

The CIVESS logo is a light pink, rectangular banner with a slight shadow, tilted slightly upwards to the right. The word 'CIVESS' is written in a bold, orange, sans-serif font across the center of the banner.

CIVESS

Bilan d'activité 2016-2018

**Etablissements socio-éducatifs des addictions
et des grandes difficultés sociales**

Résultats et analyses des inspections



Département de la santé et de l'action sociale (DSAS)
Secrétariat général
CIVESS

Contrôle interdisciplinaire des visites en
établissements sanitaires et sociaux

CIVESS



Introduction

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

En 2016, 8 fondations et associations disposent d'environ 220 places d'hébergement pour des personnes adultes en grandes difficultés sociales et/ou présentant des problèmes d'addiction. Elles se répartissent sur 12 lieux de vie.

Ce bilan présente les résultats des 12 inspections réalisées entre 2016 et 2018 dans le cadre du 1er tour utilisant la nouvelle méthodologie d'inspection.

A une exception près, tous les établissements ont été visités au moins 4 fois durant ces 7 dernières années.

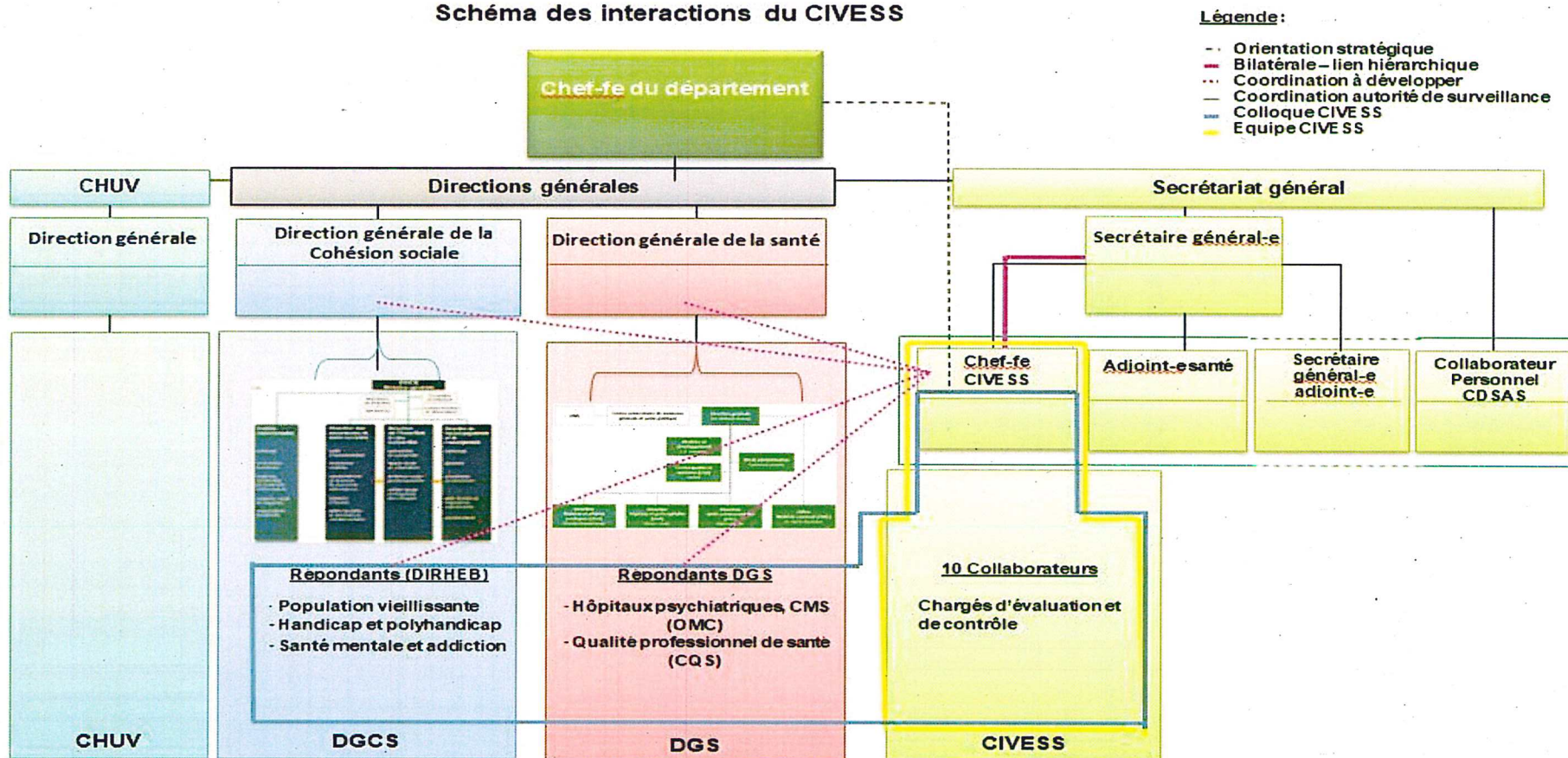
Table des matières

Introduction	page	3
Structure et organisation	page	4
Méthode	page	5
Réseau d'hébergement	page	6
Normes	page	7
Niveau de conformité	page	8
Résultats globaux	page	9
Résultats généraux	page	10
Résultats et commentaires détaillés	pages	11-15
Résultats inspections 2011 à 2018	pages	16-17
Liste des établissements du canton	page	18
Conclusion	page	19

Structure et organisation

Le CIVESS est un service de l'administration cantonale vaudoise rattaché au Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), plus précisément au Secrétariat général (SG) du DSAS. Le-la Chef-fe du DSAS (CDSAS) donne les grandes orientations du contrôle et valide les objectifs stratégiques.

