



CIVESS

Bilan d'activité 2017-2020

Hôpitaux de psychiatrie adulte

Hôpitaux de psychiatrie de l'âge avancé

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

AVQ : Activité de la Vie Quotidienne

CDSAS : Chef-fe du Département de la Santé et de l'Action Sociale

CSI : Chambre de soins intensifs

CPNVD : Centre de psychiatrie du Nord Vaudois

DSAS : Département de la Santé et de l'Action Sociale

DSI : Dossier de soins informatisé

HPA : Hôpital de Psychiatrie adulte

HPAA : Hôpital de Psychiatrie de l'Âge Avancé

PAA : Psychiatrie de l'âge avancé

PCC : Plan de crise conjoint

SAS : Service d'Accréditation Suisse

SG : Secrétariat général

SCPD : Symptômes Comportementaux Psychologiques de la Démence

TSA : Trouble du spectre de l'autisme

UDR : Urgence dangerosité risque suicidaire

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 usager-e-s soient respectés.

L'organisation cantonale en matière de soins en psychiatrie est divisée en quatre secteurs, le Nord, le Centre, l'Ouest et l'Est. Les établissements concernés sont le Département de Psychiatrie du CHUV (Cery, CPNVD, Prangins) et, la Fondation de Nant. A cette organisation s'ajoute la clinique La Métairie.

Entre les mois de décembre 2017 et de janvier 2020, le CIVESS a procédé au troisième tour des inspections de l'ensemble des hôpitaux de psychiatrie adulte (360 lits) et de psychiatrie de l'âge avancé (102 lits) du canton. Ce bilan présente l'analyse des résultats du troisième tour sur la base des constats des inspections menées dans chacun des cinq établissements et pour chacune des missions.

Les unités de mesure choisies pour les tableaux présentés sont différentes pour l'HPA (en %) et l'HPAA (en nombre), sachant que 10 inspections ont été faites en HPA contre seulement 4 en HPAA.

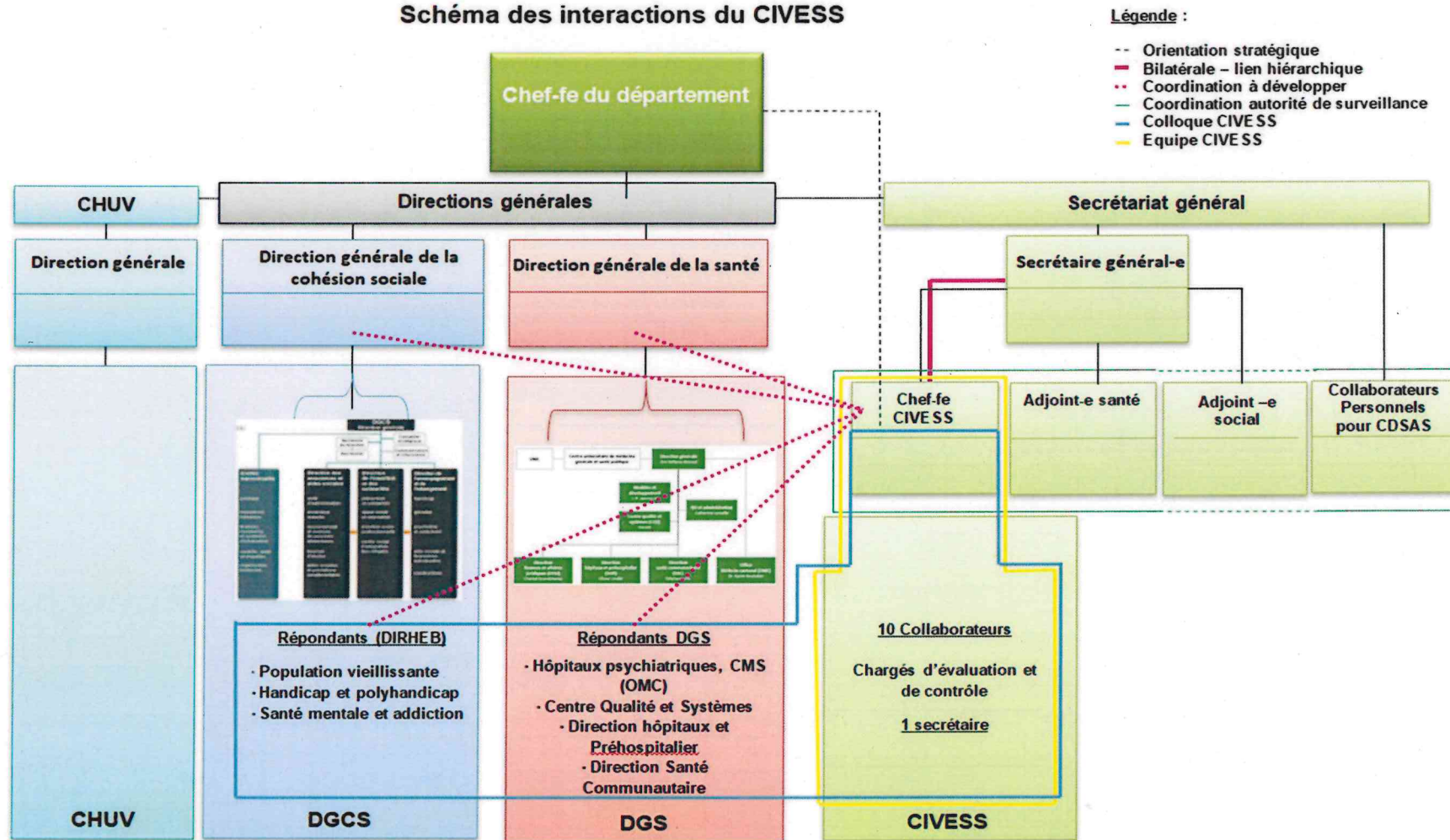
Table des matières

Structure et organisation	page	5
Méthode	page	6
Réseau d'hébergement	page	7
L'outil d'inspection et ses normes	page	8
Niveau de conformité	page	9
Résultats par critères HPA	page	10
Résultats par normes HPA		
Norme 1 Droits/Dignité/Intimité	page	11
Norme 2 Sécurité/Soins de qualité	page	12
Norme 3 Accompagnement/Communication	page	13
Norme 4 Traçabilité/Dossier individuel	page	14
Norme 5 Formation du personnel	page	15
Analyse comparative des deux derniers tours	page	16
Résultats par critères HPAA	page	18
Résultats par normes HPAA		
Norme 1 Droits/Dignité/Intimité	page	19
Norme 2 Sécurité/Soins de qualité	page	20
Norme 3 Accompagnement/Communication	page	21
Norme 4 Traçabilité/Dossier individuel	page	22
Norme 5 Formation du personnel	page	23
Résultat des critères 1.5 ,2.5, 4.6	page	24
Analyse comparative des deux derniers tours	page	25
Conclusion	page	27

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. La Cheffe du DSAS (CDSAS) donne les grandes orientations du contrôle et valide les objectifs stratégiques.

Schéma des interactions du CIVESS



Méthode

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 à la sécurité et à la dignité des résident-e-s, usager-ère-s, patient-e-s.

A la fin de chaque inspection, l'établissement reçoit un rapport qui indique son niveau de conformité ou de non-conformité au standard cantonal. Un suivi du CIVESS est mis en place pour les établissements non conformes ou pour des 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-grades.

