

**CIVESS**

## **Bilan d'activité 2016-2019**

**Etablissements psychosociaux médicalisés**

**Résultats et analyses des inspections**



## Département de la santé et de l'action sociale

Secrétariat général

Contrôle interdisciplinaire des visites en  
établissements sanitaires et sociaux

**CIVESS**

## Signification des acronymes

- **ADJ** : Activités De Jour
- **CAT** : Centre d'Accueil Temporaire
- **CTR** : Centre de Traitement et Réadaptation
- **CDSAS** : Chef-fe du Département de la Santé et de l'Action Sociale
- **DSAS** : Département de la Santé et de l'Action Sociale
- **EMS** : Etablissement Médico-Social
- **EPSM** : Etablissement Psychosocial Médicalisé
- **GDS/ADD** : Grandes difficultés sociales/Addictions
- **HNM** : Home Non Médicalisé
- **HMENT** : Handicap Mental
- **HPA** : Hôpital de Psychiatrie adulte
- **HPAA** : Hôpital de Psychiatrie de l'Âge Avancé
- **HPHY** : Handicap Physique
- **PolyH** : Polyhandicap
- **SAS** : Service d'Accréditation Suisse
- **SG** : Secrétariat général

## Introduction

Le rôle du CIVESS est de s'assurer du respect de la dignité et de la sécurité des personnes accueillies dans des établissements sanitaires et sociaux du canton de Vaud. Il veille également à ce que les droits des résidents soient respectés.

Durant la période 2016-2019, 41 EPSM vaudois accueillent environ 850 résidents. Les spécificités des établissements s'inscrivent dans les différentes missions définies par filière d'hébergement de psychiatrie adulte et se réfèrent au modèle du rétablissement.

Ce bilan d'activité présente les résultats des inspections usuelles effectuées entre janvier 2016 et décembre 2019 dans 37 EPSM faisant partie du périmètre inspecté.

Les résultats des 10 inspections de suivi d'établissements sont également analysés.

Il s'agit du deuxième tour d'inspection réalisé avec la même grille, ce qui a permis une mise en regard des résultats obtenus entre 2013-2014 et 2016-2019. L'intervalle sans inspection entre fin 2014 et début 2016 s'explique par l'intégration progressive des EMS et des établissements socio-éducatifs accueillant ce public dans une seule filière d'hébergement de psychiatrie adulte effective en janvier 2017.

Ce bilan relève certaines tendances et propose plusieurs améliorations.

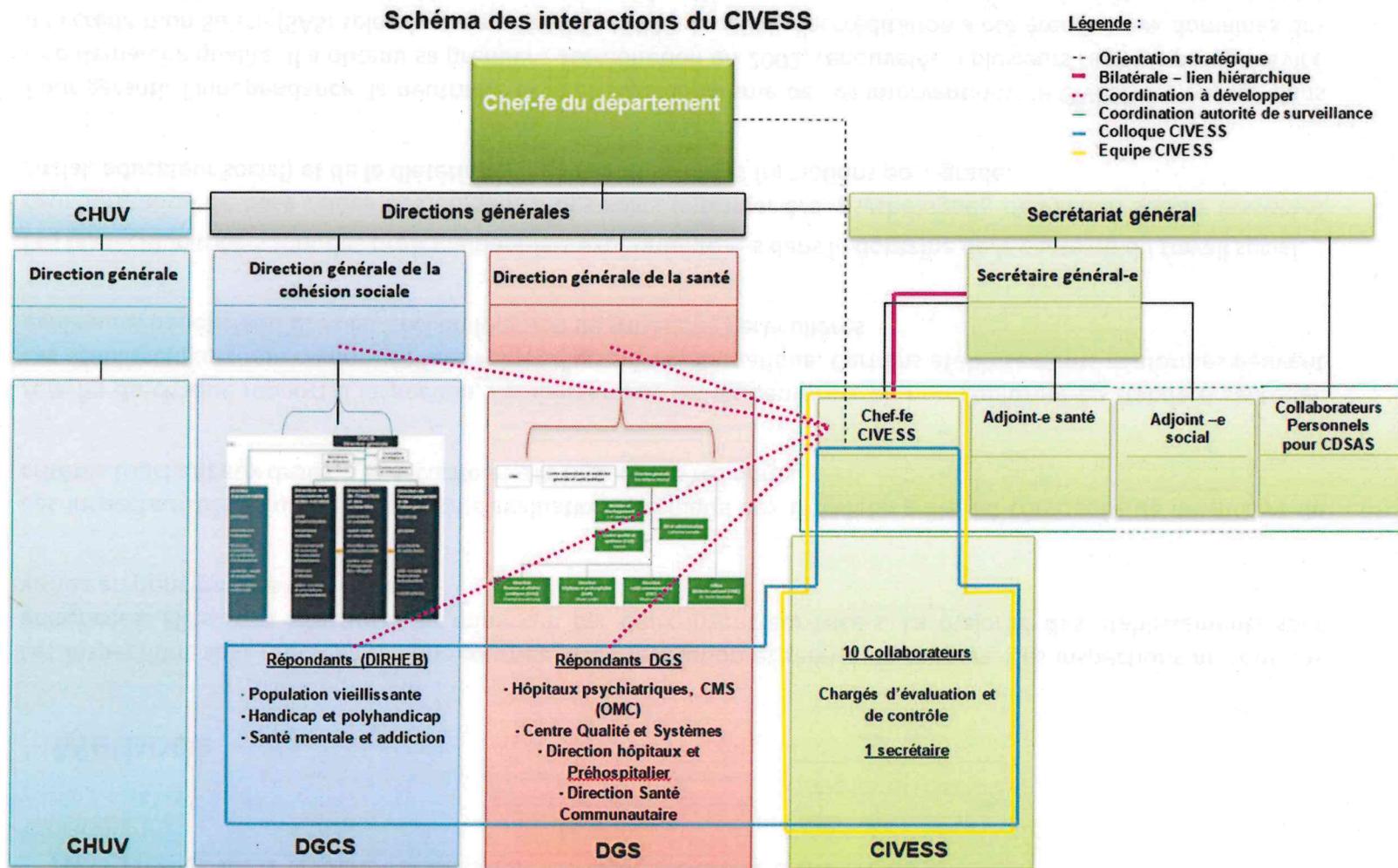
Nous précisons que le masculin générique est employé afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.