Schéma des interactions du CIVESS



Méthode

Dès 2016, les inspections ont débuté avec la méthodologie CIVESS : des inspections réalisées sur une journée avec restitution et remise de rapport. Cela a nécessité de définir pour un certain nombre d'institutions des entités en appliquant leur organisation par pôles, secteurs ou sites géographiques de manière à rendre cette modalité possible.

Les inspections ne sont pas annoncées. Elles sont effectuées au minimum par deux inspecteur-trice-s. La majorité des établissements sont visités au minimum tous les deux ans.

Les inspecteur-trice-s utilisent une grille d'évaluation spécifique à la mission de l'établissement. Les différentes grilles sont toutes composées de normes et de critères touchant aux droits, à la sécurité et à la dignité des résident-e-s et des usager-ère-s.

A la fin de chaque rapport d'inspection, l'établissement est dit conforme ou non conforme au standard cantonal. Seuls les établissements non conformes ont un suivi particulier.

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, animatrice socioculturelle, éducateur social) et de la diététique; il-elle-s ont suivi des formations post-grade.

Pour garantir l'indépendance 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 des établissements socio-éducatifs. Les exigences particulières de cette norme sont de garantir l'indépendance, l'intégrité et la confidentialité.

Signification des acronymes :

EMS Etablissement médico-social

CAT Centre d'accueil temporaire

CTR Centre de traitement et réadaptation

HPA Hôpital de psychiatrie aigüe

HPAA Hôpital de psychiatrie de l'âge avancé

EPSM Etablissement psychosocial médicalisé

HNM Home non médicalisé

GDS/ADD Grandes difficultés sociales/addictions

HMENT Handicap mental

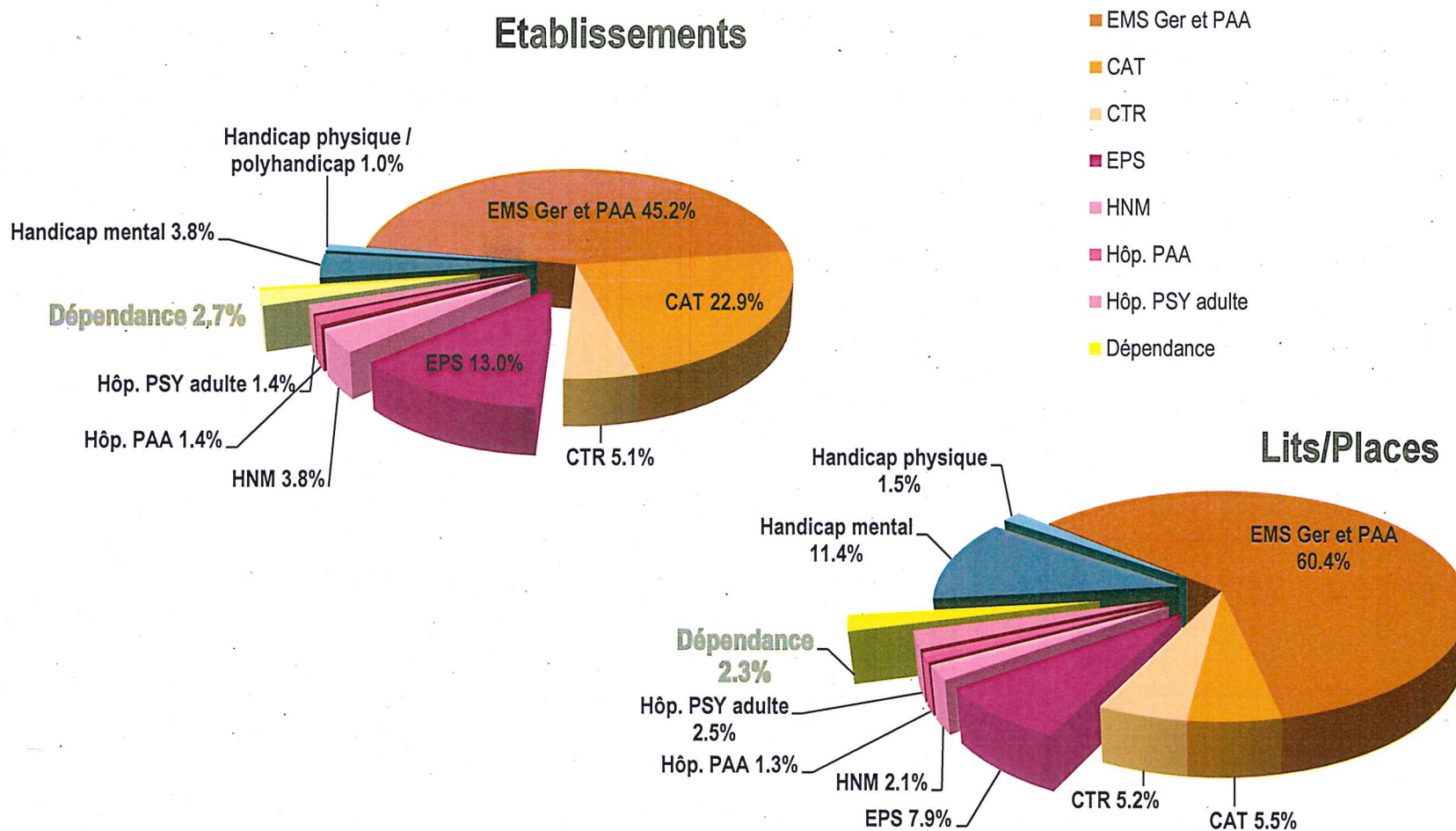
PolyH Polyhandicap

HPHY Handicap physique

ADJ Activités de jour

Réseau d'hébergement

Le canton de Vaud héberge des structures sanitaires et sociales qui ont une autorisation d'exploiter de l'un des trois services du DSAS : SSP, SASH ou SPAS. Les personnes en grandes difficultés sociales et/ou avec des problèmes de dépendance sont accueillies dans 8 ESE et réparties sur 12 groupes de vie.