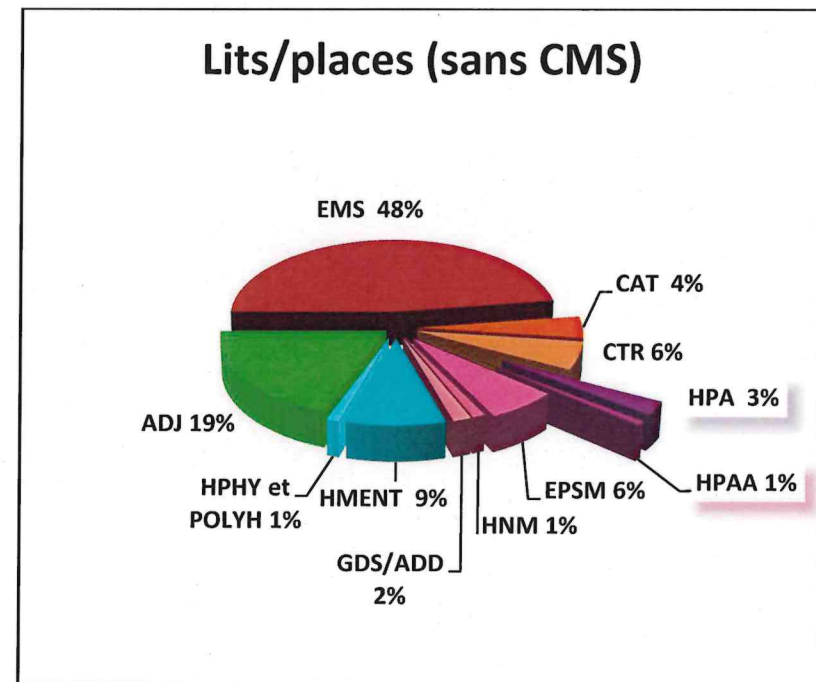
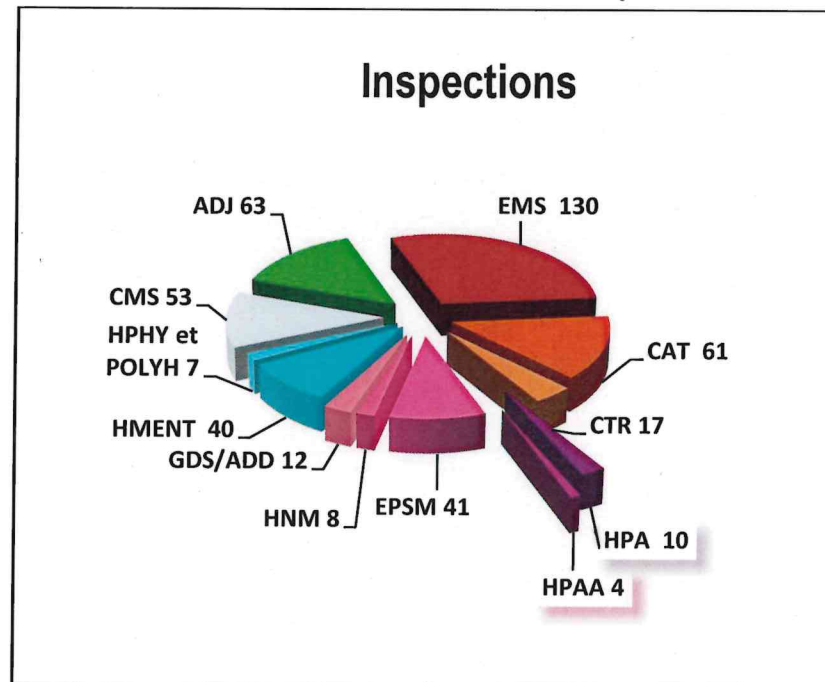
Pour garantir l'indépendance, la neutralité et le professionnalisme de ses interventions, le CIVESS est engagé dans une démarche qualité. Il a obtenu sa première accréditation en 2002, renouvelée à plusieurs reprises par le Service d'accréditation suisse (SAS) selon la norme ISO/CEI 17020. En 2018, l'accréditation 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.

Un nouveau découpage des inspections pour les HPA avec 10 inspections menées contre seulement 4 au tour précédent a permis au CIVESS d'être plus présent dans la majorité des hôpitaux. La clinique La Métairie, Les Roseaux à Cery et (l'unité) Jaman à la Fondation de Nant ont été ajoutés au périmètre des inspections des Hôpitaux de psychiatrie aiguë.

Réseau d'hébergement

Le canton de Vaud est composé de structures sanitaires et sociales qui disposent d'une autorisation d'exploiter du DSAS.

Fin 2019, l'hôpital de Prangins a diminué sa capacité d'accueil de 10 lits en fermant son unité privée. Le nouvel hôpital de Cery n'est pas encore habilité.



L'outil d'inspection et ses normes

L'outil d'évaluation est constitué de 5 normes et de 18 critères pour les hôpitaux de psychiatrie adulte, de 21 critères pour les hôpitaux de psychiatrie de l'âge avancé. Pour chaque critère, une liste non exhaustive d'indicateurs est mentionnée sur l'outil. Les normes sont les suivantes :

Norme 1 - Les droits des patients, la dignité et l'intimité sont préservés

Des éléments essentiels comme le respect des droits du patient, le maintien de l'estime de soi, le respect de la sphère privée, la préservation de l'intimité et l'organisation des repas font partie de cette norme.

Un critère permet d'évaluer l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne.*

Norme 2 - La sécurité et l'accès à des soins de qualité sont assurés

Certains moyens visant la sécurité du patient sont présents dans cette norme : les mesures liées à la sécurité, les mesures de prévention et de promotion de la santé, la conformité de la gestion des médicaments et l'accessibilité à des soins somatiques.

L'adaptation au rythme du patient est un critère pris en considération.*

Norme 3 - L'accompagnement est adapté, une communication respectueuse est favorisée

La manière dont le personnel s'adresse au patient, le maintien des relations avec l'extérieur et les activités à visée thérapeutique et/ou socioculturelle sont les points qui permettent de vérifier la conformité de cette norme.

Norme 4 - Le dossier retrace la réalisation et l'évaluation du projet thérapeutique. Des protocoles sont définis et appliqués

Cette norme est complémentaire aux trois premières dans le sens où elle permet de vérifier la traçabilité des observations faites lors de l'inspection. Certains aspects de l'accompagnement sont plus particulièrement recherchés dans les dossiers: le projet thérapeutique, les mesures de contrainte, l'argumentation des restrictions individuelles, des contrats et cadres thérapeutiques, l'établissement et l'application des protocoles de prévention et de gestion du risque suicidaire. Cette norme vérifie aussi l'établissement d'une collaboration avec les réseaux de soins et de soutien.

Les approches thérapeutiques en lien avec les Symptômes Comportementaux Psychologiques de la Démence (SCPD) sont recherchées.*

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

L'encadrement des collaborateurs ainsi que la politique de formation sont évalués sous cette rubrique.

*Critères spécifiques à la psychiatrie de l'âge avancé.

Niveau 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'hôpital.

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 et indiquant des pistes d'amélioration est remis à la direction de l'hôpital. 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:

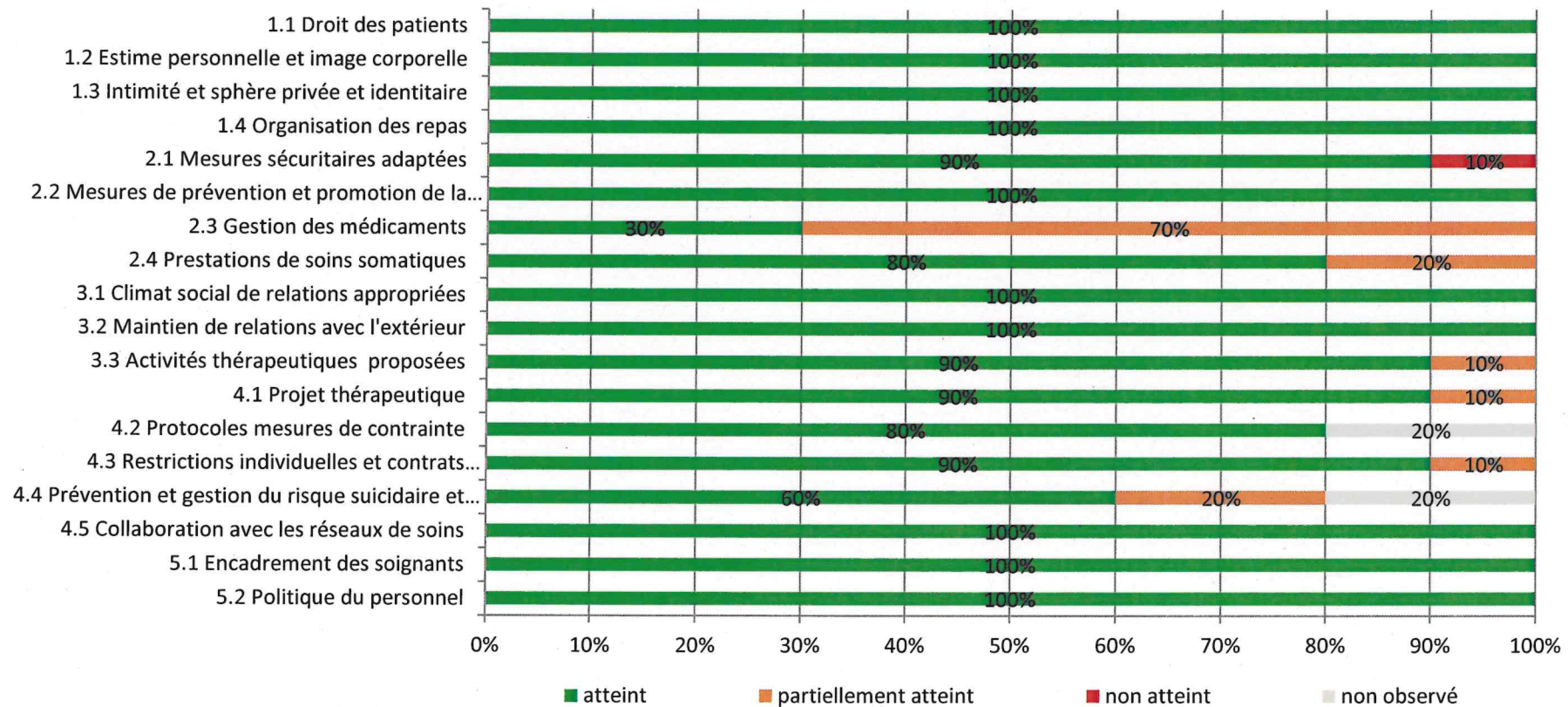
Non conforme « rouge » : ceux qui ne respectent pas le standard cantonal (dès 20% de critères non-atteints) et ceux pour qui le critère 4.2 est non-atteint (concerne les protocoles des mesures de contrainte).

