont destinées à la réalisation optimale du retour du patient à la vie sociale.

Ceci recouvre entre autres toutes les activités concernant :

- l'ergothérapie
- la thérapie occupationnelle
- les activités axées sur le travail ou enseignement
- les activités créatrices, d'expression, psychomotrices et musicales
- l'entraînement aux acquis socio-économiques
- le rattrapage des acquis scolaires
- les conversations en groupe sur l'ambiance de l'unité
- la psychothérapie
- les activités socioculturelles, sociales et d'aménagement des loisirs
- les entretiens périodiques pendant le week-end
- des entretiens d'accompagnement de la relation entre le patient et son milieu (entretiens de soutien)
- la kinésithérapie
- la thérapie psychomotrice
- ...

Si le patient a des activités régulières individuelles et des activités régulières de groupe, l'item doit être enregistré deux fois, respectivement selon les intervalles de ces activités.

Par "individuel", on entend le patient ou le système du patient.

Par groupe, on entend un groupe de patients ou plusieurs systèmes de patient, considérés ensemble.

Possibilités de choix**PA24: Activités régulières pour un patient (système)**

0. pas d'activités régulières pendant la semaine d'enregistrement

1. au moins une activité régulière pendant la semaine d'enregistrement

PA25 : Activités régulières avec un groupe de patients(systemes), selon la gradation suivante:

0. pas d'activités régulières en groupe pendant la semaine d'enregistrement

1. moins de 3 heures d'activités régulières en groupe pendant la semaine d'enregistrement

2. 3 - 12 heures pendant la semaine d'enregistrement
3. 13 - 18 heures pendant la semaine d'enregistrement
4. 19 - 35 heures pendant la semaine d'enregistrement
5. plus de 35 heures pendant la semaine d'enregistrement

Remarques

- 1) L'activité doit être prévue, structurée et périodique pour ce patient.
- 2) Le contenu de ces 2 items peut être déjà repris dans d'autres items.
- 3) L'activité ne peut être enregistrée que si le patient y a effectivement participé. Une activité planifiée à laquelle le patient ne participe pas, pour quelque raison que ce soit, n'est pas prise en compte.
- 4) Lorsque l'activité ne se réalise pas exactement durant une unité d'heure, le nombre est arrondi vers le bas. La durée est la période entre le début et la fin de l'activité. Le déplacement du patient vers le local où se réalise l'activité et pour en revenir n'est pas pris en compte.
- 5) Les activités planifiées, structurées en un schéma hebdomadaire que le patient réalise de façon autonome, en tant que partie de son fonctionnement quotidien de routine, tels les repas, les soins d'hygiène autonomes, l'occupation du temps libre, les soins aux animaux domestiques, notamment, ne sont pas pris en compte.

PA26. Activités d'accompagnement thérapeutique non structurées et non planifiées

Définition

Toutes les activités d'accompagnement thérapeutique non planifiées, non structurées qui ont pour fonction d'accueillir, d'informer, de motiver, d'occuper, de distraire le patient(système), en dehors d'horaires déterminés (voir PA24-PA25), et qui sont néanmoins spécifiquement orientées vers le retour à la vie sociale.

Ces activités visent une optimalisation du traitement et des potentialités et sont accompagnées par un membre de l'équipe de soins.

Par non structuré on entend: activités se produisant une seule fois, occasionnelles, irrégulières, qui ne sont (ne peuvent être) prévisibles et ne font donc pas partie d'un programme de traitement.

Les activités non structurées, non planifiées recouvrent, notamment:

- entretiens d'accompagnement non planifiés en relation avec le milieu du patient
- entretiens non planifiés à propos du week-end
- entretiens de groupe non planifiés, à propos du milieu de vie
- activités socioculturelles, sociales et de loisirs non planifiées
- activités occupationnelles, orientées sur le travail ou scolaires non planifiées

- entretien d'encouragement avec le patient

La durée des entretiens est enregistrée selon des intervalles donnés.