Normes

La grille d'évaluation est constituée de 5 normes et de 20 critères. Pour chaque critère, une liste non exhaustive d'indicateurs est mentionnée sur la grille.

Norme 1 : La mission de l'ESE est fondée sur le concept d'autodétermination et exige le respect des droits et de la dignité des usagers

Des éléments comme le respect des droits de l'utilisateur, exercer son autodétermination, le maintien de l'estime personnelle, le respect de la sphère privée, la reconnaissance des besoins affectifs et sexuels ainsi que l'application de la directive cantonale sur les mesures de contrainte constituent l'essentiel de cette norme.

Norme 2 : Les prestations socio-éducatives dispensées répondent aux ressources, aux besoins et aux désirs de l'utilisateur et visent l'intégration sociale

L'accompagnement offert aux utilisateurs vise à favoriser leur autonomie dans les activités de la vie quotidienne et dans leur vie en général, ainsi que l'intégration, voire la participation sociale. L'accompagnement répond aux besoins spécifiques de chaque utilisateur. La participation aux divers activités et ateliers sont en lien avec le projet individuel.

Norme 3 : La sécurité et l'accès à des soins de qualité sont assurés

Les utilisateurs reçoivent des prestations de soins somatiques, psychiques et palliatives 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 4 : Des lignes directrices et des concepts sont définis et appliqués. Le dossier retrace la réalisation et l'évaluation du projet individualisé

Cette norme est complémentaire aux trois premières, elle permet de vérifier la traçabilité des observations effectuées lors de l'inspection. Pour chaque utilisateur, un projet individuel est établi. L'utilisateur participe à son élaboration. Les protocoles de prévention et de gestion de la violence et des comportements suicidaires sont appliqués.

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

La dotation et le niveau de formation du personnel ainsi que le plan de formation sont vérifiés.

Niveau de conformité

Les établissements conformes répondent aux critères suivants :

Conforme Vert : ceux qui correspondent au standard cantonal (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 :

Ceux qui ne respectent pas le standard cantonal (dès 20% de critères non-atteints).

Ceux pour qui le critère 1.6 concernant les mesures de contrainte est non-atteint.

Pour ces établissements, des mesures doivent être prises afin qu'ils rejoignent le standard cantonal dans les meilleurs délais.

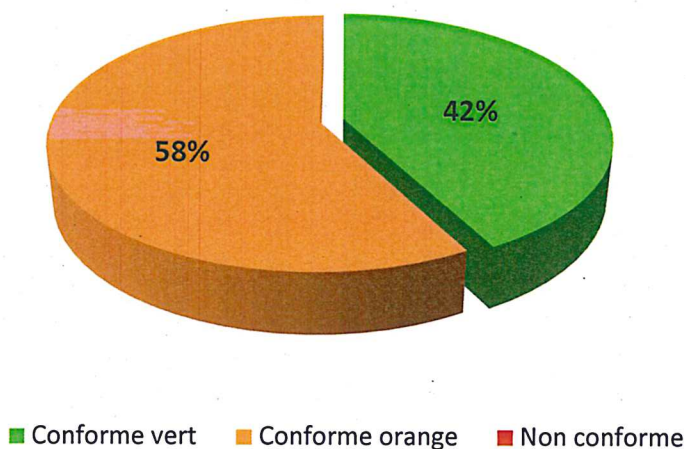
Une inspection de suivi particulier peut être effectuée par le CIVESS. Le service de tutelle des institutions peut également porter le suivi en fonction de la situation.

Résultats globaux : conformité au standard cantonal

Ce bilan présente les résultats du 1^{er} tour d'inspection réalisé avec la grille introduite en 2016 s'appuyant sur la méthodologie d'inspection standardisée du CIVESS. Les 12 inspections ont été effectuées entre juin 2016 et décembre 2018.

4 fondations ont été inspectées deux fois sur des sites différents de manière à rendre l'inspection en un jour possible. Les rapports liés à une entité juridique présentent chaque fois la même conformité.