## Table des matières

Introduction	page	4
Structure et organisation	page	5
Méthode	page	6
Réseau d'hébergement	page	7
Les Normes	page	8
Règles de conformité	page	9
Résultats globaux	page	10
Résultats par critères	page	11
Norme 1 Espoir et autodétermination	page	12
Norme 2 Sécurité/Soins	page	13
Norme 3 Prestations sociales	page	14
Norme 4 Traçabilité/Dossier individuel	page	15
Norme 5 Management	page	16
Comparatifs des résultats globaux	page	17
Résultats globaux des inspections de suivi	page	18
Analyse des résultats des suivis	page	19
Conclusion	page	20

# Résultats des inspections en EPSM 2016-2019

## Structure et organisation



# Résultats des inspections en EPSM 2016-2019

## Méthode

Les inspections sont réalisées sur une journée, avec restitution et remise de rapport. Ces inspections ne sont pas annoncées. Elles sont effectuées au minimum par deux inspecteur-trice-s. La majorité des établissements sont visités en principe tous les deux ans.

Les inspecteur-trice-s utilisent un outil d'évaluation spécifique aux EPSM. La grille est composée de normes et de critères touchant aux droits, à la sécurité et à la dignité des résidents.

A la fin de chaque rapport d'inspection, l'établissement est dit conforme ou non conforme au standard cantonal. Les établissements non conformes font l'objet d'un suivi systématique. Certains établissements conformes peuvent également bénéficier d'un suivi, ceci en fonction de situations particulières.

Les inspecteur-trice-s sont des professionnel-le-s expérimenté-e-s dans le domaine de la santé ou du travail social. Leur formation de base relève des domaines des soins (infirmier-ère, psychologue), de l'action sociale (assistant social, éducateur social) et de la diététique; il-elle-s ont suivi des formations post-grade.

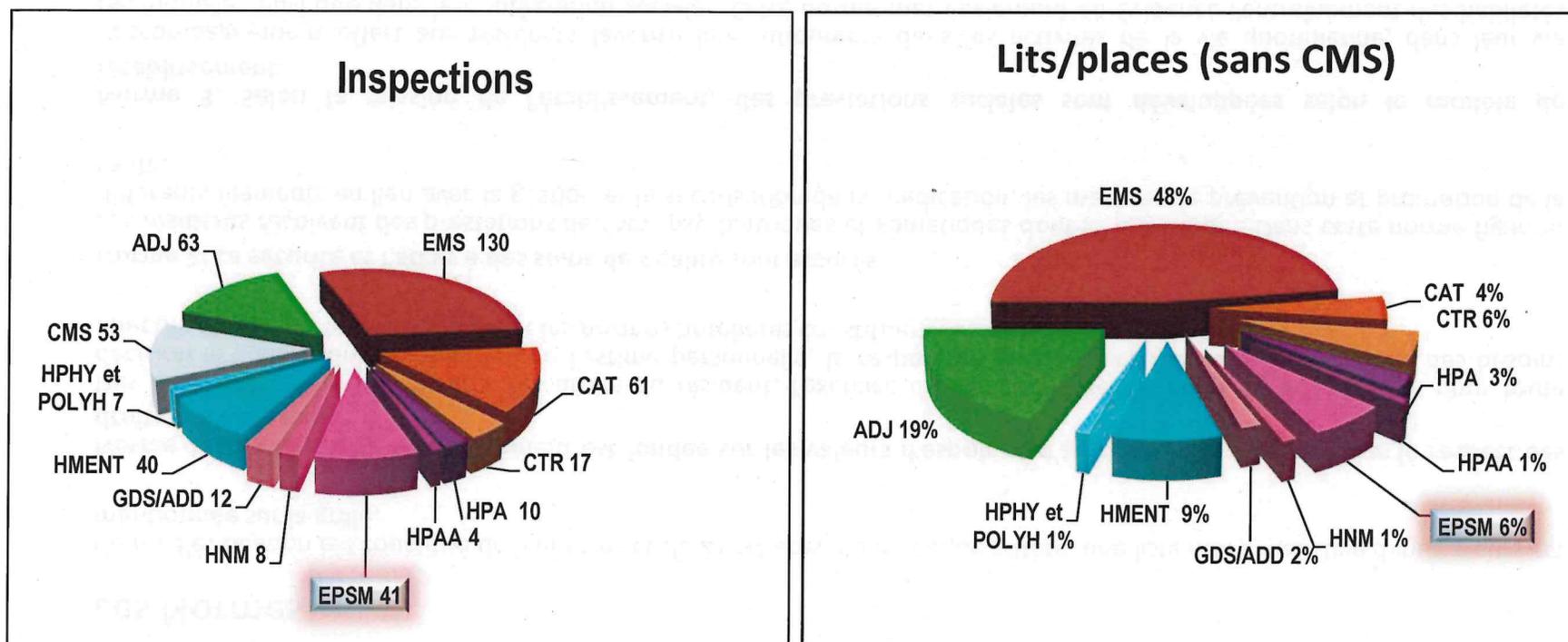
Pour garantir l'indépendance, la neutralité et le professionnalisme de ses interventions, le CIVESS est engagé dans une démarche qualité. Il a obtenu sa première accréditation en 2002, renouvelée à plusieurs reprises par le Service d'Accréditation Suisse (SAS) selon la norme ISO/CEI 17020. En 2018, l'accréditation a été étendue aux domaines des hôpitaux psychiatriques et aux établissements socio-éducatifs. Les exigences particulières de cette norme visent à garantir l'impartialité, l'intégrité et la confidentialité.