Possibilités de choix

Durée en intervalles:

0. pas d'activités non planifiées pendant la semaine d'enregistrement
1. moins de 3 heures d'activités non planifiées durant la semaine
2. 3 à 12 heures d'activités non planifiées durant la semaine
3. 13 - 18 heures d'activités non planifiées durant la semaine
4. 19 - 35 heures d'activités non planifiées durant la semaine
5. 36 à 49 heures d'activités non planifiées durant la semaine
6. 50 à 90 heures d'activités non planifiées durant la semaine
7. plus de 90 heures d'activités non planifiées durant la semaine

Remarques

1) Bien que non planifiées ou non structurées, ces activités doivent avoir une signification thérapeutique indéniable, dans le sens d'une réintégration du patient à la vie sociale

2) Les activités reprises sous cet item peuvent déjà avoir été enregistrées sous un autre item (autre que PA24-PA25). Ces activités peuvent à nouveau être comptées ici. Le contenu de cet item peut également se superposer à l'urgence psychiatrique, à l'accompagnement des problèmes sociales ou juridiques (occasionnel), entretien (occasionnel) en relation avec le milieu du patient.

3) Les activités non planifiées ne peuvent être enregistrées que si le patient (système) y a effectivement participé. Une activité non planifiée à laquelle un patient ne participe pas, pour quelque raison que ce soit, ne peut être enregistrée.

4) Lorsque l'activité ne se réalise pas exactement durant une unité d'heure, le nombre est arrondi vers le bas.

La durée est la période entre le début et la fin de l'activité. Le déplacement du patient vers le local où se réalise l'activité et pour en revenir n'est pas pris en compte.

5) Les activités planifiées, structurées en un schéma hebdomadaire que le patient réalise de façon autonome, en tant que partie de son fonctionnement quotidien de routine, tels les repas, les soins d'hygiène autonomes, l'occupation du temps libre, les soins aux animaux domestiques, notamment, ne sont pas pris en compte.

BLOC D'INFORMATION 12 DONNÉES DISCONTINUES : ÉQUIPE DE SOINS**C.2. Equipe de soins [PT]**

A côté des informations existant par ailleurs, sur la *disponibilité théorique* du personnel (ex. normes d'agrément, données financières), le RPM vise à mettre en évidence le potentiel de personnel prenant en effectivement charge les soins au patient. Ces données, en relation avec celles sur le fonctionnement du patient et les activités peuvent constituer une donnée importante, notamment pour la gestion.

Concernant le personnel, il s'agira ici de classer les membres du personnel accompagnant/soignant dans l'une des onze catégories de professions; ceci tant pour le calcul des équivalents temps-plein que pour le calcul du nombre effectif d'heures prestées.

1. Le personnel

Le terme "personnel" désigne toutes les personnes faisant partie de l'équipe multidisciplinaire de soignants qui ont la compétence de prendre des décisions relatives au traitement du patient. Ce sont les personnes qui font partie de l'équipe de soins.

En d'autres termes, on ne retient que le personnel des services hospitaliers (comme décrit par l'art. 68 de la loi coordonnée sur les hôpitaux du 07/08/1987). Les membres du personnel des services administratifs, techniques et médico-techniques ne sont pas retenus comme faisant partie de l'unité de vie.

Pour les institutions qui ne relèvent pas de la loi des hôpitaux, on suivra un raisonnement comparable.

Les bénévoles, stagiaires, personnel intérimaire, ou autres peuvent être également pris en compte, à condition qu'ils entrent dans le cadre de la définition ci-dessus.

C'est bien le fait d'appartenir ou non à l'équipe de soins qui importe et non le mode de financement du personnel. Ainsi on pourra prendre en compte les membres de l'équipe de soins qui seraient financés par des fonds extérieurs (p.ex. Fonds de développement interdépartemental); de même pour les stagiaires ONEM.

2. Répartition du personnel en catégories professionnelles**2.1 Principes de base.**

L'idée ici est la même que pour le RPM en général.

Pour évaluer la diversité de la patientèle, on s'est basé sur un nombre limité de caractéristiques de ces patients, et non sur toutes les caractéristiques possibles. Le travail thérapeutique a été évalué via un nombre limité d'activités de soins et non via toutes les activités de soins possibles. De même ici, les caractéristiques de l'équipe de soins seront évaluées via la répartition dans un nombre limité (11) de catégories professionnelles.