Tour 1 = 12 inspections

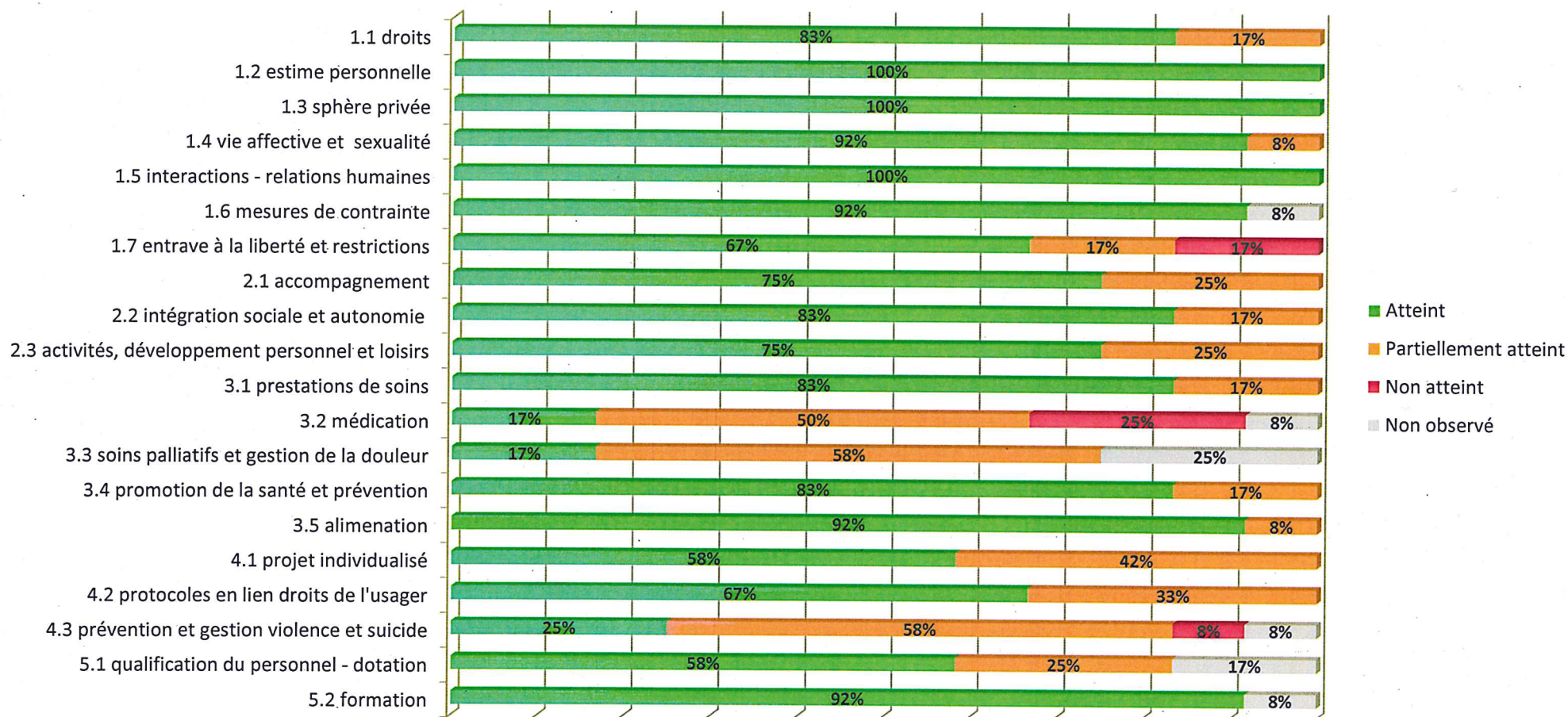


Tous les résultats des rapports d'inspection sont conformes au standard cantonal, mais à des degrés divers : 5 présentent un résultat vert conforme. Sur les 20 critères de la grille, le nombre de critères atteints par inspection fluctue de 9 à 18, tandis que le nombre de critères non atteints présente moins de variations, à savoir entre 0 et 2 critères.

Résultats généraux

Pour des questions d'arrondis automatiques, les résultats présentés n'équivalent pas toujours la somme de 100%

Tour 1 : Résultats par critères pour les 12 inspections réalisées



Résultats et commentaires détaillés

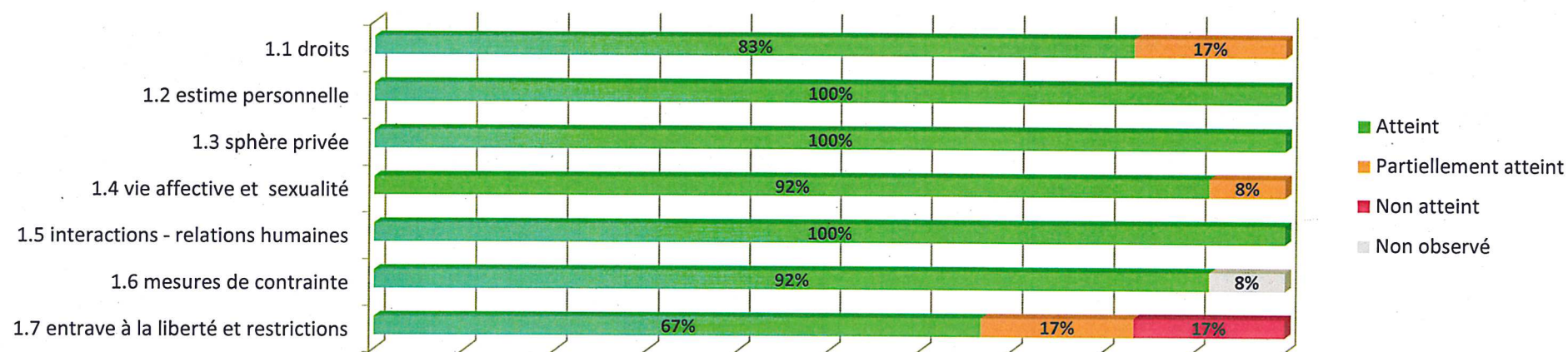
Norme 1 : « La mission de l'ESE est fondée sur le concept d'autodétermination et exige le respect des droits et de la dignité des usagers »

+ Pour l'ensemble de cette norme, les **droits et la dignité** des usager-ère-s sont majoritairement respectés : le pourcentage d'atteinte des 7 critères est de 91%. 5 critères présentent un taux d'atteinte entre 92% et 100%.