Pour ces établissements hospitaliers, 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. Le service de tutelle des hôpitaux peut également porter le suivi, en fonction de la situation.

Résultats par critères pour les hôpitaux de la psychiatrie adulte du troisième tour.

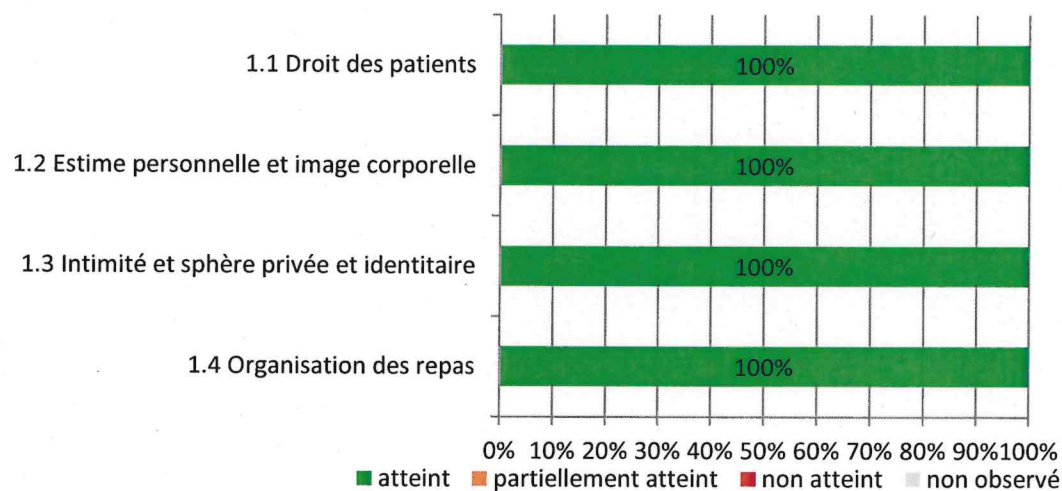
Pour une meilleure lisibilité des tableaux, les résultats sont exprimés en pourcentage sachant que sur les 5 hôpitaux, 10 inspections ont été réalisées.

90% des inspections ont un résultat conforme vert et 10% un résultat conforme orange.



Résultats du troisième tour par norme

Norme 1 - Droits, dignité et intimité



Une présence soignante n'est pas systématiquement assurée durant les repas pour permettre d'apporter un accompagnement et des observations cliniques continues. Des salles de soins sont régulièrement transformées en chambre destinées à accueillir des patient-e-s surnuméraires et faire face à l'augmentation des demandes d'hospitalisations. Certaines d'entre elles sont dépourvues d'armoires, de rideaux ou de fenêtres.

Deux CSI ne disposent pas de WC. Dans un hôpital, les rideaux de séparation ont été retirés pour des raisons de sécurité. Ils seront prochainement remplacés par un système plus adapté.



Le droit des patient-e-s, l'estime personnelle et l'intimité sont respectées.

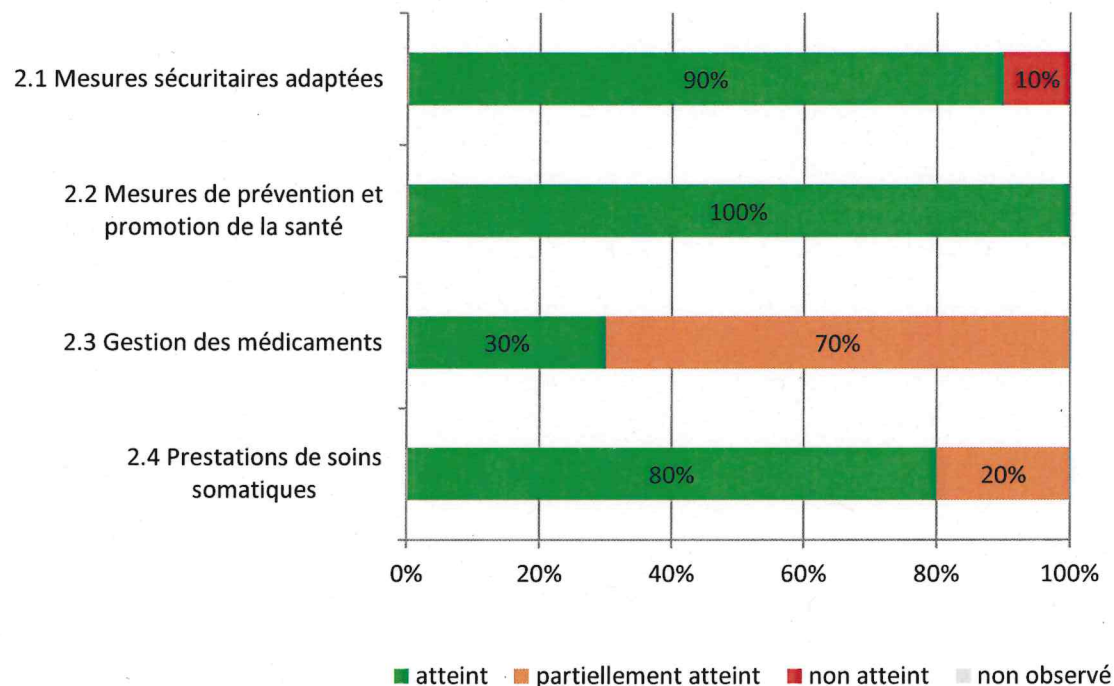
Les patient-e-s sont bien informé-e-s des conditions et de l'organisation du séjour.

De plus en plus de patient-e-s bénéficient de PCC dans leur projet thérapeutique.

Les patient-e-s connaissent leur diagnostic, maladie et traitement. Ils bénéficient d'entretiens médico-infirmiers réguliers. La confidentialité est respectée.

Quelques CSI ont été refaites et rénovées pour répondre aux standards en vigueur (sécurité, confort...).

Norme 2 - Sécurité, accès à des soins de qualité



Le personnel et les patient-e-s se sentent en sécurité ; les moyens mis en place répondent à ces besoins (présence d'agents de sécurité, moyen électronique d'alarme, fonctionnement veilleur-euse et co-veilleur-euse durant la nuit, etc.).

Un suivi nutritionnel est proposé dans les situations à risque.

Des mesures de prévention et de promotion de la santé sont proposées. Elles répondent aux besoins, préviennent les risques et peuvent être individualisées.