## Résultats des inspections en EPSM 2016-2019

### Réseau d'hébergement

Le tissu institutionnel du canton de Vaud est composé de structures socio-sanitaires qui reçoivent une autorisation d'exploiter du Département de la santé et de l'action sociale.

Entre 2016 et 2019, 41 établissements proposent environ 850 places d'hébergement. 37 EPSM font partie du périmètre pour ce deuxième tour. Les 4 structures restantes, bénéficiant d'un statut particulier, n'ont pas été incluses dans l'évaluation de ce second tour.



# Résultats des inspections en EPSM 2016 - 2019

## Les Normes

L'outil d'évaluation est constitué de 5 normes et de 21 critères. Pour chaque critère, une liste non exhaustive d'indicateurs est mentionnée sur la grille.

**Norme 1: La mission de l'établissement est fondée sur les valeurs d'espoir et d'autodétermination et exige le respect des droits des résidents.**

Des éléments comme le respect des droits du résident, l'exercice de son autodétermination en le sollicitant pour toute décision le concernant, le maintien de l'estime personnelle, le respect de la sphère privée, la reconnaissance des besoins affectifs et sexuels, les interactions et les normes hôtelières constituent l'essentiel de cette norme.

**Norme 2: La sécurité et l'accès à des soins de qualité sont assurés.**

Les résidents reçoivent des prestations de soins psychiatriques et somatiques dont ils ont besoin. Dans cette norme figurent différents éléments en lien avec la gestion et la sécurisation de la médication, les mesures de prévention et promotion de la santé.

**Norme 3: Selon la mission de l'établissement, des prestations sociales sont développées selon le modèle de rétablissement.**

L'accompagnement offert aux résidents favorise leur autonomie dans les activités de la vie quotidienne, dans leur vie personnelle, ainsi que dans leur intégration sociale. Cette norme met également en évidence l'entraînement des habiletés sociales et socioprofessionnelles et l'accès aux loisirs.

**Norme 4: Des lignes directrices et des concepts sont définis et appliqués. Le dossier retrace la réalisation et l'évaluation des processus d'accompagnement.**

Cette norme est complémentaire aux trois premières, dans le sens où elle permet de vérifier la traçabilité des observations effectuées lors de l'inspection. Un projet individuel est construit en collaboration avec chaque résident. Les droits en lien avec les mesures limitatives de liberté, les contrats et cadres thérapeutiques, la prévention de la violence et du potentiel suicidaire, l'évaluation de l'état nutritionnel sont documentés et font l'objet de protocoles.

**Norme 5: Les prestations sont délivrées par du personnel ayant les compétences requises.**

L'encadrement des collaborateurs, la formation et la collaboration interdisciplinaire sont vérifiés.

## Résultats des inspections en EPSM 2016 - 2019

### Règles de conformité

#### Les établissements conformes répondent aux critères suivants :

Conforme « **vert** » : ceux qui correspondent au standard cantonal (au minimum 80% des critères atteints et aucun critère non atteint). A l'issue de l'inspection, un rapport précisant le niveau d'atteinte de chaque critère est remis à la direction de l'établissement.

Conforme « **orange** » : ceux qui présentent un critère non atteint et/ou moins de 80% des critères atteints. A l'issue de l'inspection, un rapport précisant le niveau d'atteinte de chaque critère ainsi que des pistes d'amélioration est remis à la direction de l'établissement. Il lui incombe de mettre en place les améliorations requises.

Dans ces deux cas de figure, l'inspection est reconduite selon le rythme périodique.

#### Les établissements non conformes:

Non conforme « **rouge** » : ceux qui ne respectent pas le standard cantonal (dès 20% de critères non-atteints).

Pour ces établissements, des mesures doivent être prises afin qu'ils rejoignent le standard dans les meilleurs délais. Une inspection de suivi particulier peut être effectuée par le CIVESS. L' Autorité de surveillance des institutions peut également porter le suivi en fonction de la situation.