Ainsi, un psychologue par exemple qui travaillerait partiellement comme thérapeute psychomotricien et partiellement comme psychologue sera repris pour ces deux activités dans un même groupe (Groupe 7: personnel psychologique et pédagogique).

Pour la plupart des membres du personnel, il sera relativement simple de choisir l'une des 11 catégories professionnelles: leur fonction est en rapport avec leur diplôme et leur formation.

Dans certains cas néanmoins, le choix pourra s'avérer plus complexe. Par exemple, si un kinésithérapeute de formation travaille dans le staff nursing ou si une infirmière psychiatrique travaille comme musicothérapeute. Dans ce genre de cas, la question se poserait de savoir quel aspect prime dans la répartition en catégories professionnelles: la formation, le diplôme, la fonction,...

On résoudra ce problème en se référant à la règle 2.2.2 (cfr infra).

2.2. Règle générale:

2.2.1 Pour les membres de l'équipe de soins dont la fonction correspond au diplôme ou à la formation:

C'est le cas le plus simple: on répartit les membres du personnel en fonction de leur diplôme ou de leur formation

Ainsi, les infirmier(e)s qui travaillent dans le nursing seront classés en fonction de leur diplôme. Autrement dit, seules les infirmier(e)s avec un diplôme d'infirmier(e) psychiatrique seront repris dans le premier groupe. Ce principe a été retenu pour éviter que l'on ne classe tout membre de l'équipe nursing dans cette catégorie.

- Une exception à cette règle doit être faite pour les infirmières sociales. Selon qu'elles travaillent comme membre de l'équipe de soins ou comme membre de l'équipe d'assistance sociale, elles seront classées respectivement dans « infirmières sociales » (PT05 et PT06) ou dans « personnel d'assistance sociale » (PT17 et PT18).

- Une autre exception concerne les bénévoles, qui sont classés dans une catégorie à part (cfr infra).

2.2.2. Pour les membres de l'équipe de soins dont la fonction ne correspond pas à leur diplôme/ ou à leur formation:

2.2.2.1. si ce membre du personnel travaille dans le staff nursing

On le classe dans le groupe 4 (autre membre du personnel soignant).

P.ex. Un psychologue ou un kinésithérapeute qui travaillerait dans l'équipe nursing.

2.2.2.2. si ce membre du personnel **ne** travaille **pas** dans le staff nursing

On le classe dans le groupe 10: autre membre de l'équipe de soins.

P.ex. Une infirmière qui travaillerait comme musicothérapeute.

Remarques

:

1) Faire partie de l'équipe de soins implique qu'il y ait régulièrement feed-back et concertation en équipe.

En ce sens, généralement, les membres d'une équipe pastorale, ne sont pas repris dans l'équipe de soins. On pourrait toutefois le faire si le membre de l'équipe pastorale s'engage directement dans les activités thérapeutiques reprises dans le plan de traitement et participe à la concertation en équipe.

2) Pour les Initiatives d'Habitations Protégées qui disposent de membres de personnel avec divers diplômes pour la fonction d'accompagnant (pour laquelle aucun diplôme n'est

officiellement spécifié), on a la possibilité de placer dans le groupe 4 : autre personnel soignant ou dans le groupe 10 autre membre de l'équipe de soins. Si l'on estime que la fonction est mieux représentée par la catégorie 9: personnel resocialisant, on pourra opter pour cette dernière catégorie.

2.3. Catégories professionnelles

1. Infirmier(e)s psychiatriques.

Sont repris ici uniquement les infirmier(e)s psychiatriques diplômé(e)s A1 ou A2.

2. Infirmier(e)s sociaux (ales) travaillant dans l'équipe de soins.

Infirmier(e)s avec diplôme d'infirmier(e) social(e) et qui travaillent dans l'équipe de soins et non pas dans le service d'assistance sociale.

3. Infirmier(e)s généraux (ales) et autre infirmier(e)s.

Uniquement les infirmier(e)s généraux(ales) A1 ou A2 ainsi que les infirmier(e)s pédiatriques.