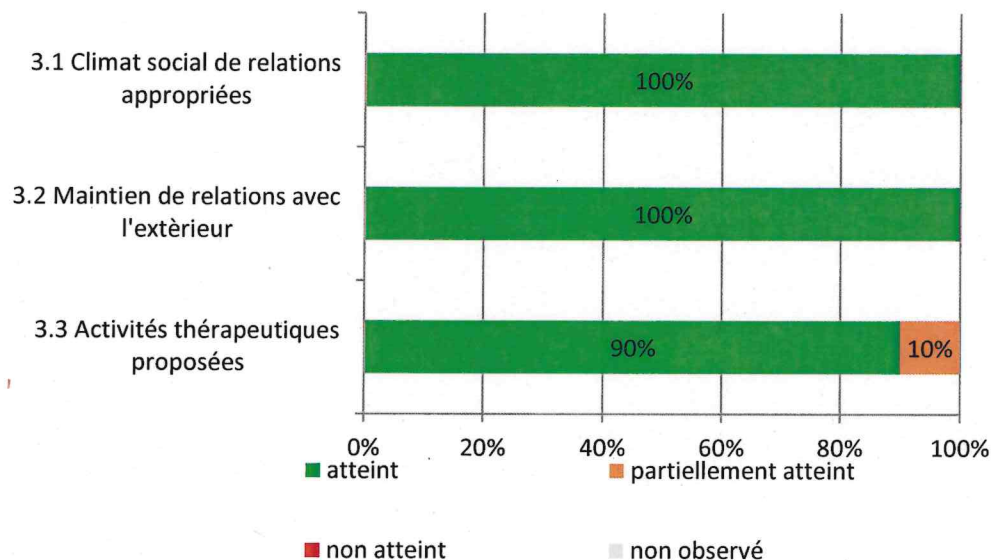
La distribution des médicaments est sécurisée, individualisée et correspond aux bonnes pratiques.

La présence d'un médecin somaticien est le plus souvent effective une fois par semaine dans les services.



Les fenêtres d'une unité ne sont pas sécurisées de manière à prévenir le risque de défenestration. Deux unités n'ont plus de médecin somaticien mais ont le projet d'en trouver un dès que possible. Pour 7 unités, les lieux de stockage des médicaments sont encore insuffisamment sécurisés (armoires laissées ouvertes, local de stockage accessible aux personnes non-autorisées, etc.).

Norme 3 - Communication, vie sociale

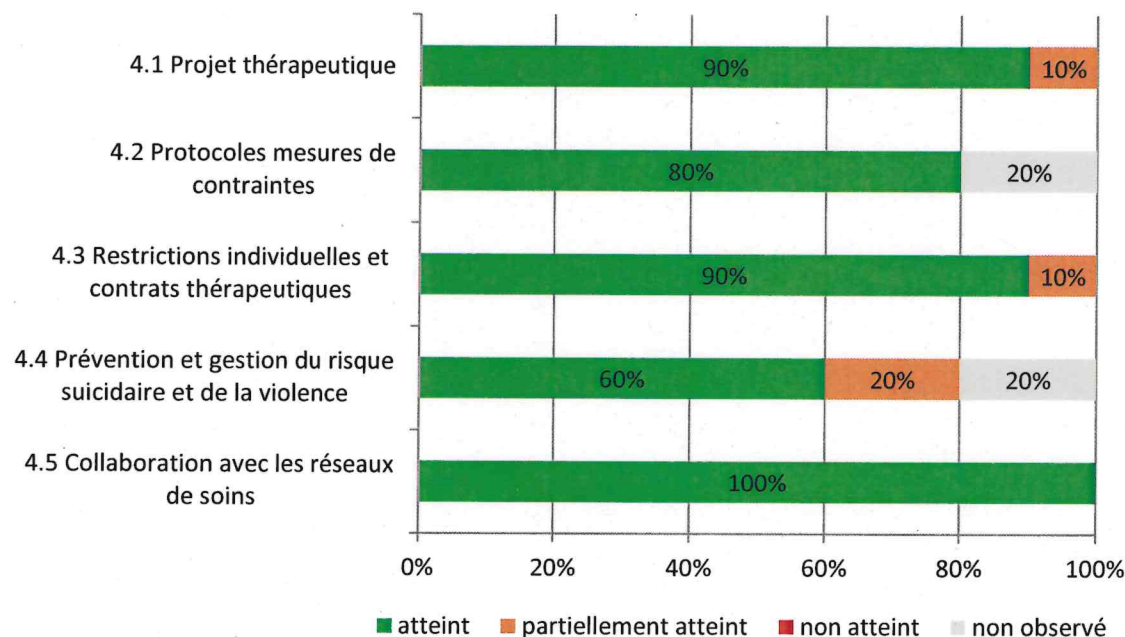


La prise en charge thérapeutique tient compte du maintien des relations du patient avec l'extérieur. Une recherche systématique du lien avec les proches est investiguée par les soignants. Les patient-e-s ont accès à des activités à visée thérapeutique et bénéficient d'un programme de soins dès le début de l'hospitalisation.



Pour un établissement, les prescriptions à visée thérapeutique sont parfois difficiles à honorer par les équipes présentes. Certaines unités peuvent être temporairement fermées pour raison de sécurité. Les patient-e-s sont dépendant-e-s de la disponibilité du personnel pour sortir de l'unité. Cela génère un temps d'attente plus ou moins variable.

Norme 4 Dossier individuel



De manière générale, les informations du dossier de soins manquent de structuration et de centralisation. Pour remédier à ce problème, des établissements se sont dotés de documents ad hoc (feuille de route, tableau visuel récapitulatif, projet thérapeutique, etc.).

Le suivi du risque suicidaire par les équipes soignantes présente une marge d'amélioration significative. Il en est de même pour le potentiel de violence et son évaluation. Les cadres thérapeutiques doivent être documentés et évalués régulièrement.



Le projet thérapeutique, les plans de traitements, les notes de suite et le suivi pluridisciplinaire sont documentés dès le début de l'hospitalisation et évoluent avec le patient. Les diagnostics infirmiers sont de plus en plus présents dans le DSI.

Les recours aux CSI sont faits conformément au cadre légal. Les mesures alternatives sont davantage valorisées. Des établissements disposent de systèmes électroniques de passage en chambre pour améliorer la traçabilité.

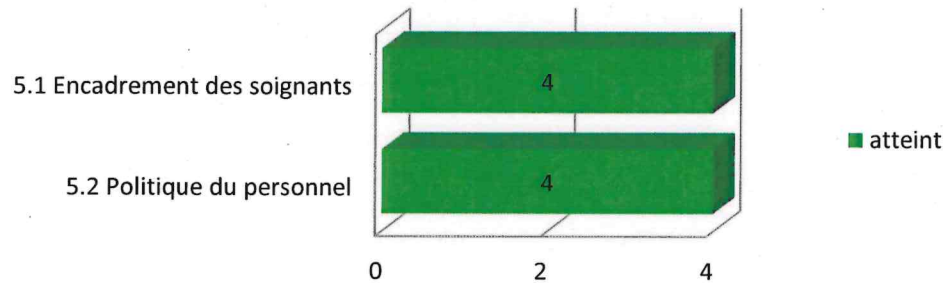
Certains hôpitaux de psychiatrie ont mis en place un système d'écoute musicale en CSI afin de favoriser l'apaisement des patient-e-s.

L'évaluation initiale du risque suicidaire est en général documentée.

Le 20% non observé du 4.2 est en lien avec l'absence de CSI dans deux unités.

La collaboration avec les réseaux de soins est effective et représente un maillon essentiel du projet thérapeutique et de préparation au suivi post-hospitalier.

Norme 5 Formation du personnel



Les directions médicales et de soins sont soucieuses de proposer des ressources en termes de supervisions, de formations, de soutien individuel et collectif aux équipes médico-infirmières.

La présence de la solidarité inter-unités permet de mieux gérer les situations critiques.

