

# EXPLICATIF DES INSPECTIONS

dans les établissements socio-éducatifs du  
handicap mental, polyhandicap, handicap  
physique et des addictions/grandes difficultés  
sociales

## TABLE DES MATIERES

<b>A</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>4</b>
<b>B</b>	<b>DEROULEMENT DE L'INSPECTION .....</b>	<b>4</b>
B.1	NIVEAUX DE CONFORMITE .....	5
B.2	GRILLE D'EVALUATION.....	5
<b>C</b>	<b>NORMES ET CRITERES .....</b>	<b>6</b>
C.1	<b>NORME 1 : LA MISSION DE L'ESE EST FONDEE SUR LE CONCEPT D'AUTODETERMINATION ET EXIGE LE RESPECT DES DROITS ET DE LA DIGNITE DES USAGER-ERES-S.....</b>	<b>6</b>
C.1.1	<i>L'usager-ère a des droits, ils sont connus, respectés et exercés .....</i>	<i>6</i>
C.1.2	<i>L'estime personnelle est préservée .....</i>	<i>7</i>
C.1.3	<i>La sphère privée et identitaire est respectée.....</i>	<i>7</i>
C.1.4	<i>La vie affective et la sexualité sont reconnues .....</i>	<i>7</i>
C.1.5	<i>Les interactions sont constructives et les relations sont appropriées .....</i>	<i>8</i>
C.1.6	<i>Les directives cantonales « Etablissement spécialisé et mesures de contrainte » sont respectées</i>	<i>8</i>
C.2	<b>NORME 2 :LES PRESTATIONS SOCIO-EDUCATIVES DISPENSEES REPENDENT AUX RESSOURCES, AUX BESOINS ET AUX DESIRS DE L'USAGER-ERE ET VISENT L'INTEGRATION SOCIALE .....</b>	<b>9</b>
C.2.1	<i>L'accompagnement est adapté aux ressources, aux besoins et aux désirs de l'usager-ère (grille Handicap mental/polyhandicap/handicap physique et, grille addictions/grandes difficultés sociales).....</i>	<i>9</i>
C.2.2	<i>L'intégration sociale et l'autonomie sont encouragées .....</i>	<i>12</i>
C.2.3	<i>Des activités socialisantes ou productives, de développement personnel et de loisirs sont proposées. Elles s'inscrivent dans un projet individualisé .....</i>	<i>13</i>
C.3	<b>NORME 3 :LA SECURITE ET L'ACCES A DES SOINS DE QUALITE SONT ASSURES.....</b>	<b>14</b>
C.3.1	<i>Des prestations de soins sont assurées.....</i>	<i>14</i>
C.3.2	<i>La gestion des médicaments est conforme aux normes professionnelles (art. 117 LSP) .....</i>	<i>14</i>
C.3.3	<i>Les soins palliatifs et la gestion de la douleur sont conformes aux bonnes pratiques</i>	<i>15</i>
C.3.4	<i>Des mesures en matière de promotion de la santé et de prévention sont mises en place.....</i>	<i>16</i>
C.3.5	<i>L'organisation des repas correspond aux normes hôtelières et prend en compte les goûts individuels .....</i>	<i>16</i>



DOF : N° : 522	V : 2	Pro 3:
Rédigé par	SCI/SBN	21.03.2018
Revue effectuée par	JPL	16.07.2019
Libération par	JPL	16.07.2019

<b>C.4</b>	<b>NORME 4. DES LIGNES DIRECTRICES ET DES CONCEPTS SONT DEFINIS ET APPLIQUES. LE DOSSIER RETRACE LA REALISATION ET L'EVALUATION DU PROJET INDIVIDUALISE .....</b>	<b>17</b>
C.4.1	<i>Pour chaque usager-ère, un projet individualisé est établi en interdisciplinarité Il comprend un planning d'activités adapté à ses besoins, à ses capacités et à ses ressources.....</i>	17
C.4.2	<i>Les mesures d'entrave à la liberté et à la mobilité, les restrictions individuelles et/ou collectives sont protocolées</i>	18
C.4.3	<i>Les protocoles de prévention et gestion de la violence et des comportements suicidaires ou la démarche institutionnelle sont appliqués de manière conforme.....</i>	18
<b>C.5</b>	<b>NORME 5 : LES PRESTATIONS SONT DELIVREES PAR DU PERSONNEL AYANT LES COMPETENCES REQUISES .....</b>	<b>19</b>
C.5.1	<i>La formation du personnel d'accompagnement est conforme aux recommandations</i>	20
C.5.2	<i>Le personnel suit des perfectionnements inhérents aux problématiques des usager-ère-s.....</i>	20
<b>D</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>22</b>



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

DOF : N° : 522	V : 2	Pro 3:
Rédigé par	SCI/SBN	21.03.2018
Revue effectuée par	JPL	16.07.2019
Libération par	JPL	16.07.2019

3 / 24

3/24

## A Introduction

La surveillance des établissements dont l'autorisation d'exploiter est délivrée par le Service de la prévoyance et d'aide sociales (SPAS), a été menée par l'Organe de contrôle des établissements socio-éducatifs (OCESE) sur la période 2006-2012.

En janvier 2013, le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) a instauré un système de surveillance commun à tous les établissements sanitaires et sociaux et a regroupé ses organes de surveillance des institutions sanitaires et sociales. Les inspecteur-trice-s de l'OCESE et de la CIVEMS (Coordination interservices de visites en EMS) ont été réunis sous une même entité : le CIVESS (coordination interservices de visites en établissements sanitaires et sociaux).

Dans le cadre de l'harmonisation des processus d'inspection du CIVESS, des nouvelles grilles d'évaluation ont été élaborées. Elles ont été mises en consultation auprès de l'AVOP (Association vaudoise des organisations privées pour personnes en difficulté) en octobre 2015. Cette collaboration constructive a permis d'apporter des adaptations. Les outils ont été testés auprès de divers établissements, et ont été communiqué aux directions des établissements à la fin mars 2016.