4. Autre personnel de soins.

Toute personne avec un diplôme autre que ceux mentionnés en 1,2 et 3 qui travaille dans l'équipe nursing. P.ex. les aides soignants, puéricultrices, ou p.ex. un kinésithérapeute qui travaillerait dans l'équipe de soins.

5. Les stagiaires de personnel infirmier ou soignant.

6. Le staff médical.

Les psychiatres, internistes, médecins généralistes à l'exclusion des assistants ou stagiaires.

7. Personnel psychologique et pédagogique.

Psychologues, pédagogues, assistants en psychologie, psychothérapeutes.

A l'exclusion des éducateurs et du personnel enseignant.

8. Personnel d'assistance sociale.

Les assistant(e)s sociaux et les infirmier(e)s sociaux qui travaillent comme membre de l'équipe sociale.

9. Personnel resocialisant.

Ergothérapeutes, socio-thérapeutes, thérapeutes d'expression, kinésithérapeutes,... Egalement les éducateurs ou les enseignants avec fonction éducative (p.ex. en service K, MSP,...)

10. Autres membres de l'équipe de soins (y compris les bénévoles)

Par exemple conseillers spirituels ou membre de l'équipe pastorale (qui feraient effectivement partie de l'équipe de soins cfr supra), ou encore infirmière qui travaille comme musicothérapeute.

Comme les bénévoles ne sont pas membres de l'équipe de soins au sens officiel, ils sont repris à part dans ce groupe 10. Il a été déjà suggéré de créer un groupe distinct pour ces bénévoles dans une révision du RPM.

11. Les stagiaires pour les groupes 7,8, 9 et 10 Y COMPRIS les médecins en formation, les assistants ou les stagiaires.

3. Nombre ETP

Le nombre d' ETP désigne le nombre total d'heures théoriques des membres de l'équipe de soins qu'une institution affecte à unité de vie donnée à la période durant laquelle survient la semaine d'enregistrement.

On vise donc ici l'affectation théorique, et pas la présence effective: tous les membres affectés à une unité ne seront pas forcément présents durant la semaine d'enregistrement discontinu.

Le personnel reste affecté à une équipe de soins même s'il est en vacances, en congé maladie sans remplacement, en congrès,...

On répartit le personnel selon la classification en 11 catégories décrite plus haut.

1) Lorsque 1 ETP d'infirmière psychiatrique est affecté à une unité de vie et que cette infirmière est en congé de maladie durant la semaine d'enregistrement, cet ETP reste cependant affecté à l'unité de vie et doit donc être comptabilisé. La présence ou l'absence sera reflétée par le nombre effectif d'heures prestées.

2) Le nombre de stagiaires infirmier(e)s affecté à une unité de vie ne sera pas calculé comme la moyenne théorique sur une base annuelle, mais reflétera la réalité du moment. Exemple: si deux élèves sont en stage dans une unité de vie durant la semaine d'enregistrement, on comptera 2,0 ETP. Si lors d'une autre période d'enregistrement, il n'y a, par hasard, aucun élève en stage dans l'unité, on comptera 0,0 ETP.

3) Il s'agit ici toujours de l'équipe qui est affectée à une unité de vie, en fonction du travail avec les patients. Dès lors, on ne peut prendre en compte, par exemple dans une Initiative d'Habitations Protégées, le temps affecté à la comptabilité, la facturation, l'administration et la gestion. Comme une équipe d'Initiative d'Habitations Protégées est bien plus réduite que la plupart des équipes des unités de vie en hôpital, plusieurs catégories seront notées 00.00

Calcul

Pour toutes les disciplines, on calcule l' ETP sur une base de 38 heures. Ceci vaut pour tous, même s'il peut se faire que l'on considère parfois un temps plein sur d'autres bases (p.ex: certains statuts où l'on parle de temps plein de 24h, sera ici calculé $24/38$ ETP, soit 0,63).

Remarque:

* Pour les médecins (par exemple avec statut d'indépendant), est généralement fixé contractuellement un certain nombre de prestations à effectuer, mais sans mention d'un nombre d'heures à prester. Cette donnée est pourtant nécessaire dans le RPM et il faut alors procéder à une évaluation sur base du temps moyen de prestations multiplié par le nombre de prestations fixé. Ce total divisé par 38 donnera la valeur ETP.