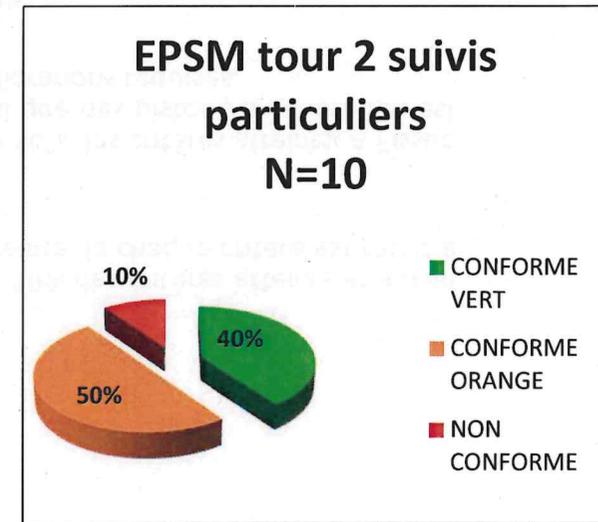
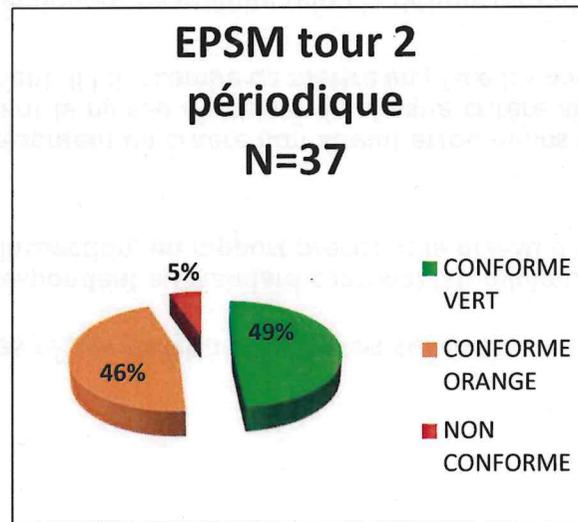
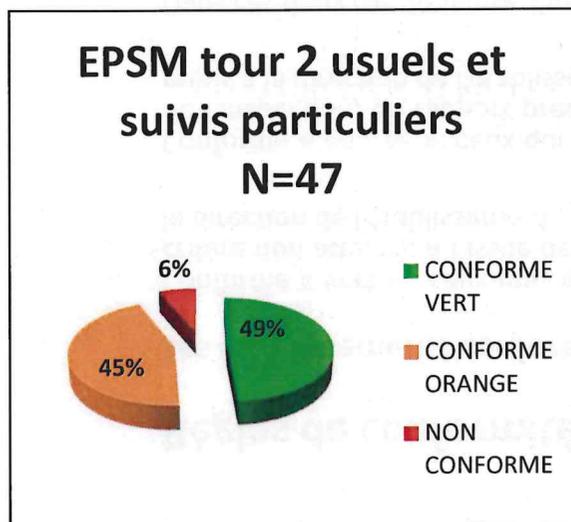
## Résultats des inspections en EPSM 2016-2019

### Résultats globaux du tour 2 (2016 – 2019) : Conformité au standard cantonal

Ce 2<sup>ème</sup> tour a consisté en **37 inspections usuelles** et **10 inspections de suivi** pour les 37 EPSM du réseau. Le résultat de ces 47 inspections montre que la grande majorité des établissements est conforme au standard cantonal:

Sur l'ensemble des 47 inspections réalisées, 23 (49%) obtiennent un résultat conforme « vert » et 21 (45%) un résultat conforme « orange ».

Trois inspections (6 %) ont abouti à un résultat de non-conformité en raison d'au moins 20% de critères non atteints.



## Résultats des inspections en EPSM 2016-2019

### Résultats globaux par critère au tour 2 (hors suivis) N=37



## Résultats des inspections en EPSM 2016-2019

### Norme 1 Espoir et autodétermination

#### comparatif tour 1 et tour 2



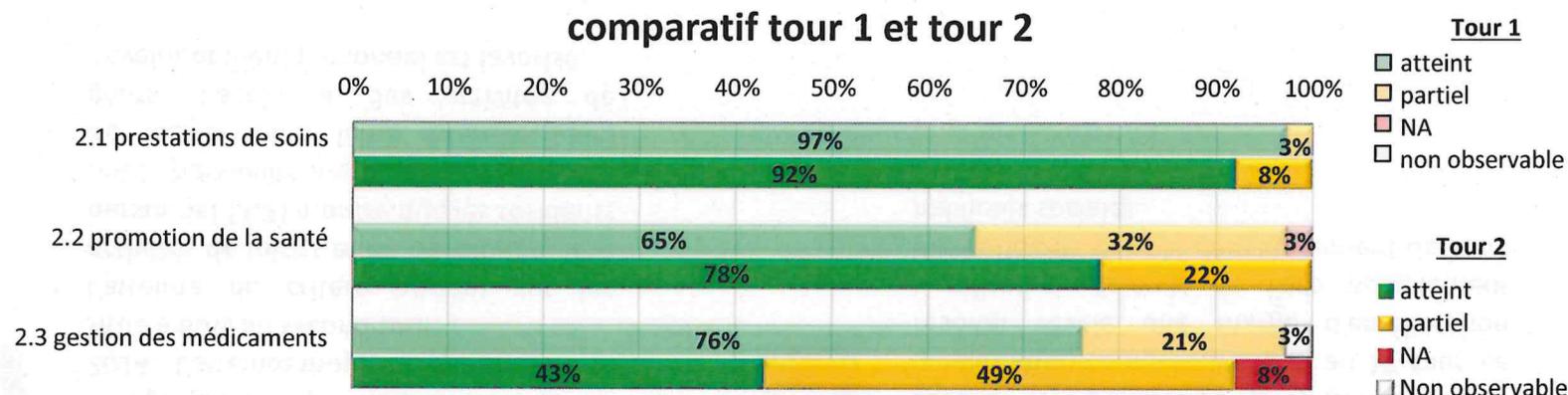
Cette norme obtient les meilleurs résultats en comparaison des autres normes. Le respect des droits des résidents (1.1) et le critère se rapportant aux interactions constructives (1.5) obtiennent de très bons résultats (94% et 100%). Les critères évaluant l'estime personnelle (1.2), le respect de la sphère privée (1.3), sont atteints dans plus de 90% des EPSM.