Au cours de cette démarche d'harmonisation, les modalités d'inspection ont été ajustées. Les inspections se déroulent sur une journée et incluent la remise d'un rapport

En janvier 2017, le CIVESS est renommée Contrôle interdisciplinaire des visites en établissements sanitaires et sociaux et est rattachée au Secrétariat général du DSAS

Le CIVESS a pour mission de vérifier que les droits des usager-ères-s et des patient-e-s des établissements sanitaires et sociaux soient respectés, d'évaluer la qualité des prestations, de s'assurer que la sécurité et la dignité sont garanties.

L'explicatif présente les critères et les indicateurs de la grille d'évaluation, ils y sont détaillés.

Suite au premier tour d'inspection (période 2016-2018), quelques modifications ont été introduites.

Dans la grille et l'explicatif, l'option prise a été d'utiliser le terme « usager et usagère », dans le sens d'une personne qui utilise un service public ou parapublic. Il est par ailleurs employé dans le code de déontologie des professionnels du travail social. (AvenirSocial, Professionnel-le-s travail social Suisse).

## B Déroulement de l'inspection

Les inspections ne sont pas annoncées et peuvent avoir lieu à tout moment de la journée, y compris le soir et la nuit. Elles se déroulent en principe sur une journée. Les inspections sont conduites par deux inspecteur-trice-s ou plus en fonction de la taille de l'établissement. Chaque inspecteur-trice utilise une grille d'évaluation et note ses observations sur la base des indicateurs cités dans la grille et l'explicatif. Ce document est à usage interne.

Chaque inspection comprend :

- Une brève rencontre avec la Direction ou un cadre de l'équipe de direction
- Des temps d'observation dans les lieux de vie
- Des entretiens avec les usager-ère-s et les professionnel-le-s
- Un temps consacré à l'analyse des documents
- Un temps de rédaction et de remise du rapport d'évaluation à la Direction.

Lors de leur arrivée, les inspecteur-trice-s demandent à rencontrer la Direction ou à l'avertir de leur présence sur le site. Dès que possible, une introduction de la journée d'inspection est effectuée auprès d'un membre de la Direction et une liste de documents nécessaires à l'inspection lui est remise. Cette liste est constituée de :

- Concept d'accompagnement, mission de l'établissement
- Règlement de maison
- Contrat d'hébergement
- Analyse des menus (rapport d'une diététicienne ou d'un diététicien)
- Protocole institutionnel de la gestion et la distribution de la médication
- Trame du projet individualisé de l'usager-ère et de son suivi
- Protocole de prévention et gestion de la violence et du risque suicidaire



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

DOF : N° : 522	V : 2	Pro 3:
Rédigé par	SCI/SBN	21.03.2018
Revue effectuée par	JPL	16.07.2019
Libération par	JPL	16.07.2019

4 / 24

4/24

- Protocole de soins palliatifs et gestion de la douleur
- Planning mensuel des collaboratrices et collaborateurs des groupes inspectés, en précisant le niveau de formation
- Plan de formation de l'année en cours pour les collaborateurs travaillant sur les lieux inspectés, en précisant l'organisme formateur et la durée.

A la fin de la journée, une mise en commun est effectuée entre les inspecteur-trice-s afin d'établir le rapport d'inspection. L'équipe d'inspection remet le rapport à la direction et un échange permet de donner des explications sur l'évaluation des critères de l'inspection. La direction décide qui sera présent à la restitution.

Dans certaines situations, le rapport peut être communiqué ultérieurement.

Une copie du rapport est remise au médecin responsable de l'ESE et au président du conseil de fondation ou d'association, dans un délai de 15 jours. Pour répondre à la demande des directions, le rapport n'est pas communiqué à l'association faitière.

## B1. Niveaux de conformité

Les inspections ont pour but de vérifier que les prestations répondent aux besoins des usager-ère-s, que leurs droits soient respectés, que leur dignité est garantie et que leur sécurité est assurée.

Une grille d'évaluation comprenant des normes, critères et indicateurs a été établie et un standard cantonal fixé. Le degré d'atteinte des critères permet de délivrer la conformité ou non de l'établissement à ce standard cantonal.

- **Les établissements conformes sont les suivants:**

1. **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.
2. **Conforme Orange** : ceux qui correspondent au standard cantonal mais obtiennent un résultat final inférieur aux barèmes ci-dessus. 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 sont les suivants:**

3. **Non-Conforme Rouge** : ceux qui ne respectent pas le standard cantonal (dès 20% de critères non atteints).
4. **Non-Conforme Rouge** : 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 dans les meilleurs délais. Une inspection de suivi particulier peut être effectuée par le CIVESS et/ou le suivi porté par le DSAS.

Ces inspections permettent aux responsables du DSAS d'obtenir de manière régulière des informations sur le réseau des établissements socio-éducatifs, relevé les améliorations et le cas échéant, appliquer les sanctions prévues par la législation. Selon les articles 55 et suivants de la Loi sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (LAIH) : « des sanctions administratives et disciplinaires peuvent être prononcées à l'encontre de l'établissement ou de la directrice ou du directeur pour le cas où les dispositions légales ne sont pas ou plus remplies ».

## B.2 Grille d'évaluation

Elle est constituée de 3 axes principaux

1. Le premier axe contient notamment des critères centrés sur l'accompagnement quotidien et sur les prestations socio-éducatives et de soins
2. Le deuxième axe recherche la congruence entre les éléments observés et la traçabilité
3. Le troisième axe examine l'organisation de l'établissement, l'encadrement ainsi que la formation des collaborateur-trice-s.