PERSONNEL ATTACHE A PLUSIEURS UNITES DE VIE.

Pour pouvoir déterminer la part d'ETP affectée à chaque unité, il est conseillé de s'informer d'abord auprès de la direction ou des responsables pour savoir si une répartition précise est fixée. Si ce n'est le cas, on peut leur demander une évaluation selon les paramètres les mieux adaptés (nombre de lits,...). On peut également faire une estimation avec les membres du personnel eux-mêmes en fonction du temps moyen consacré aux patients des différentes unités de vie.

PERSONNEL ATTACHE A PLUSIEURS TYPES D'INSTITUTION.

Si une même équipe de soins s'occupe dans un département où se retrouvent à la fois des patients hospitalisés sous index T et des patients MSP, on évaluera le nombre d'ETP en répartissant le total entre l'unité de vie de l'hôpital (unité de vie de ces patients T) et l'unité de vie de la MSP. Il s'agit en fait toujours de deux institutions de soins psychiatriques différentes pour lesquelles il est prévu des équipes distinctes, même si elles sont, dans les faits, fusionnées en une seule équipe.

3. Nombre d'heures.

Le nombre d'heures effectivement prestées comme membre de l'équipe de soins désigne le nombre d'heures durant lequel le membre du personnel a travaillé, dans l'unité de vie, dans le cadre des activités de traitement, d'accompagnement.

Pour les membres de l'équipe attachés à temps plein à une unité en fonction des activités de traitement, quasi toutes les heures de prestation peuvent être comptées.

Pour les personnes attachées à temps partiel à l'unité (p. ex; les thérapeutes et médecins), le nombre d'heures effectivement consacrées à l'unité concernée, pour les activités thérapeutiques est comptabilisé.

ACTIVITES PRISES EN COMPTE:

* Soins directs aux patients:

- soins
- travail pratique: faire les lits, ...
- accompagnements,
- thérapies,
- gardes: période d'intervention active,

* Soins indirects aux patients,

- Rapports concernant les patients,
- réunions d'équipes,
- concertations téléphoniques,
- travail administratif concernant les patients (dossiers,...)
- travail de documentation (en rapport avec la prise en charge d'un (de) patient(s) pris en charge)

Remarques:

- 1) L'entièreté du temps de l'infirmier(e) de nuit peut être comptabilisée.

2) Les tâches accomplies par les veilleurs comme la préparation de la médication, le tour de garde, la permanence dans le local de garde, peut être entièrement comptabilisée.

ACTIVITES NON COMPTABILISEES :

Les activités qui ne sont pas en liens avec le traitement du patient et de son système ne sont pas comptabilisés. Par exemple:

- le travail de gestion du personnel (salaire, congé,...), sélection du personnel,...
- Organisation de l'institution ou de l'unité de vie.
- planning et organisation,
- travail logistique,
- formations, stages extérieurs,...
- documentations, recherche scientifique,
- activités spécifiques comme par exemple la participation à des réunion du conseil d'entreprise,...

REPARTITION POUR LES ACTIVITES DE GROUPE :

* Si deux membres d'une même équipe de soins (de deux classes professionnelles différentes) organisent une activité de groupe pour des patients d'une même unité de vie, les heures prestées seront comptées dans les classes professionnelles respectives pour l'unité de vie en question.

Par exemple:

Si un psychologue et un infirmier psychiatrique dirigent un thérapie en groupe d'une heure et demi pour des patients de l'unité de vie 32. Ceci résulte en :

- + 1,5 heures pour la catégorie « infirmiers psychiatriques » de l'unité 32
- + 1,5 heures pour la catégorie « personnel psychologique et pédagogique » de l'unité 32.

* Si deux membres d'une même équipe de soins organisent une activité de groupe pour des patients de différentes unités de vie, les heures prestées seront réparties dans les classes professionnelles respectives des différentes unités en fonction du nombre de participants de chaque unité.

Par exemple: Un psychologue et un infirmier psychiatrique dirigent un thérapie en groupe d'une heure et demi pour 3 patients de l'unité de vie 32, 3 patients de l'unité de vie 412 et 2 patients de l'unité de vie 508.