Les **mesures de contrainte** ne sont jamais utilisées dans ce type de structures. Les chambres sont individuelles et permettent ainsi de préserver la **sphère privée** des usager-ère-s.

- Le critère portant sur les restrictions individuelles et/ou collectives présente la plus grande marge de progression avec un taux d'atteinte de 67%.

Les restrictions portent essentiellement sur les contacts avec le monde hors institution : les sorties sont exclues pour une certaine durée ainsi que l'accès aux divers moyens de communication (natel, ordinateur, etc.). Ces divers éléments sont à mettre en lien avec le concept d'accompagnement axé essentiellement sur le travail et la protection des personnes vulnérables. Des sanctions financières peuvent aussi être appliquées lors du non-respect de certaines règles institutionnelles. Les établissements travaillant avec le concept de consommation contrôlée n'utilisent pas de systèmes de restrictions.



Résultats et commentaires détaillés

Norme 2 : « Les prestations socio-éducatives dispensées répondent aux ressources, aux besoins et aux désirs de l'utilisateur et visent l'intégration sociale »



Pour cette norme, le pourcentage d'atteinte des 3 critères est de 77 %.

En général, les **prestations** font référence aux bonnes pratiques actuelles. Pour la réinsertion socio-professionnelle, les établissements s'appuient sur les structures existantes dans le réseau.

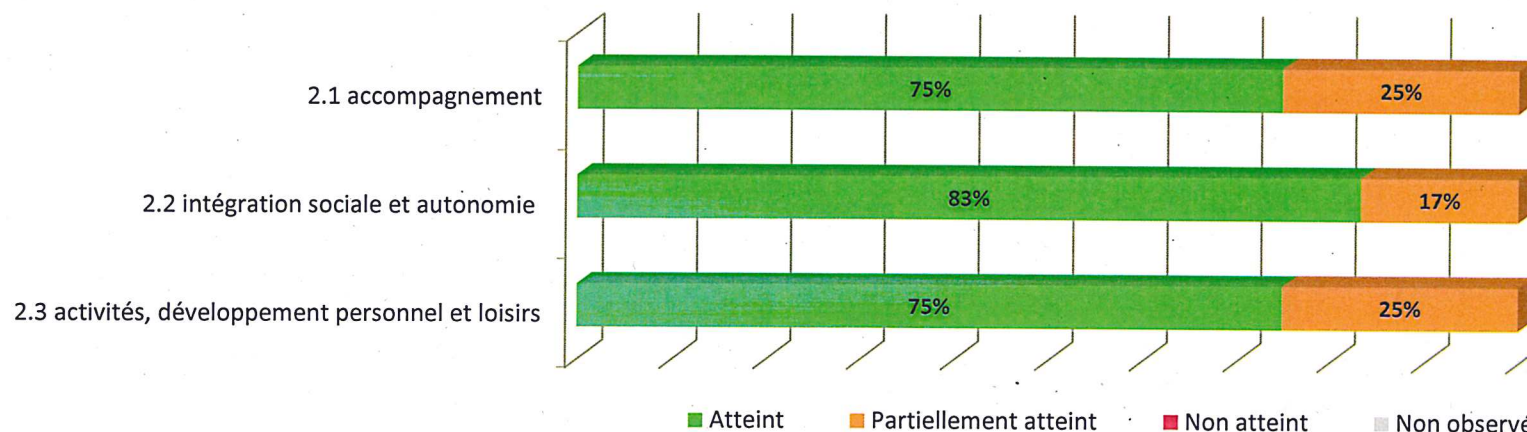
Les pôles **loisirs** et activités sont diversifiés.

Pour ce type de mission, les activités thérapeutiques sont intégrées aux **activités de développement personnel** : elles sont aussi bien individuelles que collectives. Des vacances sont proposées aux usagers par de nombreux établissements.



Pour deux établissements, les 3 critères sont partiellement atteints, ce qui oriente fortement les résultats de cette norme. L'élément central porte sur les prestations socio-éducatives qui ne sont pas individualisées et ne répondent que partiellement aux ressources/besoins des usagers, le concept institutionnel étant linéaire et non modulable.

Les activités ont parfois un caractère obligatoire, le lien avec le projet individuel n'est pas établi.