Les moyens utilisés pour évaluer les critères sont les suivants :

- La visite des lieux
- L'observation des interactions entre le personnel et les usager-ère-s, par exemple lors d'un soin, durant les repas, lors de moments informels ou de temps d'activités
- Des entretiens avec des usager-ères et avec le personnel
- L'analyse des documents remis



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

DOF : N° : 522	V : 2	Pro 3:
Rédigé par	SCI/SBN	21.03.2018
Revue effectuée par	JPL	16.07.2019
Libération par	JPL	16.07.2019

5 / 24

5/24

- La consultation des dossiers des usagers-ères. Cette consultation est autorisée par la LAIH (art. 23)

## C Normes et critères

La grille d'évaluation est constituée de 5 normes et de 19 critères. Pour chaque critère, une liste non exhaustive d'indicateurs est mentionnée sur la grille afin de faciliter le travail des inspecteurs-trices et de renforcer la cohérence et l'équité de traitement.

Les éléments constitutifs de la grille d'évaluation font référence aux courants actuels et aux bonnes pratiques en matière d'accompagnement socio-éducatif dans les institutions hébergeant des personnes en situation d'handicap ou en grandes difficultés sociales.

Les critères se réfèrent au principe de généralité, néanmoins la dimension exceptionnelle est considérée.

Les critères et indicateurs des grilles ESE diffèrent des critères de qualité pour les institutions sociales latines (Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales)

Pour tous les établissements socio-éducatifs, la même grille est utilisée, un seul critère a des indicateurs différents, il s'agit du 2.1 « L'accompagnement est adapté aux ressources, aux besoins et aux désirs de l'utilisateur ».

### C.1 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 usager-ère-s

#### C.1.1 L'utilisateur a des droits, ils sont connus, respectés et exercés

Ce critère met en valeur le droit fondamental à l'autodétermination qui est inscrit dans la Convention de l'Organisation des Nations Unies (ONU) relative au droit des personnes handicapées (CDPH), ainsi que dans la loi sur l'égalité pour les handicapés (LHand 2002) et dans le droit fédéral sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI 2006).

Dans la revue REISO, Vincent Giroud et Michèle Ortiz proposent un article de réflexion sur l'autodétermination, qui est définie par la capacité à agir et à gouverner sa vie (Wehmeyer et Sands, 1996).

L'autodétermination permet à un individu d'accéder à la connaissance de lui-même, de définir son identité et de parvenir à s'intégrer dans son environnement en évoluant entre liberté individuelle et respect de l'environnement.

L'utilisateur doit pouvoir prendre des décisions concernant sa vie et l'orientation qu'il-elle souhaite lui donner à la mesure de ses intérêts et de ses compétences.

L'établissement met en place les conditions nécessaires permettant à l'utilisateur d'exercer son autodétermination et que ses droits sont respectés, comme consulter son dossier, choisir son médecin et accéder à ses revenus. Dans certaines situations, la consultation du dossier peut se faire de manière accompagnée. Le représentant légal ou thérapeutique doit aussi pouvoir accéder à ce dossier.

En ce qui concerne ses revenus, l'utilisateur doit pouvoir obtenir un état de sa situation financière en temps réel. Une aide à la gestion peut lui être proposée, qui peut prendre aussi la forme d'un apprentissage.

L'utilisateur a accès à des technologies de l'information et de de communication (TIC) existants: natel, Wifi, ordinateur, journal papier et numérique, etc. Leur utilisation est aussi une opportunité d'apprentissage dans la gestion de ces moyens. L'accès à la communication peut être régulé en fonction des besoins et des difficultés individuels.

L'information sur les modalités de recours en interne et en externe doit être accessible. Il n'y a pas de hiérarchie dans les modalités.

L'affiche du bureau cantonal de la médiation est disponible sur les lieux de vie et les espaces communs de l'établissement.

Dans le Plan Stratégique Handicap 2011, il est fait référence à la Loi du 10 février 2004 sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (LAIH) qui a « consacré de nouveaux droits aux personnes handicapées et/ou en grandes difficultés sociales, comme notamment le droit à l'information, à pouvoir consulter son dossier, à maintenir un contact avec leur proches, à choisir un ESE sous réserve de contrainte réelle. Le Département, afin de faire respecter le respect de ces droits, a également instauré deux instances de recours soit le Bureau cantonal de la médiation des patients et des résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs et de



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

DOF : N° : 522	V : 2	Pro 3:
Rédigé par	SCI/SBN	21.03.2018
Revue effectuée par	JPL	16.07.2019
Libération par	JPL	16.07.2019

6 / 24

6/24

la Commission d'examen des plaintes des résidents ou usagers d'EMS, de divisions C d'hôpitaux et d'établissements socio-éducatifs » (Plan Stratégique Handicap 2011, p.34).

Le principe d'autodétermination s'applique à la plupart des critères de la grille.

Les inspecteur-trice-s s'entretiennent avec les usager-ère-s et le personnel afin de vérifier l'application de ces droits. Pour évaluer ce critère, ils-elles consultent le concept d'accompagnement, le contrat d'hébergement et le règlement de maison.

### C.1.2 L'estime personnelle est préservée

Une attention particulière est portée à l'image corporelle de l'usager-ère. Prendre soin de soi, avoir une apparence valorisée et valorisante constituent un droit, et peuvent être l'objet d'apprentissages.

L'usager-ère porte des vêtements propres et adaptés sans stigmatisation et l'intimité est préservée. Le choix des habits est fait en fonction des habitudes et désirs des usager-ère-s, en aménageant l'environnement si nécessaire.

Lors des différents contacts avec les usager-ère-s, les inspecteurs-trice-s sont attentif-ive-s à leur apparence : l'hygiène, la coiffure, le rasage, les ongles, etc.

S'il y a lieu, les inspecteur-trice-s vérifient avec le personnel les actions mises en place et/ou les motifs expliquant une apparence qui pourrait sembler négligée.