Le critère centré sur la reconnaissance des besoins liés à la vie affective et à la sexualité (1.4) des résidents montre une amélioration au 2<sup>ème</sup> tour. Il présente néanmoins le moins bon résultat de cette norme. Le critère portant sur les normes hôtelières (1.6) (81%) montre une baisse entre le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>ème</sup> tour.

## Résultats des inspections en EPSM 2016-2019

### Norme 2 Sécurité et accès à des soins de qualité



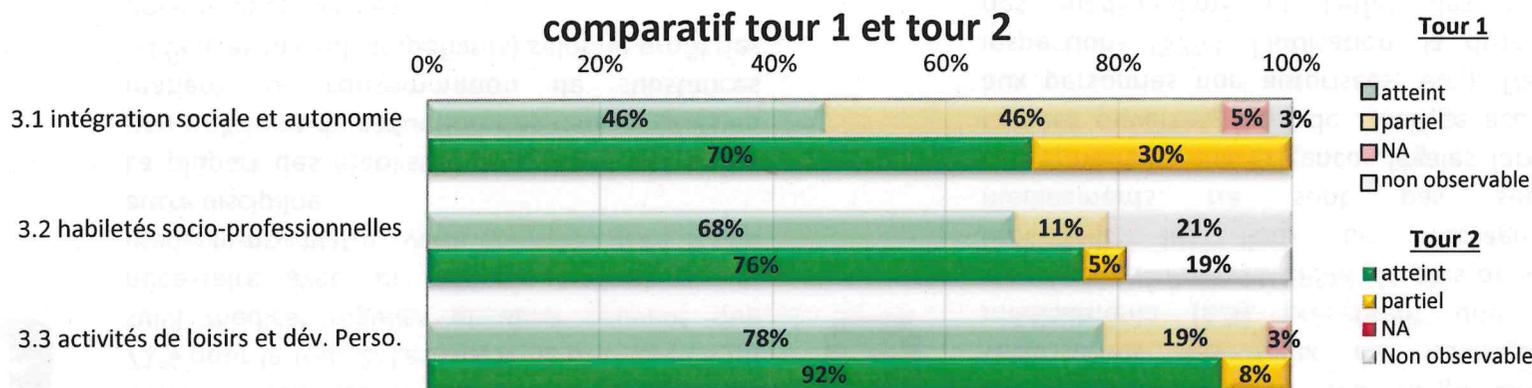
- Cette norme présente une atteinte moyenne de 71% pour le tour 2. Les résidents ont accès à un suivi médical régulier et aussi souvent que nécessaire avec un médecin traitant et un médecin-psychiatre, voire un spécialiste d'une autre discipline.
- La plupart des établissements (78%) ont défini **une politique de réduction des risques (2.2)** en matière de consommation de substances addictives (alcool, stupéfiants) selon le profil des personnes accueillies.
- **Le risque de carence et d'excès alimentaires (2.2)** est identifié dans la plupart des situations. Les menus ne sont pas encore tous analysés par une diététicienne, ce qui explique en partie que le critère ne soit que partiellement atteint (22%).



- Comparativement au 1<sup>er</sup> tour, la **gestion et la sécurisation des lieux de stockage des médicaments (2.3)** présentent une baisse significative. Pour 11 EPSM de plus qu'au tour précédent, les lieux de stockage des médicaments ne sont pas sécurisés conformément aux exigences légales (armoires laissées ouvertes, local de stockage accessible aux personnes non autorisées, etc.). Dans 19 inspections (57%), l'indication, la distribution des médicaments et l'effet des réserves montrent une traçabilité lacunaire.
- Pour les situations le nécessitant, l'évaluation de la douleur et de l'effet antalgique des traitements n'est pas systématique.

## Résultats des inspections en EPSM 2016-2019

### Norme 3 Prestations sociales



- Les résultats du second tour montrent une progression par rapport au bilan de 2014. L'atteinte moyenne des critères se situe à 80% au second tour.
- L'atteinte du critère portant sur les **activités de loisirs et de développement personnel (3.3)** montre que les résidents ont la possibilité de réaliser des activités de loisirs selon leurs intérêts, leurs goûts. L'accès à des activités de développement personnel est favorisé.



- Bien que le critère centré sur **l'intégration sociale et l'autonomie (3.1)** présente une amélioration comparativement au 1<sup>er</sup> tour, ce résultat révèle une marge d'amélioration significative vis-à-vis de l'accompagnement des résidents dans le développement de leurs habiletés sociales.