Le calcul s'effectuera comme suit:

- + 0.56 heure $[(1.5 \text{ heures}/8)*3]$ pour les infirmiers psychiatriques de l'unité 32
- + 0.56 heure pour le personnel psychologique et pédagogique de l'unité 32.
- + 0.56 heure $[(1.5 \text{ heures}/8)*3]$ pour les infirmiers psychiatriques de l'unité 412
- + 0.56 heure pour le personnel psychologique et pédagogique de l'unité 412
- + 0.375 heure $[(1.5 \text{ heures}/8)*2]$ pour les infirmiers psychiatriques de l'unité 508
- + 0.375 heure pour le personnel psychologique et pédagogique de l'unité 508.

Les totaux par discipline sont arrondi au nombre entier le plus proche suivant la règle suivante:

30 minutes et moins est arrondi vers le bas,

31 minutes et plus est arrondi vers le haut.

Ainsi: 7h 21 devient 7

9h 39 devient 10

Remarques:

1) Le nombre d'heures prestées ne peut concernés que des patients admis en service de psychiatrie. De ce fait, le temps passé par un psychiatre lors d'entretiens préalables à une hospitalisation ne peuvent être comptabilisé à l'unité de vie à laquelle il appartient par ailleurs.

2) Lorsqu'un soignant est appelé dans une autre unité de vie pour y prêter assistance, les heures prestées à cette occasion seront comptabilisées dans cette autre unité.

Pour simplifier le calcul des scores, on peut enregistrer les données du personnel par 24 heures et les totaliser par groupe professionnel sur les 7 jours de la semaine d'enregistrement.

PT01. Jour d'enregistrement

Définition

Le jour pour lequel les données sont enregistrées.
Il s'agit toujours du dernier jour de la semaine d'enregistrement.

Possibilités de choix

Date du jour d'enregistrement: jj/mm/aa

PT02. Numéro ID de l'unité de vie

Définition

Numéro unique d'identification attribué par l'institution elle-même.

Possibilités de choix

Un nombre de trois chiffres au maximum, de 001 à 998.

Remarques

1) Le numéro de l'unité de vie est lié à l'équipe de soins et pas au bâtiment ou à l'étage. Ceci implique que le numéro de l'unité de vie reste identique au moment d'un déménagement dans l'institution psychiatrique. Les numéros des unités de vie changent quand les équipes de soins sont recomposés dans le cadre d'une réorganisation. Un remplacement d'un membre de l'équipe de soins n'implique pas un changement du numéro de l'unité de vie.

2) Les numéros des unités de vie sont identiques à celles des données relatives à la structure de l'institution psychiatrique.

PT03 et PT04. Infirmiers psychiatriques

Possibilités de choix

PT03. Nombre d'ETP attribués à l'unité de vie

Un nombre de 2 chiffres et 2 décimales
Par exemple: 12.75

PT04. Le nombre d'heures effectivement effectuées pour l'équipe de soins de cette unité de vie.

Un nombre de 4 chiffres sans décimales
Par exemple: 0215

PT05 et PT06. Infirmiers sociaux

Définition

Seuls les infirmiers sociaux qui travaillent exclusivement dans cette unité sont enregistrés et pas les infirmiers sociaux qui travaillent au service d'assistance sociale.

Possibilités de choix

PT05. Nombre d'ETP attribués à l'unité de vie

Un nombre de 2 chiffres et 2 décimales
Par exemple: 12.75

PT06. Le nombre d'heures effectivement effectuées pour l'équipe de soins de cette unité de vie.

Un nombre de 4 chiffres sans décimales
Par exemple: 0215

PT07 et PT08. Infirmiers généraux et autres infirmiers

Définition

Autres infirmiers (non psychiatriques, non infirmiers sociaux)
Par exemple: infirmiers généraux ou pédiatriques

Possibilités de choix

PT07. Nombre d'ETP attribués à l'unité de vie

Un nombre de 2 chiffres et 2 décimales
Par exemple: 12.75

PT08. Le nombre d'heures effectivement effectuées pour l'équipe de soins de cette unité de vie.