L'intimité doit être respectée et la dignité garantie. Par exemple, lors des soins d'hygiène, l'usager-ère est couvert-e d'un linge durant une toilette au lit, lors des déplacements chambre-salle de bain, il-elle porte une robe de chambre.

Les inspecteur-trice-s peuvent individuellement assister à une toilette ou à un autre soin pour autant que l'usager-ère donne son accord et que leur présence ne soit pas source de perturbation.

L'usager-ère a la possibilité de ne pas être accompagné-e par du personnel de sexe opposé lors des soins d'hygiène.

### C.1.3 La sphère privée et identitaire est respectée

En ESE, la chambre est le seul espace privé dont l'usager-ère dispose. La préservation de la sphère privée doit être une priorité pour le personnel dans son accompagnement au quotidien. Il ne pénètre pas dans la chambre de l'usager-ère sans son consentement, le personnel frappe à la porte de la chambre et attend une réponse. De la même manière, le personnel respecte les effets et biens personnels des usager-ère-s.

Lors de situations particulières avec mise en danger pour l'usager-ère, le besoin de sécurité prime, certaines dérogations peuvent être établies et sont systématiquement documentées.

De même, le principe de généralité veut que l'usager-ère dispose de la clé de chambre, voire la clé de l'appartement ou du foyer.

L'usager-ère aménage et décore sa chambre avec des meubles (personnels ou de l'ESE) et des objets personnels. Il-elle a libre accès à ses armoires et à ses affaires personnelles.

Dans les chambres à deux lits, une attention particulière est portée à ce que chaque usager-ère puisse bénéficier d'un espace à soi, personnel, en séparant les lieux avec un paravent, un rideau par exemple.

La fouille des effets personnels et de la chambre de l'usager-ère sont exceptionnelles sous réserve d'une mise en danger de la personne (risque suicidaire), d'autrui ou de fugue.

Les fouilles délibérément faites en l'absence de la personne ne sont pas autorisées. La fouille se fait par deux collaborateurs du personnel, dont une personne diplômée, en présence de l'usager-ère. La fouille « corporelle » est exclue dans un ESE.

Les inspecteur-trice-s vérifient ces divers éléments échangeant avec le personnel et les usager-ère-s, en visitant les chambres quand ils sont autorisé-és par l'usager-ère à le faire, en consultant le règlement et les dossiers.

### C.1.4 La vie affective et la sexualité sont reconnues

Les besoins affectifs et sexuels des usager-ère-s doivent être connus et reconnus. Les usager-ère-s peuvent avoir des moments d'intimité, des relations intimes et /ou sexuelles consenties dans leur lieu de vie. Les besoins en la matière pour des usager-ère-s privé-e-s de parole doivent aussi être recherchés.

Les usager-ère-s entretiennent des liens affectifs avec des proches, des amis. Ils-elles peuvent être accompagné-e-s, soutenus, conseillé-e-s et protégé-e-s si nécessaire.



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

DOF : N° : 522	V : 2	Pro 3:
Rédigé par	SCI/SBN	21.03.2018
Revue effectuée par	JPL	16.07.2019
Libération par	JPL	16.07.2019

7 / 24

7/24

Des rencontres avec des professionnels du domaine (Profa, planning familial, sexo-pédagogue) constituent des ressources disponibles dans le réseau.

Si un couple souhaite partager une chambre commune mais que les infrastructures ne le permettent pas, une orientation du couple vers une structure appropriée à la réalisation de leur projet, via le Dispositif cantonal d'indication et de suivi pour personnes en situation de handicap (DCISH) ou autre, peut être envisagée.

Dans le domaine de la sexualité, la piste d'un accompagnement érotique et sexuel adapté peuvent être explorée, sujet largement abordé dans l'ouvrage de référence sur l'assistance sexuelle et handicaps de mesdames Agthe Diserens et Vatré (2012).

L'usager-ère peut accéder aux services d'un-e assistant-e sexuel-le, l'établissement permet ces rencontres et respecte la confidentialité.

Ces divers éléments sont vérifiés en échangeant avec le personnel et les usager-ère-s, en consultant le règlement et les dossiers, en prenant connaissances des ressources institutionnelles (formations, groupes de paroles accès à des spécialistes).

### C.1.5 Les interactions sont constructives et les relations sont appropriées

Au cours de l'inspection, les collaborateurs CIVESS observent les interactions entre le personnel et les usager-ère-s, et la manière dont il parle d'eux en leur absence.

Le personnel est attentif et apporte une réponse adaptée à tous messages verbaux comme non verbaux des usager-ère-s. L'usager-ère est considéré-e comme un partenaire social, l'expression est encouragée ; de la place, du temps et des opportunités lui sont donnés pour s'exprimer.

Le personnel propose et utilise des supports destinés à améliorer, voire à augmenter la communication de l'usager-ère, tant au niveau de l'expression que de la compréhension. Il peut s'agir par exemple de pictogrammes, de langage gestuel, de téléthèse, la méthode « Facile à lire et à comprendre » (FALC), etc. Le personnel est formé à ces outils de communication et d'accompagnement (apaiser, annoncer les gestes, resituer/réorienter, encourager/valoriser, guider, reformuler, motiver, contenir, soutenir, etc.).

Le personnel ne répond pas à la place de l'usager-ère et évite toute conversation privée avec ses collègues en sa présence. Il établit une distance relationnelle appropriée et l'informe de ce qui se passe ou va se passer.

Le personnel vouvoie les usager-ère-s et utilise le prénom seulement à sa demande. Toute exception au vouvoiement est consignée dans le dossier. Le vocabulaire utilisé avec l'usager-ère évite toute familiarité et ne contient pas d'infantilisation.

Les communications écrites par le personnel à propos des usager-ère-s sont respectueuses.