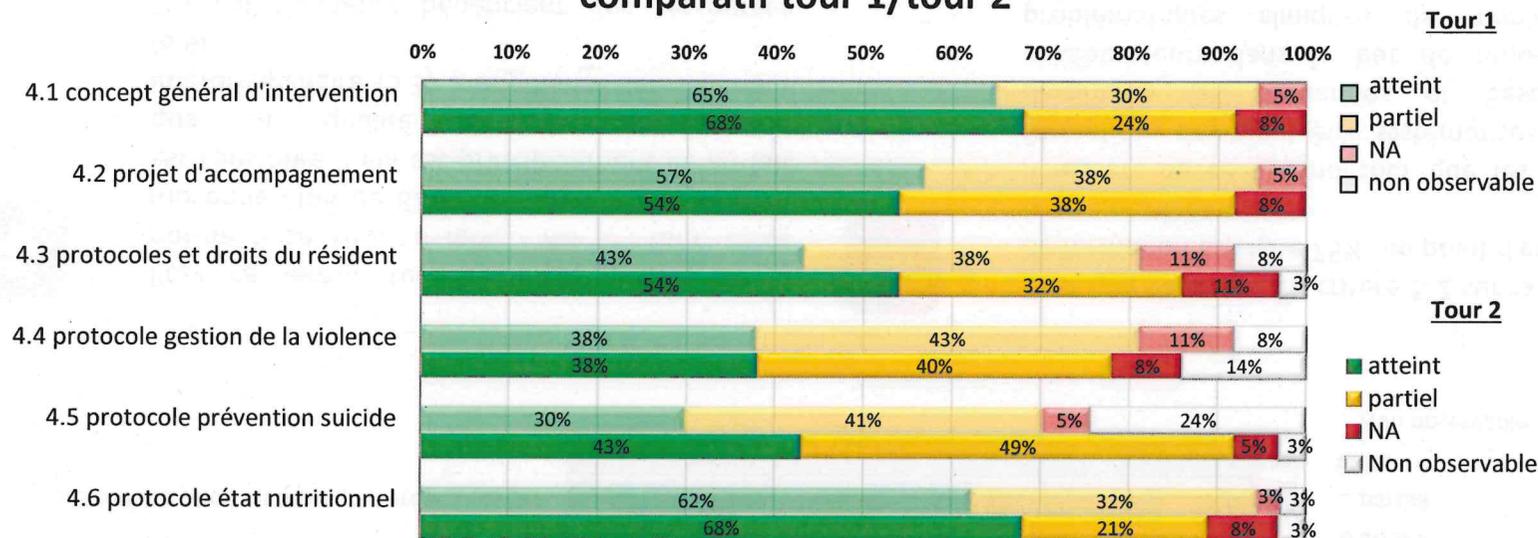


En ce qui concerne **l'entraînement aux habiletés socioprofessionnelles (3.2)**, on relève, tant pour le 1<sup>er</sup> tour que pour le second, environ 20% de non observable. Ce résultat est à mettre en lien avec certaines missions très spécifiques. Cela s'explique notamment par le fait que plusieurs structures, pour répondre aux besoins et ressources des résidents, se centrent prioritairement sur les soins de base, la santé physique et psychique et l'accompagnement vers l'autonomie.

# Résultats des inspections en EPSM 2016-2019

## Norme 4 Traçabilité/Dossier individuel

### comparatif tour 1/tour 2



L'atteinte globale de cette norme se situe pour le second tour à 54% contre 49% au premier tour.



- Le concept du rétablissement (4.1) continue à se déployer dans l'accompagnement offert aux résidents.
- Le suivi de l'état nutritionnel est une préoccupation dont les équipes se soucient.



- La construction du projet d'accompagnement individualisé présente une marge importante de progression en regard des besoins du résident, de la mission spécifique et du concept du rétablissement (4.1; 4.2). En effet, le niveau d'atteinte au second tour pour ces deux critères est seulement de 61%.
- La prévention et la gestion du risque suicidaire (4.5) ainsi que de la violence (4.4) ont peu évolué entre le 1<sup>er</sup> et le second tour. Ces critères se situent encore en dessous de la moyenne.
- Une légère amélioration est observée concernant le critère 4.3 sur les cadres et contrats thérapeutiques qui atteint un taux de 54%. Cependant, le travail doit être intensifié dans le suivi, la documentation et l'évaluation de ces mesures.