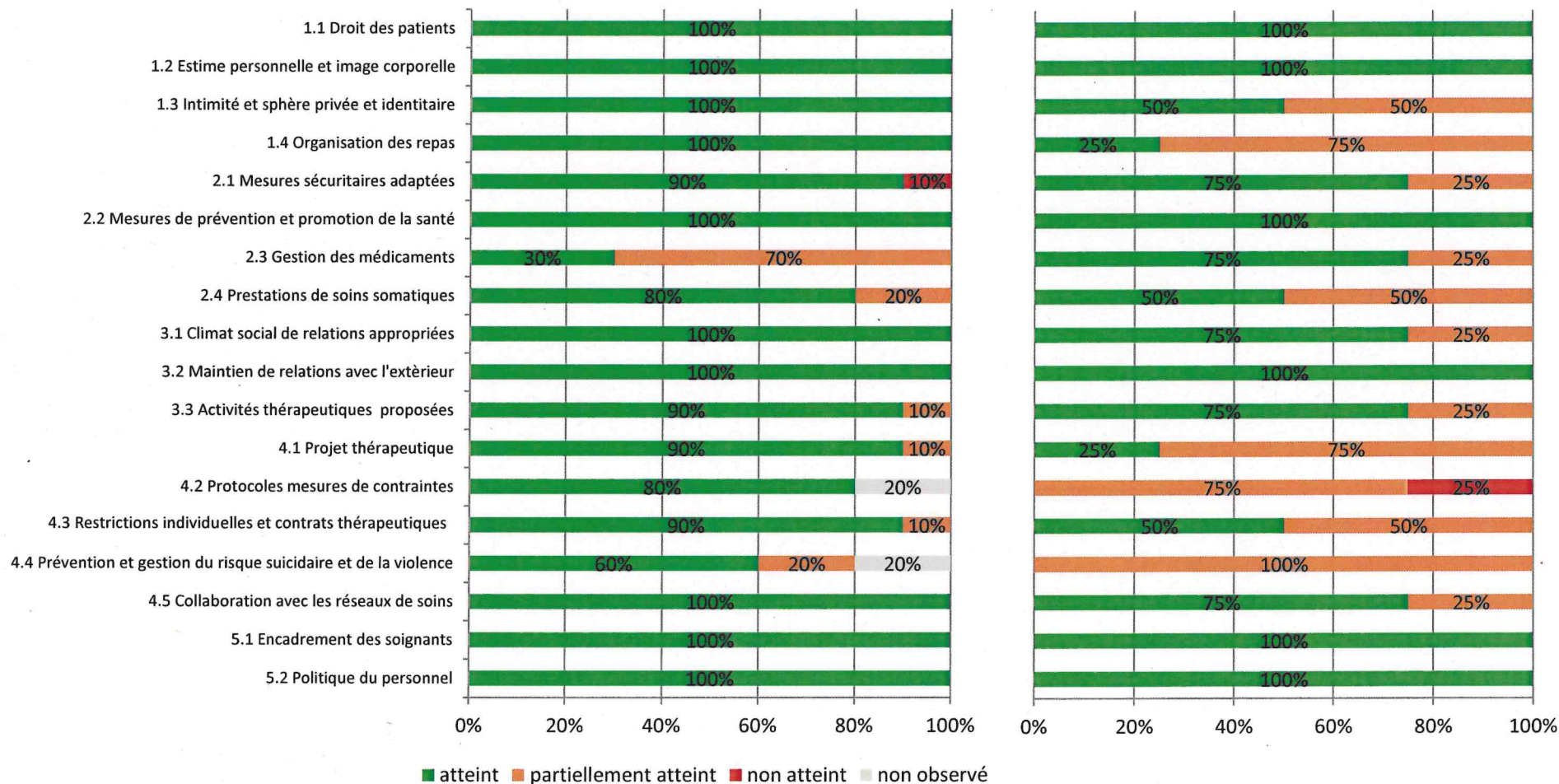


Les compétences dans la prise en soins des patient-e-s avec handicap mental et/ou trouble du spectre de l'autisme (TSA) doivent être développées.

Analyse comparative des deux derniers tours

Tour 2017-2020

Tour 2016-2017



Résultats des inspections en hôpitaux psychiatriques 2017-2020



Nous constatons que 89% des critères sont atteints contre 65% au tour précédent. Cette progression tient compte d'un nombre plus élevé d'inspections dans ce tour.

L'amélioration de la traçabilité est à signaler pour tout ce qui concerne le projet thérapeutique (suivi pluridisciplinaire, intégration du diagnostic infirmier, etc.) et les prises en soins en CSI (suivi des protocoles, audit interne de suivi, système électronique de traçabilité des passages en CSI).

La prévention et la gestion du risque suicidaire montrent aussi une évolution importante : ce critère est atteint dans 60% des établissements.

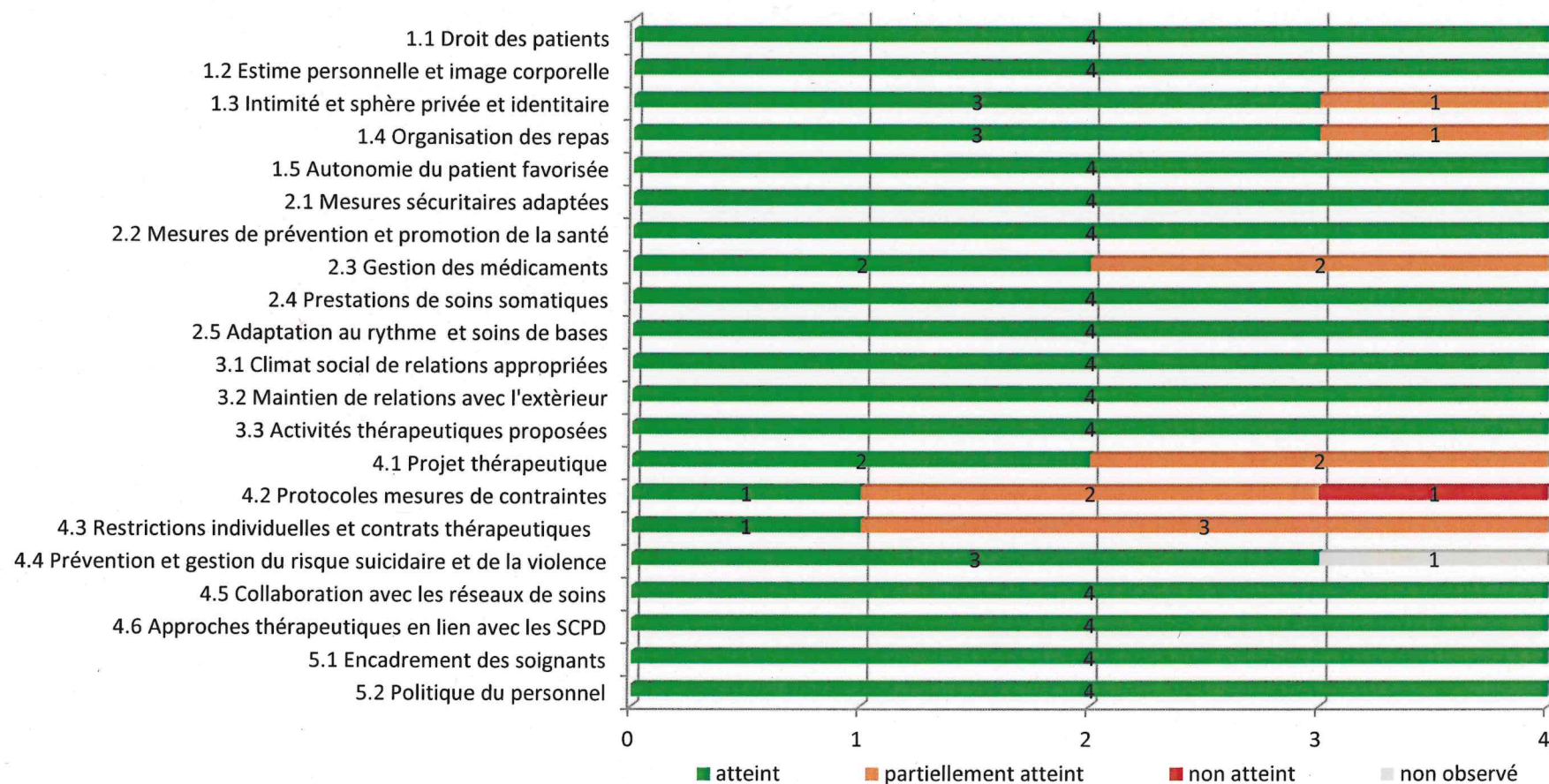


Ce tour a montré que la vigilance reste de mise sur la gestion des médicaments : les résultats se sont pratiquement inversés par rapport au tour précédent. Seulement 30% des établissements ont atteint ce critère.