Les inspectrices et les inspecteurs observent la qualité des échanges et des interactions entre les usager-ère-s et le personnel. Ils tiennent compte aussi des moyens mis en place pour favoriser l'écoute active, la communication gestuelle et l'utilisation de supports à la communication.

### C.1.6 Les directives cantonales « Etablissement spécialisé et mesures de contrainte » est respectées

Ce critère est prépondérant, s'il est non atteint, le rapport est non-conforme.

Les mesures de contrainte sont interdites, des mesures exceptionnelles peuvent être envisagées, elles doivent répondre à des critères établis.

La Confédération a entrepris une révision conséquente du Code civil suisse. Cette loi est entrée en vigueur au 1er janvier 2013. Pour la première fois au niveau suisse, une loi fixe les règles concernant les mesures de contrainte :

- Mesures limitant la liberté de mouvement - art. 383 du Code civil
- Protocole et devoir d'information - art. 384 du Code civil

Au niveau cantonal, les Directives et canevas de protocole « Etablissement spécialisé et mesures de contrainte » du 21 mai 2013, établies par le Département de la santé et de l'action sociale, donnent des lignes de conduite pour gérer les situations exceptionnelles de mesures de contrainte. Ces directives ont été révisées par le comité de révision des mesures de contrainte (CoRev) en novembre 2015 et mai 2017, elles ont été validées par le Chef du Département.

Dans la LAIH, la section II « Mesures de contraintes » et les articles 6g, 6h et 6i stipulent le cadre légal pour l'application d'une mesure de contrainte.



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

DOF : N° : 522	V : 2	Pro 3:
Rédigé par	SCI/SBN	21.03.2018
Revue effectuée par	JPL	16.07.2019
Libération par	JPL	16.07.2019

8 / 24

8/24

**Art. 6g Mesures de contrainte**

1. Par principe, toute mesure de contrainte à l'égard d'une personne handicapée ou en grandes difficultés sociales hébergée en établissement socio-éducatif est interdite. Le droit pénal et civil en matière de mesures de sûreté et de placement à des fins d'assistance est réservé.
2. A titre exceptionnel et, dans la mesure du possible, après avoir discuté avec la personne handicapée ou en grandes difficultés sociales hébergée, son représentant légal ou ses proches et les avoir informés de leurs droits, le médecin responsable, ou après aval de celui-ci, l'éducateur travaillant dans l'institution peut, suite à la consultation de l'équipe socio-éducative, imposer pour une durée limitée des mesures de contrainte strictement nécessaires à sa prise en charge:– si d'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou n'existent pas ;  
– si le comportement de la personne handicapée ou en grandes difficultés sociales présente un danger grave pour sa sécurité ou sa santé ou pour celle des autres personnes.
3. Le comité de révision doit être informé de toute mesure de contrainte prise.
4. Les directives du département fixent les cas où l'accord du Médecin cantonal est requis.
5. Le département définit les mesures de contrainte et fixe les modalités pratiques y relatives.

**Art. 6h Modalités et protection**

- 1 La surveillance de la personne handicapée ou en grandes difficultés sociales hébergée est renforcée pendant toute la durée de la mesure de contrainte dont le maintien fait l'objet d'évaluations. Un protocole comprenant le but et le type de chaque mesure utilisée ainsi que le nom de la personne responsable, la fréquence et le résultat des évaluations est inséré dans le dossier de la personne handicapée ou en grandes difficultés sociales.
- 2 La personne concernée, son représentant légal, sa personne de confiance ou ses proches peuvent s'adresser à la Commission d'examen des plaintes compétente pour demander l'interdiction ou la levée des mesures de contrainte.

**Art. 6i Comité de révision**

- 1 Il est institué un comité de révision chargé d'analyser périodiquement l'ensemble des mesures de contrainte prises en établissements socio-éducatifs.
- 2 Le comité de révision rend au département un rapport annuel contenant des propositions et recommandations tendant à une prise en charge et une protection optimales des résidents. Sur cette base, le département peut prendre les mesures nécessaires et proportionnées pour assurer la bonne prise en charge du résident, ainsi que sa protection.

Dans le dossier de l'usager-ère, les inspecteurs-trice-s prennent connaissance du protocole individuel communiqué au CoRev afin d'en vérifier la conformité avec la législation. Le CIVESS contrôle que les mesures de contrainte pratiquées correspondent aux modalités annoncées et qu'il n'y ait pas des mesures de contrainte qui n'auraient pas été annoncées. Les inspecteurs-trice-s s'assurent que le personnel a bien été sensibilisé à la législation sur les mesures de contrainte et se renseignent sur les pratiques de l'institution.

La section de psychiatrie du développement mental (SPDM) doit être sollicitée pour venir en appui aux équipes pour les situations de contention signalées au CoRev (courrier du chef du Département, 2 décembre 2016).

## C.2 Norme 2 Les prestations socio-éducatives dispensées répondent aux ressources, aux besoins et aux désirs de l'usager-ère et visent l'intégration sociale

### C.2.1 L'accompagnement est adapté aux ressources, aux besoins et aux désirs de l'usager-ère (grille handicap)

L'accompagnement doit répondre aux besoins individuels des usager-ère-s et ceux-ci priment sur les besoins de la vie communautaire sans les exclure.

Sur le site du Réseau international sur le Processus de production du handicap, le modèle conceptuel du Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH) est largement documenté et explicité. « Le modèle conceptuel du MDH-PPH repose sur la Classification québécoise : Processus de production du handicap (1998). Ce document est une classification scientifique qui propose des nomenclatures et des échelles de mesure pour les domaines conceptuels des habitudes de vie, des facteurs environnementaux et des facteurs personnels. Ce système de classification permet d'identifier, d'apprécier et de suivre les changements observés dans ces trois domaines conceptuels pour une période donnée ».