Un nombre de 4 chiffres sans décimales
Par exemple: 0215

PT09 et PT10. Autre personnel soignant

Définition

Par exemple: aide gériatrique, aide sanitaire

Possibilités de choix

PT09. Nombre d'ETP attribués à l'unité de vie

Un nombre de 2 chiffres et 2 décimales
Par exemple: 12.75

PT10. Le nombre d'heures effectivement effectuées pour l'équipe de soins de cette unité de vie.

Un nombre de 4 chiffres sans décimales
Par exemple: 0215

PT11 et PT12. Stagiaires de personnel infirmier ou soignant

Définition

Les étudiants et stagiaires des groupes 1 à 4.

Possibilités de choix

PT11. Nombre d'ETP attribués à l'unité de vie

Un nombre de 2 chiffres et 2 décimales
Par exemple: 12.75

PT12. Le nombre d'heures effectivement effectuées pour l'équipe de soins de cette unité de vie.

Un nombre de 4 chiffres sans décimales
Par exemple: 0215

PT13 et PT14. Corps médical

Définition

Sont pris en compte uniquement les médecins spécialistes ou généralistes.
Par exemple : psychiatres, internes, gériatres,...

Possibilités de choix

PT13. Nombre d'ETP attribués à l'unité de vie

Un nombre de 2 chiffres et 2 décimales
Par exemple: 12.75

PT14. Le nombre d'heures effectivement effectuées pour l'équipe de soins de cette unité de vie.

Un nombre de 4 chiffres sans décimales
Par exemple: 0215

Remarque

Les médecins candidats spécialistes (assistants) ainsi que les étudiants en médecine (stagiaires doctorants) ne sont pas pris en compte ici (cfr. PT24 & PT25).

PT15 et PT16. Personnel psychologue et pédagogue

Définition

Par exemple : psychologues, pédagogues, assistants psychologues

Possibilités de choix

PT15. Nombre d'ETP attribués à l'unité de vie

Un nombre de 2 chiffres et 2 décimales

Par exemple: 12.75

PT16. Le nombre d'heures effectivement effectuées pour l'équipe de soins de cette unité de vie.

Un nombre de 4 chiffres sans décimales

Par exemple: 0215

PT17 et PT18. Personnel d'assistance sociale

Définition

Par exemple : assistants sociaux, infirmiers sociaux qui travaillent à l'assistance sociale

Possibilités de choix

PT17. Nombre d'ETP attribués à l'unité de vie

Un nombre de 2 chiffres et 2 décimales

Par exemple: 12.75

PT18. Le nombre d'heures effectivement effectuées pour l'équipe de soins de cette unité de vie.

Un nombre de 4 chiffres sans décimales

Par exemple: 0215

PT19 et PT20. Personnel resocialisant

Définition

Par exemple : ergothérapeutes, kinésithérapeutes, thérapeutes psychomoteurs, de création et d'expression.

Possibilités de choix

PT19. Nombre d'ETP attribués à l'unité de vie

Un nombre de 2 chiffres et 2 décimales
Par exemple: 12.75

PT20. Le nombre d'heures effectivement effectuées pour l'équipe de soins de cette unité de vie.

Un nombre de 4 chiffres sans décimales
Par exemple: 0215

PT21 et PT22. Autres membres de l'équipe de soins

Possibilités de choix

PT21. Nombre d'ETP attribués à l'unité de vie

Un nombre de 2 chiffres et 2 décimales
Par exemple: 12.75

PT22. Le nombre d'heures effectivement effectuées pour l'équipe de soins de cette unité de vie.

Un nombre de 4 chiffres sans décimales
Par exemple: 0215

PT23 et PT24. Stagiaires à l'exception du personnel infirmier/soignant

Définition

Elèves, stagiaires ou assistants des groupes 6 à 10.

Possibilités de choix

PT23. Nombre d'ETP attribués à l'unité de vie

Un nombre de 2 chiffres et 2 décimales

Par exemple: 12.75

PT24. Le nombre d'heures effectivement effectuées pour l'équipe de soins de cette unité de vie.

Un nombre de 4 chiffres sans décimales

Par exemple: 0215

Remarques

1) Les médecins diplômés qui poursuivent une spécialisation (assistants) ou les étudiants en médecine (co-assistants ou stagiaires) sont pris en compte dans cet item.