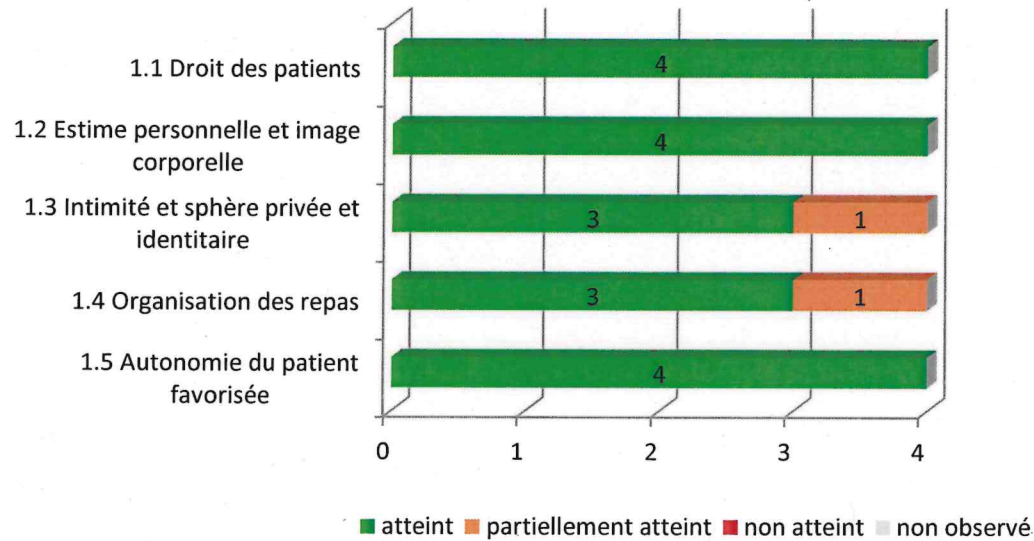
Les fenêtres d'une unité ne sont pas sécurisées de manière à prévenir le risque de défenestration. L'établissement concerné a d'ores et déjà entamé une réflexion pour limiter ce risque.

Résultats par critères pour les hôpitaux psychiatriques de l'âge avancé du troisième tour soit 4 établissements et 102 lits

Pour une meilleure lisibilité, les résultats des graphiques sont exprimés en nombres car le tour des inspections en PAA comporte seulement 4 inspections. Trois établissements ont obtenu un rapport conforme vert et un établissement un rapport non-conforme « mesures de contrainte ».



Norme 1 Droits, dignité et intimité



Les patient-e-s ont accès aux informations liées à leurs droits, leurs projets thérapeutiques et leurs traitements. Les directives anticipées sont recherchées.

L'autonomie est encouragée en lien avec les AVQ (accompagnement, ergothérapie, mobilisations régulières).

Durant les repas, les patient-e-s sont accompagnés selon leurs besoins. Les régimes et les aversions sont notés et respectés.

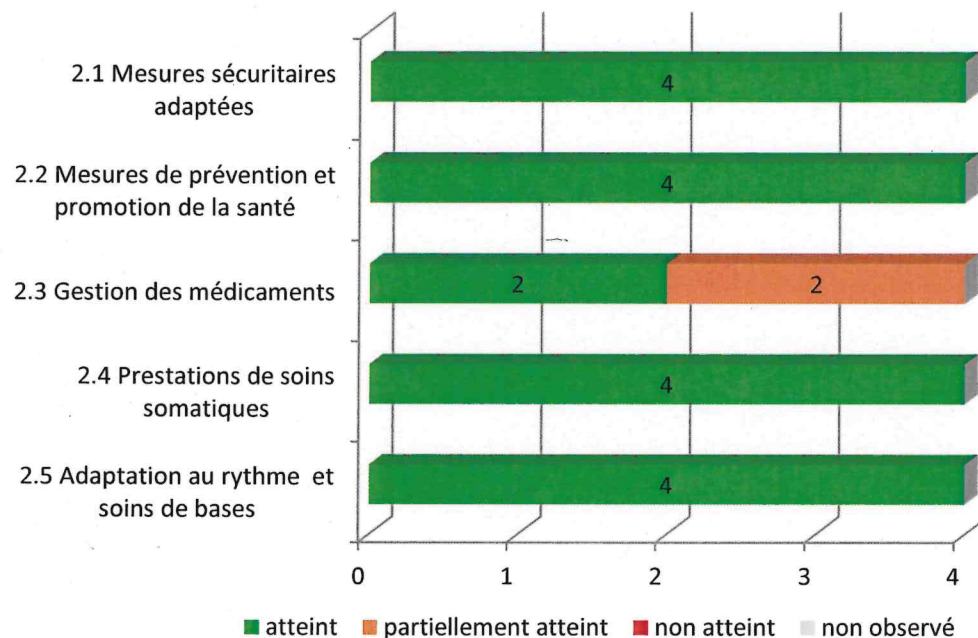
Dans l'ensemble l'apparence des patient-e-s est préservée.



Les repas ne sont pas toujours adaptés aux besoins des patient-e-s en lien avec l'inappétence (portion trop importante générant du découragement). Le service sur plateau n'est pas séquentiel. L'accompagnement peut être discontinu.

Les patient-e-s ne peuvent pas toujours conserver leurs habitudes alimentaires (manger-main).

Norme 2 Sécurité, accès à des soins de qualité



Les lieux de stockage des médicaments ne sont pas systématiquement sécurisés.

La traçabilité de l'effet des réserves médicamenteuses comporte une marge d'amélioration.



Les mesures sécuritaires permettent au personnel et aux patient-e-s de se sentir en sécurité dans les services (qualité de l'accompagnement, intervention rapide des soignant-e-s sur appel, présence d'agents de sécurité sur appel, environnement sécurisé).

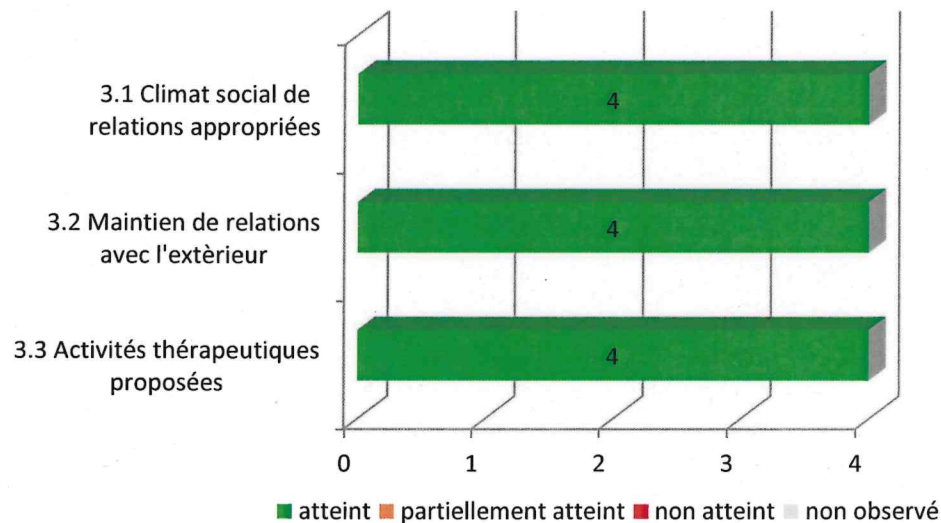
Des mesures de prévention adaptées aux risques PAA sont mises en place, par exemple le risque de chute, les risques cutanés, les risques liés à la dénutrition et à l'alitement prolongé.

Les 4 hôpitaux disposent de la présence régulière d'un médecin somaticien dans leur service.

L'environnement peut être adapté en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire (abaissement du lit, tapis alarme, adaptation de la sonnette au besoin du patient, etc.).

Dans la mesure du possible le rythme de l'accompagnement est adapté aux patient-e-s : lever progressif, déjeuner échelonné etc.

Norme 3 Communication, vie sociale



L'offre socioculturelle devrait mieux répondre aux besoins des patient-e-s qui effectuent une hospitalisation de longue durée (patient-e-s déclassé-e-s en lit C).