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

DOF : N° : 522	V : 2	Pro 3:
Rédigé par	SCI/SBN	21.03.2018
Revue effectuée par	JPL	16.07.2019
Libération par	JPL	16.07.2019

9 / 24

9/24

Le modèle du Processus de Production du Handicap (PPH), part du principe que le handicap est la résultante d'interactions entre la personne, son environnement et ses habitudes de vie. L'environnement est reconnu comme facilitateur s'il est adapté.

En interrogeant les personnes avec une déficience intellectuelle, il ressort de l'étude menée en 2015 par Gremaud et coll., que « *l'aménagement de l'environnement et l'évaluation des habitudes de vies (en lien avec PPH), permet de garantir l'ensemble des supports adéquats pour assurer la participation et pour réduire la situation de handicap* » (p.7-9).

Une des recommandations faite par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) suite à l'expertise collective sur les déficiences intellectuelles, consiste à « *développer les compétences de la personne présentant une DI (déficience intellectuelle) tout au long de sa vie en favorisant le développement de la communication et du langage, l'acquisition de la numératie et de la littéracie, et le développement de l'autodétermination* » (p.5 article presse).

Les prestations socio-éducatives tiennent compte des besoins présentés ci-dessous:

- en communication : « *L'accompagnant veille à offrir les moyens de communication nécessaires et utiles à la personne pour qu'elle puisse exprimer ses besoins, ses désirs et être comprise. Les aides visuelles et les soutiens à la parole sont à ce titre particulièrement pertinents. La communication est un élément clé de la réussite sur le chemin de l'autodétermination* ». (p.3, REISO sur l'autodétermination).

Il s'agit de continuer à développer les conduites de communication à l'aide des dispositifs électroniques high-tech (téléthèses), utilisation de pictogrammes, de cahier de communication, d'images, de la langue des signes, etc.

Un autre article souligne que « *l'importance d'aménager l'environnement pour fournir des occasions de communiquer est démontrée, ...ces aménagements contribuent à augmenter la participation sociale, la qualité de vie et l'autodétermination des personnes* » (p.3, REISO : des pistes pour favoriser la communication).

- en structuration du temps et de l'espace, en développant l'utilisation d'agenda, de calendrier et de plannings personnalisés, en affichant un tableau de présence des collaborateurs de jour/nuit, en employant le time-timer, etc.

- en adaptation des rythmes et aux besoins des usager-ère-s, en lien avec la fatigabilité, le vieillissement, les problèmes de santé. Diminuer par exemple le pourcentage de temps de travail aux ateliers, en différenciant les temps de semaine et ceux du week-end en proposant un lever plus tardif, anticiper les besoins des usager-ère-s en préretraite.

- en poursuivant la formation continue et en offrant des modules spécifiques pour les jeunes adultes. Selon la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, que la Suisse a ratifié en 2014, le droit à avoir accès sans discrimination à l'enseignement pour adultes et à la formation continue (article 24 alinéa 5).

Les prestations socio-éducatives permettent aux usager-ère-s de répondre à leurs besoins, leurs intérêts, leur plaisir, leur priorité, leurs ressources, et de développer des compétences, de maintenir des acquis ou d'en faire le deuil de certains au gré des étapes de la vie.

Suite au rapport du GT« Vieillesse » en automne 2013, des lignes directrices et des recommandations ont été formulées et reprises en 2017 par Fabio Bertozzi dans la revue Pages Romandes: « *Avec l'accroissement de l'espérance de vie des personnes en situation d'handicap, l'accompagnement doit être adapté à leurs besoins en soins et sécurité, à leurs rythmes. Pour pouvoir permettre aux usagers de pouvoir rester dans le même établissement et de favoriser ainsi le principe de la continuité des lieux de vie* » (p.9).

Les recommandations principales du GT portent sur les éléments suivants :

- « *Utiliser un outil d'observation/évaluation multidisciplinaire des signes du vieillissement des personnes atteintes de déficiences mentales,*

- *adapter leurs lieux de vie permettant d'assurer un accompagnement répondant aux besoins spécifiques des personnes vieillissantes* » (p.41) : tels que soulagement, confort, qualité de vie, aide à la réalisation des actes de la vie quotidienne.

En référence au modèle du Processus de production du handicap (PPH), l'environnement doit être adapté afin de lever les obstacles produisant la situation de handicap.

Les lieux de vies sont sécurisés, si nécessaire des mains courantes sont installées, les salles de bains sont adaptées, les installations lumineuses sont appropriées.

Les usagers-ère-s avec mobilité réduite disposent de moyens d'appel (par exemple un bouton d'appel à proximité du lit pour la nuit).

Les usager-ère-s disposent de moyens auxiliaires adaptés pour favoriser leur autonomie, ils sont entretenus et propres.

Suite au GT autisme et au rapport de la Commission cantonale sur les déficiences mentales et associées, des recommandations ont été élaborées. Elles constituent un référentiel sur les bonnes pratiques pour l'accompagnement



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

DOF : N° : 522	V : 2	Pro 3:
Rédigé par	SCI/SBN	21.03.2018
Revue effectuée par	JPL	16.07.2019
Libération par	JPL	16.07.2019

10 / 24

10/24

des usagers avec TSA (trouble du spectre autistique), elles permettent de tendre vers la cohérence dans l'accompagnement, et à l'usager d'explorer le champ de la prévisibilité.