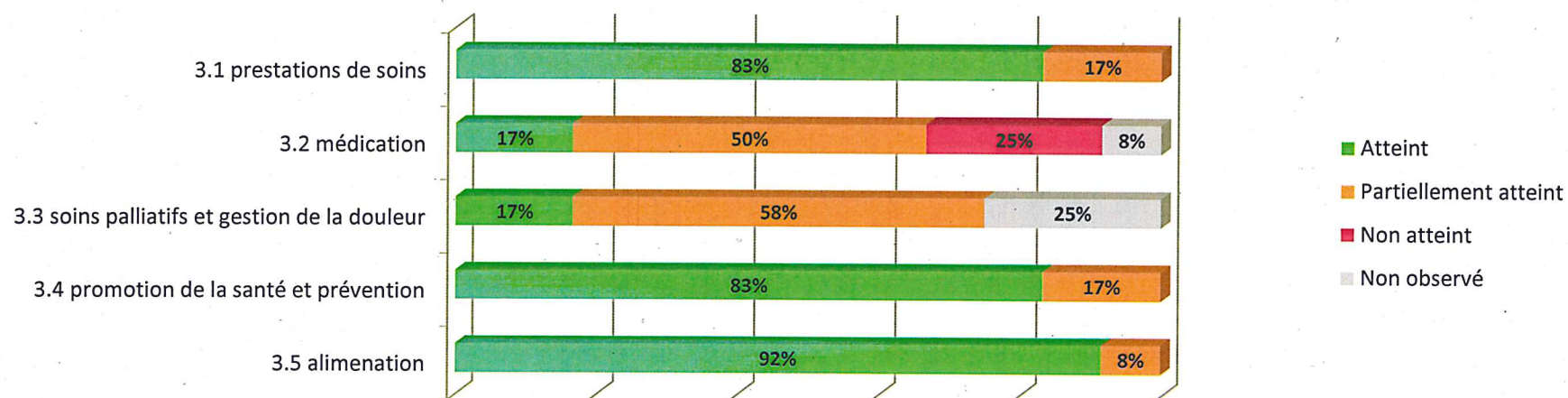
Résultats et commentaires détaillés

Norme 3 : « La sécurité et l'accès à des soins de qualité sont assurés »

+ Les usager-ères sont suivis sur le plan somatique, psychique et en addictologie. Il-elle-s sont adressé-es à des médecins spécialistes quand leur santé le nécessite. La plupart des établissements s'adjoignent les services d'un-e diététicien-ne et les équipes sont interdisciplinaires. Les aspects de **promotion de la santé** sont intégrés aux prestations fournies ou travaillés avec des intervenants extérieurs.

- Les critères « **soins palliatifs** » et « **médication** » ont une grande marge de progression relative à cette norme et pour l'ensemble de la grille. Pour certains établissements, qui accueillent des jeunes, la dimension palliative s'applique rarement, les usager-ère-s présentant peu ce type de problématique. Dans les situations le nécessitant, les outils pour l'évaluation de la douleur sont peu utilisés, l'évaluation des effets des réserves médicamenteuses n'est pas systématiquement relevée.

La gestion de la médication présente deux critères non-atteints et 6 critères partiellement atteints : les médicaments (boîtes et/ou semainiers) ne sont pas sécurisés, la comptabilité des stupéfiants est peu effective et des erreurs ont été constatées entre les traitements prescrits et les traitements donnés.



Résultats et commentaires détaillés

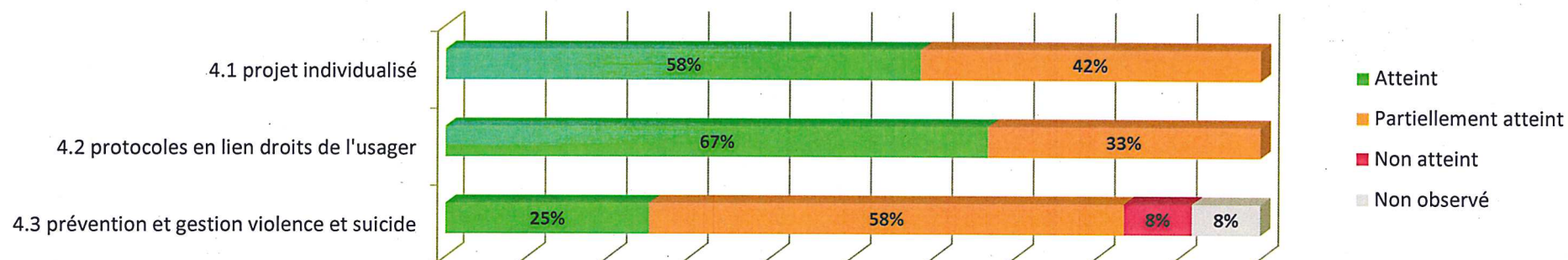
Norme 4 : « Des lignes directrices et des concepts sont définis et appliqués. Le dossier retrace la réalisation et l'évaluation du projet individualisé »

+ La traçabilité est essentielle au suivi de l'accompagnement des usager-ère-s et de leurs projets. Pour l'ensemble de ces 3 critères, le pourcentage d'atteints est de 50%.

Lorsque des cadres socio- éducatifs ou-thérapeutiques sont élaborés, ils sont documentés et réévalués périodiquement.

- En matière de traçabilité, la grande majorité des établissements présente une atteinte partielle des critères. Les projets individualisés doivent encore être améliorés, les moyens de mise œuvre sont à préciser. Il n'est pas aisé de suivre l'évolution de l'usager-ère lors de son parcours institutionnel

Les procédures et les outils institutionnels pour prévenir, identifier ou gérer des risques de violence ou/et de suicide sont peu élaborés. Certaines situations à risques méritent une analyse plus pointue.

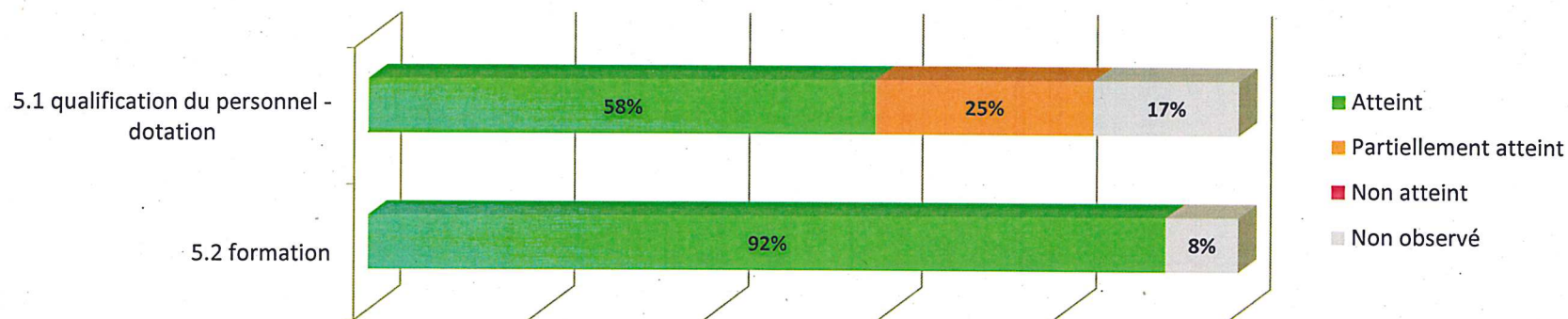


Résultats et commentaires détaillés

Norme 5 : « Les prestations sont délivrées par du personnel ayant les compétences requises »