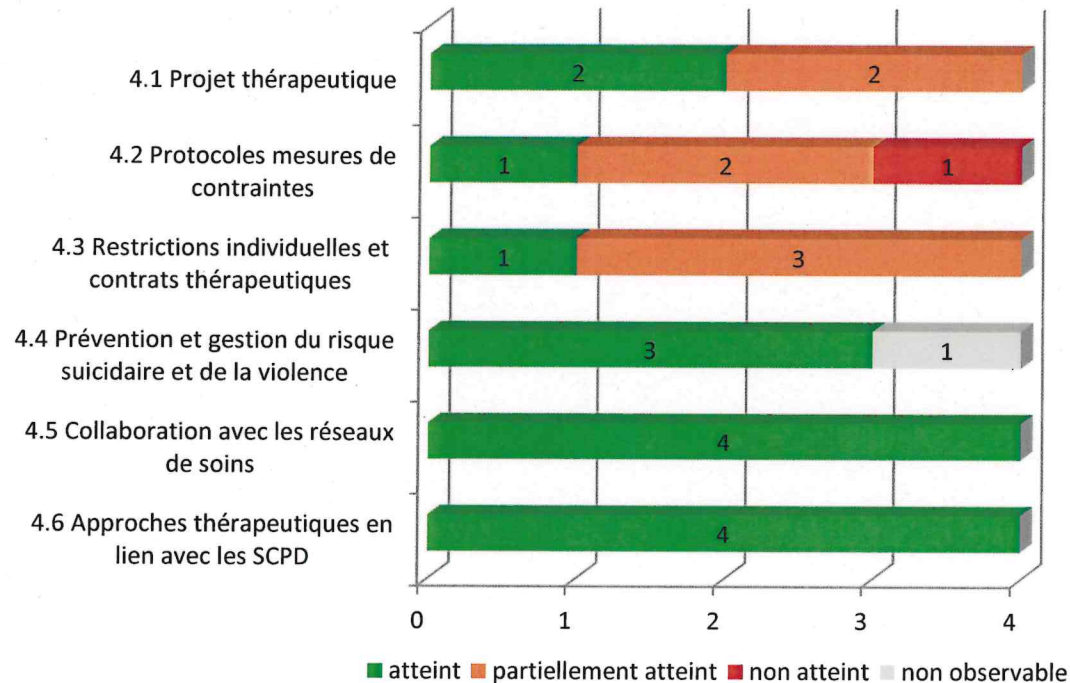


Les interactions observées sont respectueuses et bienveillantes. La communication est empreinte d'écoute et d'empathie. Les informations sont adaptées aux besoins des patient-e-s (anticipation, organisation du séjour).

Le maintien des relations avec l'extérieur et avec les proches est une préoccupation des équipes soignantes.

De manière générale, il existe une grande diversité dans l'offre des activités à visée thérapeutique. Elles participent aussi à l'évaluation et à la préparation des patient-e-s au retour à leur domicile.

Norme 4 Dossier individuel



Les informations dans le suivi des objectifs et du projet thérapeutique manquent de structuration.

Les cadres thérapeutiques et les restrictions individuelles doivent être systématiquement documentés et réévalués.

Les protocoles de mesures de contrainte doivent correspondre aux exigences légales (but de la mesure, mesures alternatives, évaluation, etc.).

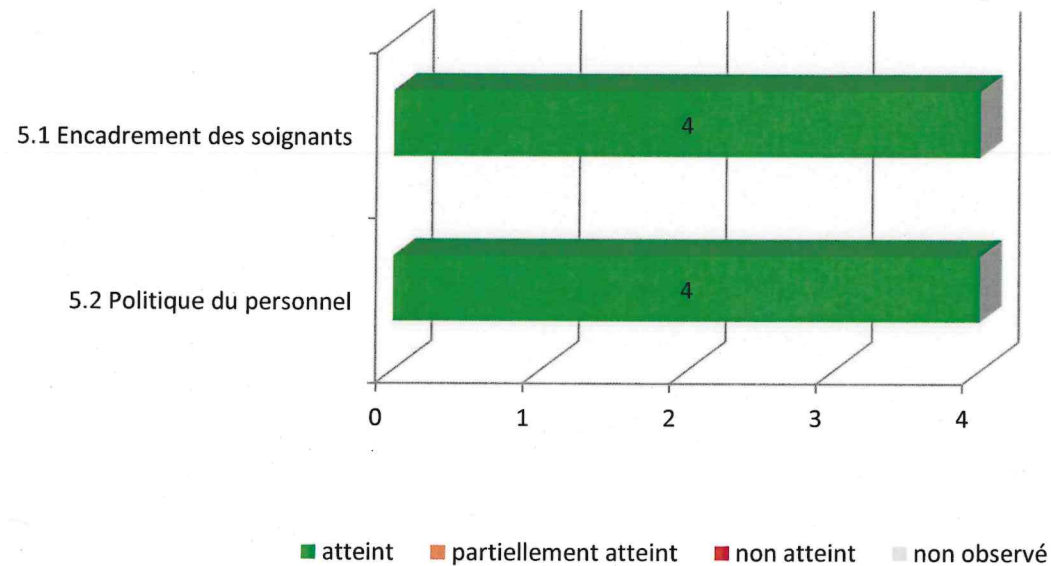


Le projet thérapeutique est dans certain cas accompagné d'un diagnostic infirmier. Cet outil est utilisé de plus en plus fréquemment dans les soins, ce qui amène une plus grande visibilité dans la réponse aux besoins des patient-e-s.

Le risque suicidaire est évalué et noté dans les dossiers. Les approches thérapeutiques pour les SCPD sont spécialisées (neuropsychologue, médecin gériatre, etc.).

La collaboration avec les réseaux et la pluridisciplinarité est privilégiée. Elle joue un rôle de première importance entre l'hôpital et le retour au domicile.

Norme 5 Formation du personnel

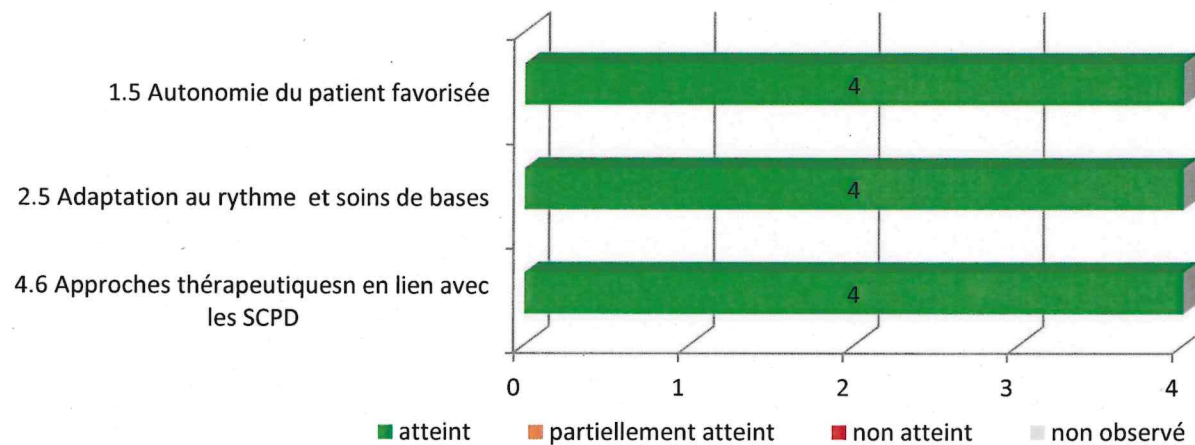


Les offres de formation sont ciblées sur l'accompagnement des patient-e-s (soins palliatifs, psychiatrie clinique, dépression de la personne âgée, démences, etc.).

Les ressources sont rapidement mobilisables en cas de situation critique et répondent dans l'ensemble aux besoins des équipes (solidarité interservices, soutien hiérarchique, supervision, débriefings, colloques cliniques, etc.).

Les infirmier-ère-s clinicien-n-e-s sont des ressources pour la formation des personnes nouvellement engagées.

Analyse des critères 1.5, 2.5, 4.6



Ces trois critères sont spécifiques à la psychiatrie de l'âge avancé. Ils montrent que l'accompagnement reste ciblé sur les besoins de ces patient-e-s.

L'autonomie est favorisée dans les activités de la vie quotidienne, dans le respect des besoins et du rythme du/de la patient-e (mobilisation, soins d'hygiène, etc.).

L'accompagnement se fait dans une collaboration interdisciplinaire spécialisée (médecins somaticiens, spécialistes en troubles psychologiques, neuropsychologues, pharmacologues, etc.).

La collaboration avec les proches est privilégiée.

Les risques spécifiques sont évalués (dénutrition, chute, etc.).