Les axes fondamentaux sont :

« 1. *Communication fonctionnelle, réceptive et expressive : la personne doit pouvoir bénéficier d'un système de communication augmentative, individualisé selon son niveau de fonctionnement mais généralisé à ses différents espaces de vie.*

2. *Compréhension de l'environnement et prévisibilité (structuration) : l'environnement dans lequel évolue la personne doit être adapté de sorte à ce que celle-ci puisse y trouver suffisamment d'indices pour comprendre aisément le déroulement de sa journée et ce qu'on attend d'elle.*

3. *Socialisation (habiletés sociales et intégration sociale) : la personne doit pouvoir bénéficier d'un apprentissage actif et individualisé des codes sociaux et, pour ce faire, les règles en vigueur doivent être explicites. Par exemple, un retrait momentané du groupe ne doit pas correspondre à une punition mais constituer une possibilité de repos dans la mesure où la vie en collectivité peut être très fatigante pour une personne avec un TSA*

4. *Adaptation au profil sensoriel : les personnes avec autisme ont souvent des seuils de tolérance sensorielle très bas. Un environnement bruyant peut ainsi péjorer sensiblement leur qualité de vie ; des lumières, des odeurs ou des sensations tactiles peuvent aussi être très perturbantes. Adapter l'environnement implique notamment de protéger les personnes contre les sur-stimulations sensorielles. Plus largement, les stimulations sensorielles doivent tenir compte du profil individuel (hypo- et hyperréactivités ainsi qu'intérêts sensoriels).*

5. *Activités en rapport avec le niveau de compétence et les intérêts : comme les temps libres sont souvent difficiles à gérer pour les personnes avec un TSA, il est important que leur soient proposée une palette suffisamment large d'activités pouvant correspondre à leurs préférences ou susciter leur intérêt et que leur emploi du temps soient dès lors suffisamment complet et stimulant.*

6. *Prévention et gestion des comportements défis : le plus souvent, les troubles du comportement apparaissent en lien avec une situation de souffrance ou d'incompréhension qu'il est primordial d'identifier. Une analyse fine des antécédents et des conséquences d'un comportement défi doit être menée pour trouver une solution, qui ne peut se réduire à une punition, l'administration d'une médication ou uniquement à la gestion de la crise.*

7. *Partenariat avec les familles : les parents connaissent très bien leur fils/fille ; ils ont souvent trouvé des stratégies qui fonctionnent et qui peuvent être aussi utilisées avec succès par les professionnel-le-s » (Recommandations CCDMA par rapport au public cible, p.17-18).*

### C.2.1 L'accompagnement est adapté aux ressources, aux besoins et aux désirs de l'utilisateur (grille addictions/grandes difficultés sociales)

La politique de santé publique en matière de drogue, s'appuie sur 4 piliers : la réduction des risques, la prévention, la thérapie et la répression.

Le document de référence pour développer ce critère est le rapport sur le dispositif vaudois en matière d'addiction de mesdames Viviane Prats et Ann Tharin : « *Pertinence et adéquation des prestations offertes et en lien avec l'évolution des besoins socio-éducatifs* », mandant SPAS, présenté et distribué aux ESE en juin 2015. De larges extraits sont cités ci-dessous.

« *En Suisse, les prestations proposées par les structures résidentielles du champ des addictions s'inscrivent dans le pilier thérapie de la Loi sur les stupéfiants (LStup16) entrée en vigueur en 2011* » (p.20).

Pour que l'intervention soit cohérente, il faut qu'elle soit intégrative. Morel (2010) explique que « *deux modèles fondent une approche intégrative de l'intervention thérapeutique. Le modèle bio-psycho-social et le modèle Trans-théorique du Changement de Di Clemente et Prochaska – couramment appelé modèle du rétablissement* » (p.22).

« *Les évolutions et la diversité des approches thérapeutiques et des traitements médicaux, des pôles d'acteurs professionnels et des cadres de soins ont contribué à diversifier les finalités de l'intervention thérapeutique à disposition des personnes ayant des conduites addictives. Ainsi, les prises en soins actuelles oscillent entre les finalités d'abstinence, de substitution, de gestion de consommation et de réduction des risques* » (p.41).

L'important est que les ESE adaptent leurs interventions à l'évolution des problématiques et aux nouvelles connaissances.

Le rapport cite de nombreuses approches, qui se déclinent en divers outils thérapeutiques travaillés en individuel ou en collectif, ils visent essentiellement la réduction des risques, la prévention et la gestion de la rechute, l'insertion sociale et professionnelle :

- l'approche motivationnelle,



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

DOF : N° : 522	V : 2	Pro 3:
Rédigé par	SCI/SBN	21.03.2018
Revue effectuée par	JPL	16.07.2019
Libération par	JPL	16.07.2019

11 / 24

11/24

- les approches cognitives ou psychoéducatives,
- la thérapie
- les approches corporelles, et Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) ou « Réduction du stress basée sur la pleine conscience, etc.

« D'une façon générale, l'efficacité du soin résidentiel dépend de l'adéquation entre les besoins d'une personne à un moment donné et les modalités de traitement proposées, selon 3 paramètres essentiels : la durée du séjour, le changement d'environnement et le contenu du programme thérapeutique. Son articulation avec le traitement ambulatoire, en amont et en aval du séjour est essentielle » (p.30-31).

L'accompagnement des usager-ère-s avec un double diagnostic « psychiatrie-addiction » peut se référer au modèle du rétablissement et au concept d'empowerment.

« Le rétablissement fait référence au processus individuel et subjectif de rétablissement. Celui-ci inclut un élargissement du pouvoir d'agir sur ses conditions de vie et la promotion d'un état de bien-être et d'équilibre perçu par la personne. Ce processus n'est pas synonyme de rémission complète des symptômes mais est favorisé par l'espoir.

L'empowerment (« appropriation ») fait référence à la capacité d'agir pour soi afin d'exercer un plus grand contrôle sur sa vie. Il est à la fois une fin mais plus encore un processus associé à une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle et à une diminution de l'auto-stigmatisation ». (article REISO, *Addiction et soins, le pari de l'espoir*, mai 2014)

Des ateliers concernant l'éducation à la santé sont organisés à l'attention des usager-ère-s. Les thématiques abordées font appel aux notions suivantes: diététique, hygiène, maladies sexuellement transmissibles, prévention de la rechute, connaissance de sa maladie, etc. Ils sont animés par des collaborateurs ou des intervenants extérieurs.