## Résultats des inspections en EPSM 2016-2019

### Norme 5 Management

#### comparatif tour 1 et tour 2



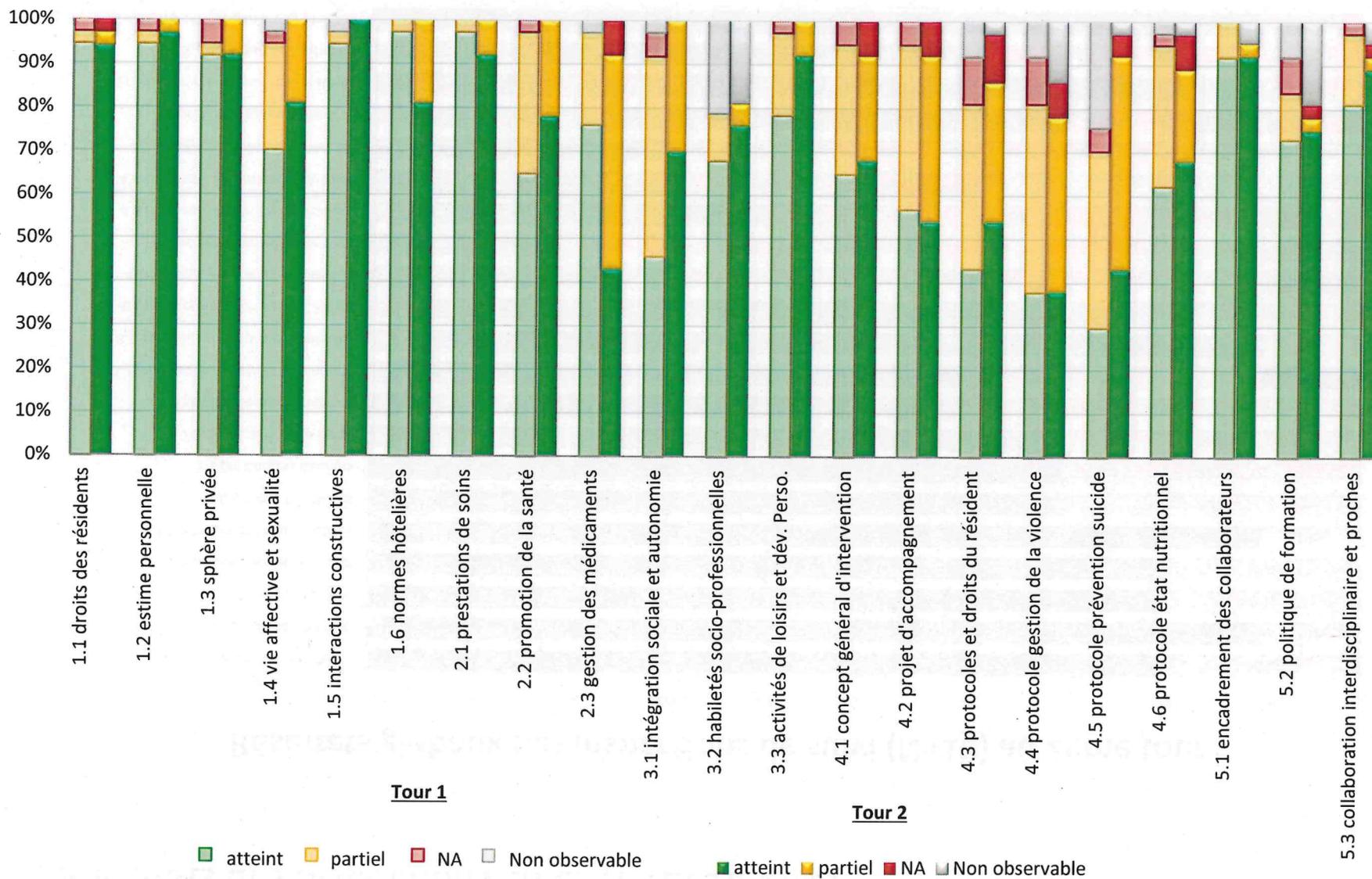
- Pour ce second tour, l'atteinte globale de la norme 5 se situe à 86%. Au 1<sup>er</sup> tour, cette moyenne était de 82%. Une légère amélioration est constatée. Cela est principalement lié au fait que la qualité de la collaboration interdisciplinaire (5.3) a augmenté sensiblement (8%).
- Les collaborateurs bénéficient des ressources nécessaires en terme de supervision interne et externe pour 92% des établissements (5.1)



- Bien que l'atteinte du critère 5.2 sur la politique de formation atteigne 75%, un point d'effort est à faire à ce niveau.
- Il ressort de ce second tour que les plans de formations devraient être systématisés et cibler davantage les demandes et besoins des collaborateurs dans le but de répondre aux problématiques cliniques de manière plus efficiente (ex.: risque suicidaire, violence, rétablissement).

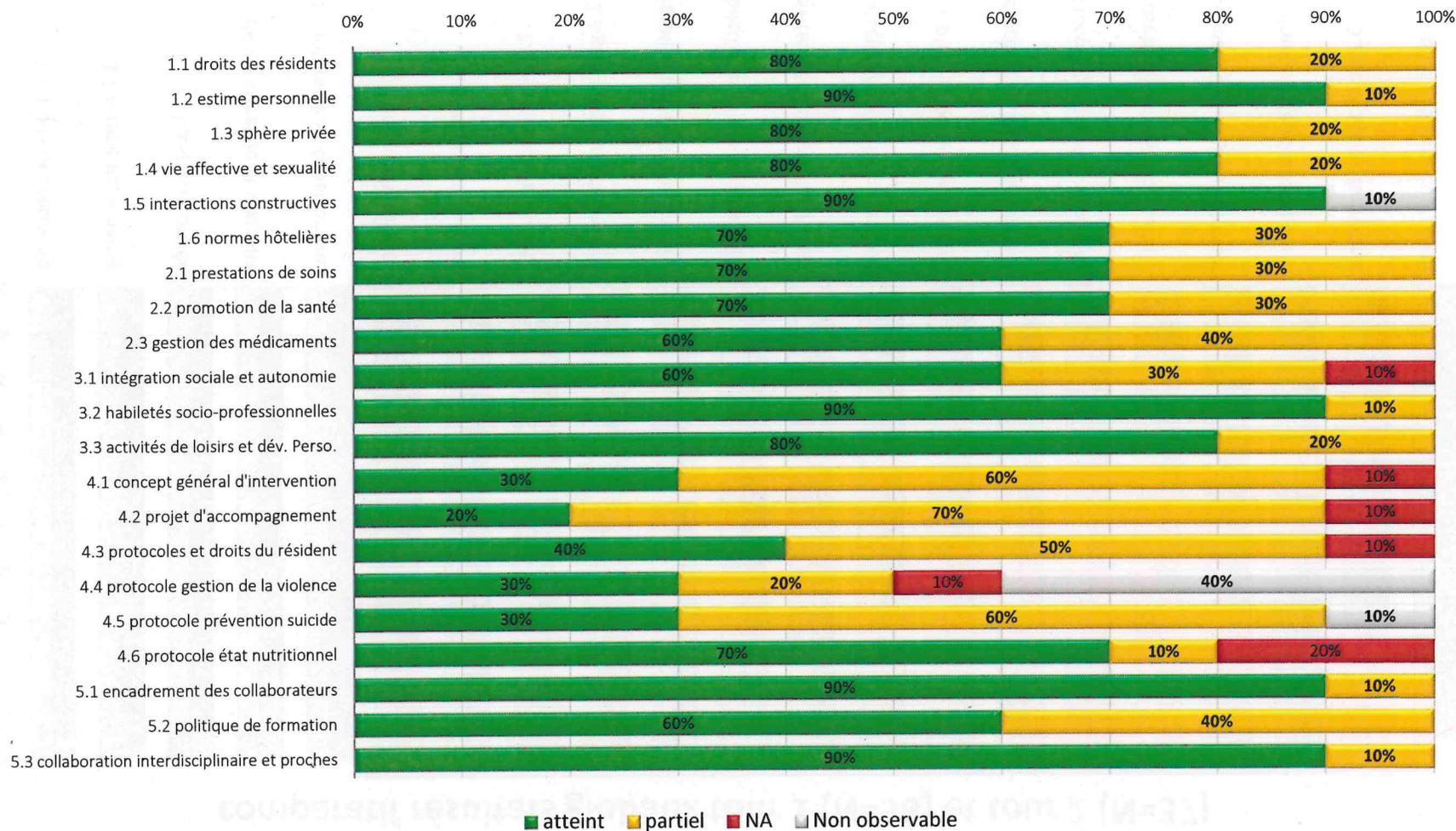
# Résultats des inspections en EPSM 2016-2019