+ Les collaborateurs travaillant en semaine sont souvent diplômé-e-s de hautes écoles sociales, certain-e-s suivent des formations post-grade (CAS en addictions). Les directions d'établissements favorisent l'accès à diverses formations données à l'interne ou par des organismes externes, à des supervisions et des interventions ; les colloques sont réguliers. L'axe formation présente un fort pourcentage de critères atteints.

- L'organisation interne de chaque structure présente des différences notables : des équipes formées HES en semaine et non-formées ou MSP le week-end. Parfois, il n'y a pas de présence éducative en fin de semaine, mais des systèmes de piquets sont mis en place. A quelques reprises, le critère en lien avec la dotation n'a pas pu être vérifié, les inspecteur-trice-s n'ayant pas pu obtenir les informations nécessaires.

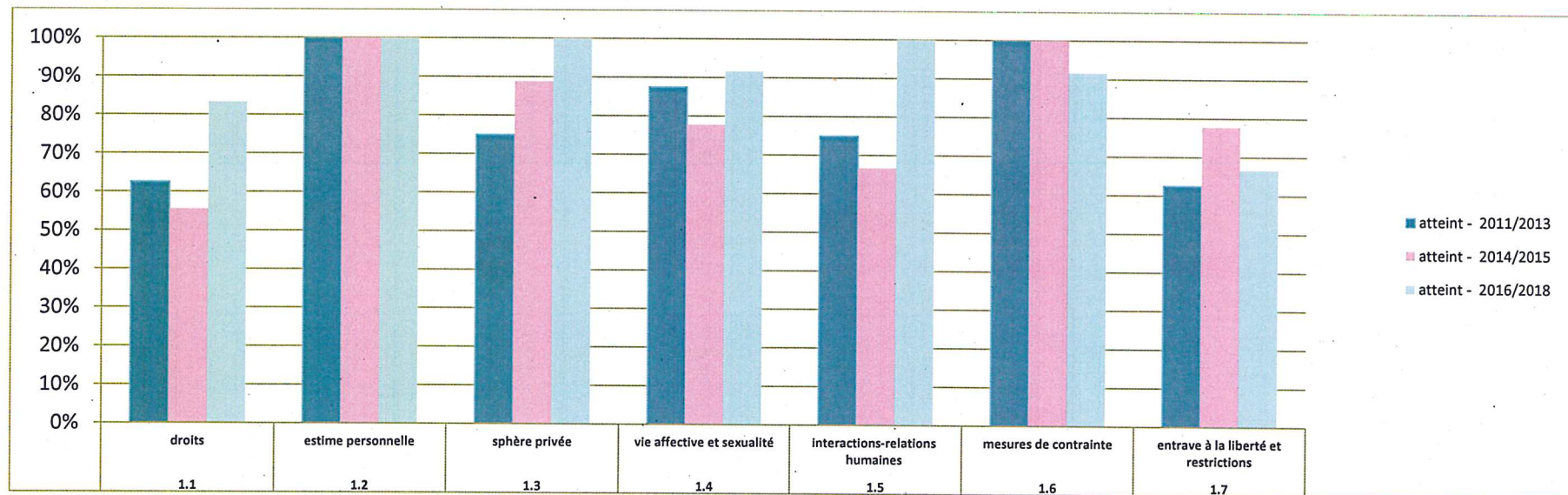


Résultats Inspections 2011-2018

Norme 1 : « Droits et dignité » 2011-2013(N8), 2014-2015 (N9), 2016-2018 (N12)

Pour cette première norme en lien avec les droits, la grille utilisée dès 2016 avec les nouvelles modalités d'inspection diffère très légèrement de celle utilisée dès 2011. Le critère 1.5 **interactions** présente quelques disparités entre les deux grilles utilisées, dès lors il n'est pas sujet à commentaires.

- Les résultats obtenus sur les 3 tours d'inspection indiquent une bonne tenue générale des critères investigués. En comparant les résultats obtenus du premier tour (2011-2013) avec ceux du dernier tour (2016-2018) une amélioration est affichée, la moyenne du pourcentage d'atteinte des 7 critères passe de 81 % à 91%.
- Le critère **droits** présente une nette amélioration, les concepts intègrent de plus en plus l'autodétermination.
- Le critère **sphère privée** affiche une belle progression, les usager-ère-s disposent dorénavant de la clé de leur chambre, et les fouilles sont réalisées dans les normes attendues.
- Les critères **vie affective et sexualité** montrent une légère progression.
- Les **restrictions individuelles** constituent l'élément présentant le plus haut potentiel d'amélioration.