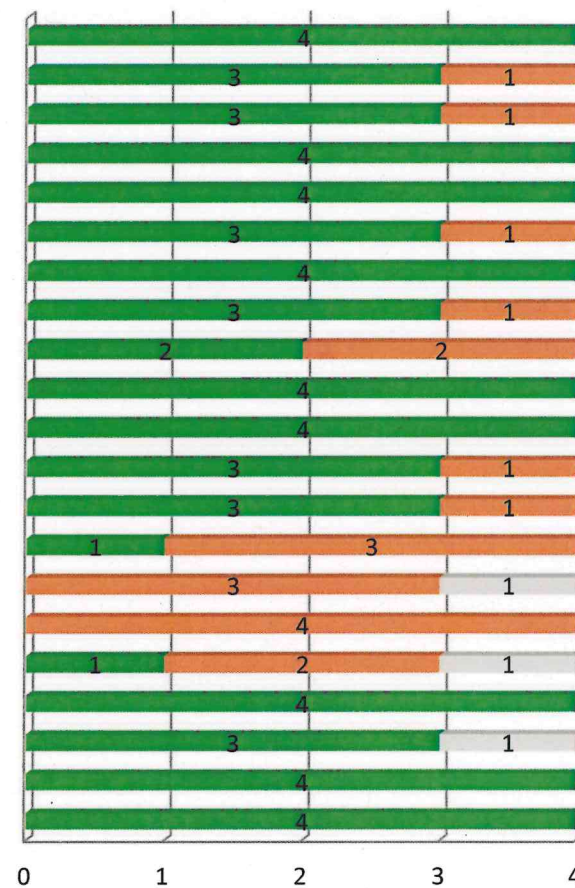
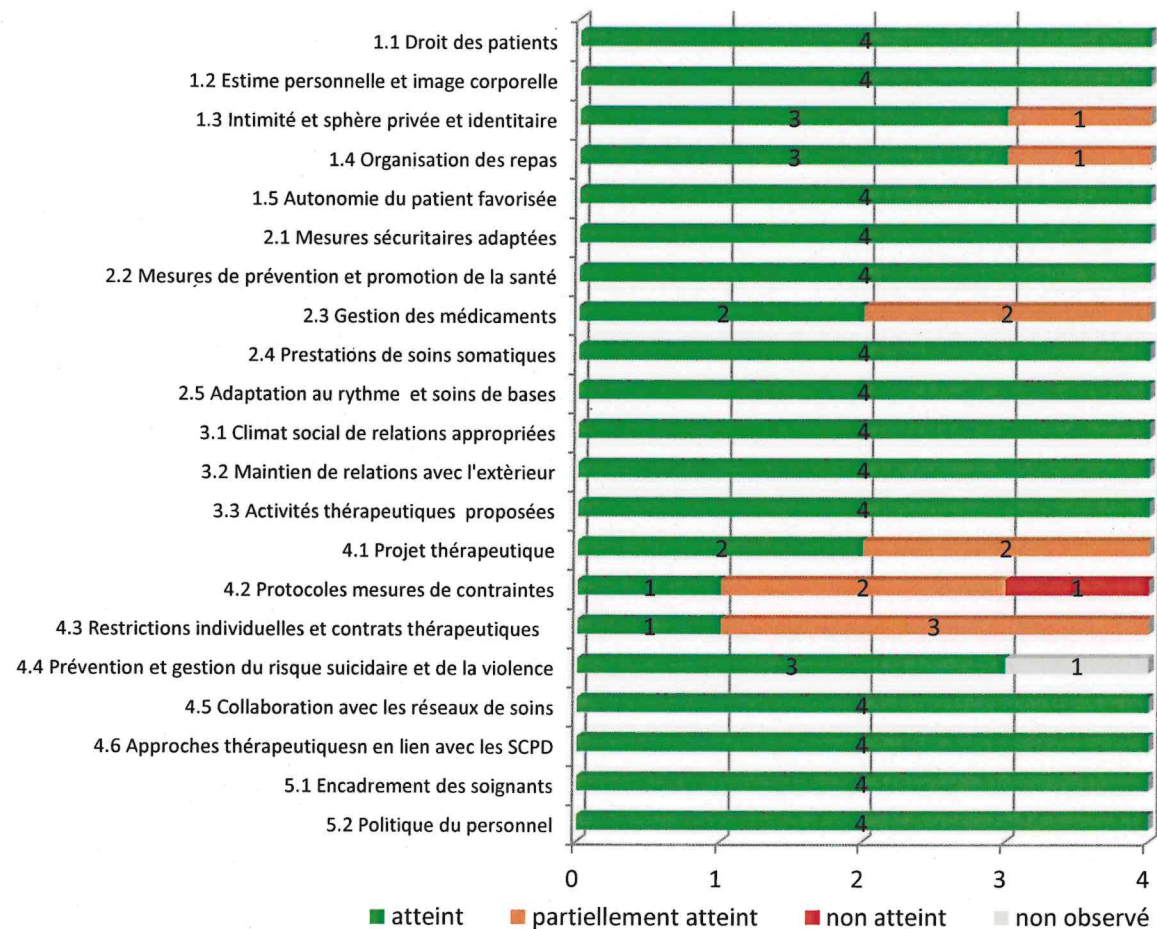
Des approches thérapeutiques non-médicamenteuses sont proposées en tant que solutions alternatives (approches corporelles, bains thérapeutiques, relaxation, Snoezelen, etc.).

L'utilisation d'échelles d'évaluation spécifiques à la psychiatrie de l'âge avancé est ciblée aux problèmes rencontrés (évaluation de la douleur, évaluation psycho cognitive, orientation, AVQ, comportement, etc.).

Analyse comparative des deux derniers tours

Tour 2017-2020

Tour 2016-2017



Résultats des inspections en hôpitaux psychiatriques 2017-2020



Un premier élément d'analyse permet de relever une diminution significative des critères partiellement atteints entre le premier et le second tour, le nombre passant de 20 en 2016-2017 à 11 en 2017-2020.

En ce qui concerne les prestations de soins somatiques, tous les services de PAA disposent dorénavant d'un médecin-somaticien qui intervient sur site chaque semaine alors que seule la moitié des services en bénéficiait au tour précédent.

La traçabilité s'est améliorée vis-à-vis des projets thérapeutiques, des diagnostics infirmiers ainsi que de la gestion du risque suicidaire et de la violence.



Le critère prépondérant portant sur les mesures de contrainte a été évalué comme non-atteint lors d'une inspection, générant ainsi un rapport d'inspection non-conforme. Il a nécessité un suivi (analyse documentaire et nouvelle inspection ciblée sur les mesures de contrainte) qui a permis un retour à la conformité dans de très bonnes conditions. Un projet institutionnel d'amélioration de la traçabilité dans ce domaine a vu le jour.

Des efforts dans la traçabilité des mesures de contrainte ont été faits sur le plan des passages de surveillance des patient-e-s pris en soins en CSI. Cependant, les indications, le suivi des objectifs et les mesures moins rigoureuses qui ont été tentées avant de recourir à la contrainte restent encore incomplètes pour la majorité des hôpitaux. Il en est de même pour les restrictions individuelles et les contrats et cadres thérapeutiques malgré une légère amélioration.

Le CIVESS reste vigilant quant à la gestion des médicaments et des lieux de stockage des médicaments car ceux-ci ne sont pas systématiquement sécurisés.

Conclusion

Les résultats livrés dans le présent rapport montrent que les directions médico-infirmières des 5 sites continuent à travailler dans un souci permanent d'amélioration de la prise en soins des patient-e-s hospitalisé-e-s. La collaboration avec le CIVESS permet d'échanger sur les constats dans un esprit constructif et collégial.

Pour la première fois, un comparatif entre les deux derniers tours a été réalisé. Celui-ci met en évidence une amélioration de l'ensemble des résultats d'inspections.

Cette amélioration est plus marquée dans les constats suivants:

- l'amélioration des prestations somatiques avec la présence d'un médecin somaticien pour la majorité des unités
- la traçabilité du projet thérapeutique pluridisciplinaire, la prise en soins en CSI, la prévention et la gestion du risque suicidaire
- l'intégration progressive des diagnostics infirmiers dans la prise en soins globale des patient-e-s
- le respect de l'intimité des patient-e-s.

Le CIVESS attire néanmoins l'attention sur les efforts à réaliser dans la gestion de la médication (documentation des réserves et sécurisation des lieux de stockage), la traçabilité et la sécurité des patient-e-s.

Nous tenons à saluer le climat de collaboration empreint de confiance et de respect instauré lors des inspections. Il a permis au CIVESS de contribuer à l'amélioration du standard cantonal de l'ensemble des hôpitaux tout en évaluant celui-ci dans un climat exigeant mais bienveillant.

Nous saisissons l'occasion de remercier toutes les équipes médicales et soignantes pour leur grande disponibilité lors des inspections, qu'il s'agisse du temps consacré aux inspecteur-trice-s dans les unités ou lors de la remise du rapport.



Frédéric Jaunin
Responsable du CIVESS



SIS 0070

Département de la santé et de l'action sociale
Secrétariat général
CIVESS – Contrôle interdisciplinaire des visites en établissements sanitaires et sociaux
T + 41 21 316 52 68 – info.civess@vd.ch

MASQ : N:	V:	Pro 3:
Rédigé par	FJN/JPL/KDR/SBN/SJA	18.02.2020
Revue effectuée par	FJN/JPL/KDR/SBN/SJA	23.06.2020
Libération par	FJN/JPL/KDR/SBN/SJA	