## comparatif résultats globaux tour 1 (N=38) et tour 2 (N=37)



# Résultats des inspections en EPSM 2016-2019

## Résultats globaux des inspections de suivi (N=10) au 2ème tour



## Résultats des inspections en EPSM 2016-2019

### Analyse des résultats des inspections de suivi du 2<sup>ème</sup> tour

- Les résultats liés aux 10 inspections de suivi ayant eu lieu lors de ce second tour confirment que l'accent doit être mis au niveau de la norme 4. Celle-ci reste nettement inférieure, comparativement aux autres normes.
- La moyenne des critères 4.1 et 4.2 qui abordent le concept général d'accompagnement et son application n'est atteinte que pour 25% des établissements.
- Pour 4 établissements, il n'a pas été possible de déterminer la manière dont la prévention et la gestion de la violence sont effectuées (4.4), les protocoles n'étant ni finalisés ni appliqués.
- 6 établissements sur 10 présentent des difficultés dans l'évaluation et le suivi du risque suicidaire (4.5), plus précisément au niveau de la mise en place et l'utilisation d'un outil d'évaluation de référence.
- L'évaluation de l'état nutritionnel n'est pas systématique et la collaboration avec un diététicien n'est pas toujours effective.

# Résultats des inspections en EPSM 2016-2019

## Conclusion

A l'issue du second tour d'inspection des EPSM, les résultats obtenus laissent entrevoir le travail conséquent de transition mené par les directions d'établissements et les équipes pour soutenir et accompagner les usagers et leurs proches au plus près de leurs besoins et de leurs ressources.

Lors de cette période de transition et d'intégration à la filière psychiatrique, les établissements ont dû s'orienter vers les différentes missions suivantes: *réduction du risque et engagement dans le suivi, maintien et réhabilitation ainsi que l'insertion socio-professionnelle*. Pour ce faire, les directions ont développé un concept d'accompagnement et des outils spécifiques au concept du rétablissement.

Durant les entretiens avec les équipes d'accompagnement, il a régulièrement été évoqué une difficulté à rendre compatible et faire coexister deux missions telles que le maintien des acquis et la réhabilitation, les objectifs thérapeutiques et socio-thérapeutiques étant souvent trop différents. Cela tend à se confirmer au niveau des écrits, plus spécifiquement en ce qui concerne l'élaboration des projets d'accompagnement qui demeure basique et peu spécifique.

La question de fond est de savoir comment répondre de manière adéquate aux besoins spécifiques des résidents, en tenant compte de leurs objectifs personnels mais également de la mission dans laquelle évoluent les établissements.

Les évaluations de la violence et du risque suicidaire ressortent comme étant clairement déficitaires puisque, à l'issue de ce bilan, plus de 50% des établissements ne répondent pas à la norme.

Le critère sur le risque suicidaire compte seulement une atteinte de 30%. Ce constat pourrait amener le CIVESS à considérer ce dernier critère comme prépondérant lors du prochain tour.

Pour 57% des établissements de ce second tour, il a été identifié une gestion déficitaire de la médication, principalement à deux niveaux. Le premier concerne le stockage, qui n'est pas sécurisé selon les normes actuelles. Le second concerne la traçabilité des traitements administrés (réserves, stupéfiants et traitements d'office). Il s'agirait pour les directions des établissements de rechercher des ressources, notamment au sein du département, leur permettant d'adopter les bonnes pratiques en la matière.

Au vu des éléments précédents, tout indique qu'un réajustement de la grille permettant de tenir compte de ces constats sera nécessaire pour le tour suivant.



Frédéric Jaunin  
Responsable du CIVESS