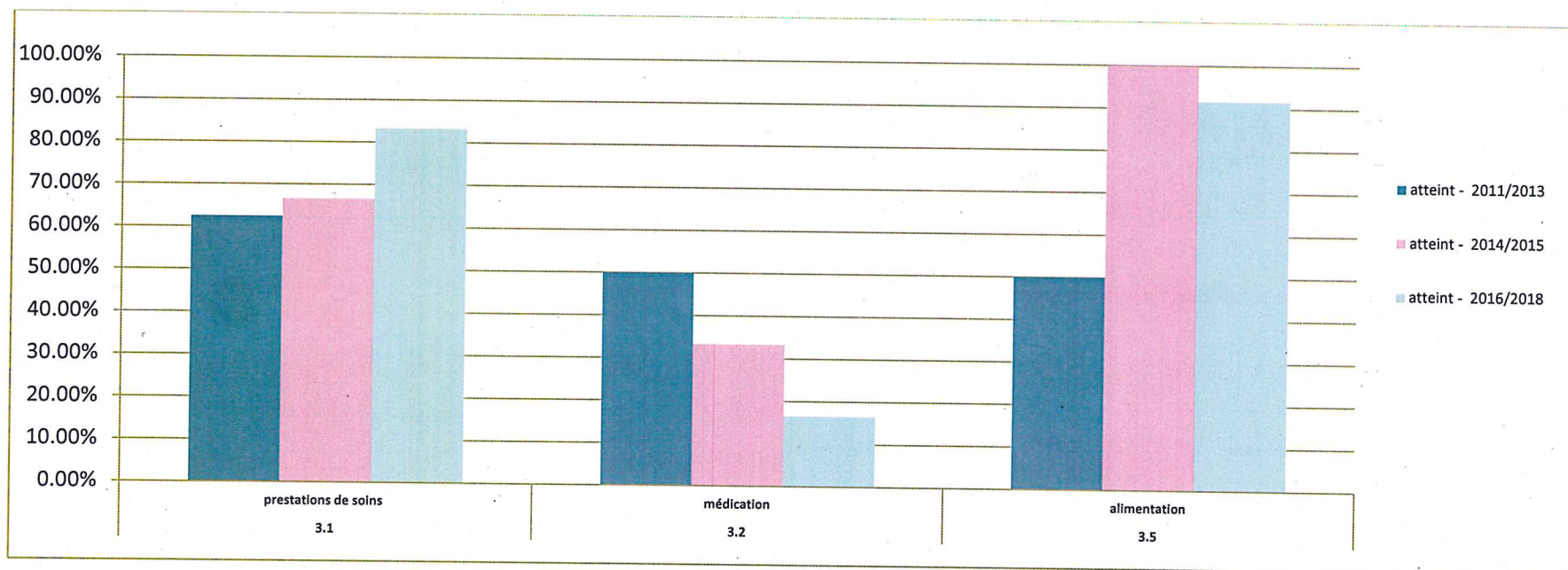
Résultats Inspections 2011-2018

Norme 3 : « Soins et médication » 2011-2013(N8), 2014-2015 (N9), 2016-2018 (N12)

Dans ce tableau, deux critères ne figurent pas : **soins palliatifs et gestion de la douleur (3.3)** et **promotion de la santé et prévention (3.4)**. Les années précédentes, le critère 3.3 était peu applicable aux situations observées car il a souvent été évalué comme « non observé/non applicable. Le critère (3.4) a été introduit dans la dernière version de la grille d'inspection, la comparaison n'est donc pas possible avec les années précédentes.

Les résultats de cette norme montrent trois éléments intéressants sur la période sous revue :

- La bonne tenue du critère « **alimentation** », avec 92 % d'atteinte sur ces deux dernières années
- Au cours de ces 5 dernières années, le critère « **suivi médical** » (3.1) progresse, on passe de 62 à 83% d'atteinte
- Les faibles scores du critère « **médication** » s'intensifient sur les 3 tours d'inspection, avec une forte diminution pour ces deux dernières années : seulement 33% d'atteint.



Etablissements socio-éducatifs des addictions et des grandes difficultés sociales (N=8)

Fondation Bartimée / Grandson

Fondation Estérelle-Arcadie / Vevey et Yverdon-les-Bains

Fondation La Clairière / Chamby et Fenil

Fondation L'Epi / Ménières

Fondation du Levant / Lausanne

Fondation Le Relais / Morges

Fondation Les Oliviers / Le Mont-sur Lausanne

Association Bethraïm / Cugy

Conclusion

Ce bilan présente les résultats des inspections réalisées entre 2016 et 2018 dans le cadre du 1^{er} tour utilisant une nouvelle grille ainsi qu'une nouvelle méthodologie pour ce domaine.

Les résultats illustrent la bonne qualité globale des prestations offertes par les ESE de ce secteur, en particulier celles liées au respect des « droits et dignité » des personnes accueillies. D'autres critères présentent une évolution notable du degré d'atteinte, notamment celui concernant la sphère privée.

L'analyse des résultats démontre qu'il existe encore une marge d'amélioration importante par rapport à quelques critères comme :

- La mise en place d'outils permettant l'identification des risques de violence et des risques suicidaires
- La préparation et la distribution de la médication
- Les restrictions individuelles.

Nous relevons la qualité de l'accueil généralement réservé aux inspecteur-trice-s CIVESS par les directions des établissements et les collaborateur-trice-s. Ils ont également apprécié la nouvelle méthodologie, notamment en ce qui concerne la possibilité de pouvoir recevoir la restitution et le rapport d'inspection le jour même.

Les discussions autour des constats effectués à l'occasion des inspections constituent un important instrument pour garantir une amélioration constante des prestations ainsi que le respect des droits et de la dignité des résident-e-s.



Frédéric Jaunin

Chef CIVESS ad intérim