Les habilités sociales et relationnelles sont entraînées via des modules spécifiques, tels qu'un travail de groupe sur l'assertion, un entraînement à l'affirmation de soi.

Le nombre d'intervenants gravitant autour d'un-e usager-ère peut-être conséquent, il peut s'étendre du médecin généraliste en première ligne, aux assistants sociaux, aux structures ambulatoires et résidentielles. Des collaborations entre l'ESE et les réseaux sont établies. Les usager-ère-s sont orienté-e-s via le DCIS-A (<http://www.dcisa.ch>).

Certains usager-ère-s peuvent s'inscrire dans un projet de réinsertion socioprofessionnelle dans le 1<sup>er</sup> marché de l'emploi, d'autres seront orienté-e-s vers des ateliers à vocation productive et pour les plus fragiles, les ateliers à vocation socialisante ou de développement personnel. Certains ESE utilisent et collaborent avec des entreprises d'insertion.

Pour ce critère et pour les 2 missions, les inspecteur-trice-s vérifient la qualité des prestations socio-éducatives en échangeant avec les usager-ère-s, le personnel, en consultant les dossiers. Pour chaque situation, la démarche d'inspection inclut la recherche de sens dans les actions entreprises par les équipes socio-éducatives et l'ajustement aux bonnes pratiques en vigueur.

### C.2.2 L'intégration sociale et l'autonomie sont encouragées

Comme exigé par la LIPPI, chaque canton a élaboré un document Plan stratégique handicap 2011. Il concerne les personnes en situation de handicap – physique, mental, sensoriel et psychique – de polyhandicap et les personnes en grandes difficultés sociales, dont les personnes présentant des problèmes de dépendances. Son périmètre comprend l'ensemble du réseau des établissements socio-éducatifs (ESE).

Des axes prioritaires sont annoncés :

« Les prestations développent ou préservent l'autonomie des personnes en situation de handicap et leur autodétermination. ...Les prestations favorisent la pleine participation sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap...Sur la base de l'égalité avec les autres, les prestations visent l'intégration et la participation des personnes en situation de handicap à la vie sociale et socio-économique, chaque fois que possible vers le domicile» (p.18, Plan stratégique handicap).

Comme évoqué par Fabio Bertozzi dans la Revue Pages Romandes : Trajectoires et étapes de vie : « entre la fin de l'adolescence et le début du vieillissement, les parcours de vie des personnes en situation de handicap doivent pouvoir continuer à évoluer. Le changement de prestations ainsi que le changement de prestataires doivent rester possibles à tout moment. Les parcours de vie dans un même établissement pendant des décennies doivent rester possibles, s'ils sont souhaités, mais ne doivent plus être une fatalité par défaut d'autres choix. ».



SIS 0070

Département de la santé et de l'action sociale  
Secrétariat général  
CIVISS – Contrôle interdisciplinaire des visites en établissements sanitaires et sociaux  
T + 41 21 316 52 68 – [info.civiss@vd.ch](mailto:info.civiss@vd.ch)

DOF : N° : 522	V : 2	Pro 3:
Rédigé par	SCI/SBN	21.03.2018
Revue effectuée par	JPL	16.07.2019
Libération par	JPL	16.07.2019

12 / 24

12/24

« Afin d'augmenter la perméabilité entre les prestations en milieu institutionnel et celles en milieu ordinaire, le canton de Vaud souhaite poursuivre la promotion de la flexibilisation des prestations fournies par les ESE. Nous pensons tout particulièrement à l'hébergement à temps partiel ou de courte durée, à l'accompagnement en entreprise, ainsi qu'aux formations à la vie autonome (écoles d'autonomie) » (p.7-8).

Dans ce critère, les inspecteur-trice-s vérifient que l'accompagnement vise à favoriser l'autonomie des usager-ère-s dans les activités de la vie quotidienne et dans leur vie en général, l'intégration, voire la participation sociale, par exemple la gestion financière, celle du temps libre, les déplacements, l'utilisation des médias, faire ses achats, confectionner un repas, gérer sa lessive, etc.

« Sous réinsertion sociale, se retrouvent différents items tels que : développement de l'autonomie, développement d'habileté sociale, amélioration de la qualité de la vie, autonomisation et responsabilité, revalorisation des compétences personnelles et sociales, aide au maintien et à la restauration des liens familiaux » (INSERM, p.44).

« Il s'agit aussi de favoriser la maîtrise des compétences socio-émotionnelles nécessaires à la personne avec DI pour gérer au mieux ses interactions sociales, » (Ibid p.98).

L'implication citoyenne des personnes en situation de déficience intellectuelle et/ou en grandes difficultés sociales peut prendre différentes formes : participation à des événements dans la cité, à la vie politique, aux fêtes de quartier. Pour cela, les usager-ère-s doivent être informé-e-s des futurs événements ou manifestations et les modalités de communication adaptées à leurs ressources. Leur participation peut se faire avec le soutien des équipes socio-éducatives : inscription, trouver un moyen de transport adéquat.

Les ressources existantes font références à celles offertes par la communauté, des organismes privés ou associatifs, de manière à ce que l'usager-ère soit moins tributaire des services institutionnels.

Pour les ESE du domaine des addictions: des ressources existantes ou self-help sont par exemple les groupes AA, NA qui proposent un modèle d'appui communautaire par les pairs ou d'autres prestations offertes par des services spécialisés ou des associations, des bénévoles.

De manière concrète, les inspecteur-trice-s questionnent les équipes sur les apprentissages proposés au sein de leur unité, sur les compétences développées en lien avec les objectifs et l'intérêt de l'usager-ère. Il est vérifié quelles sont les stratégies d'apprentissages élaborées, et leur accompagnement sur le terrain.

Quand l'opportunité se présente et que l'usager-ère consent à évoquer ses apprentissages en cours, les inspecteur-trice-s investiguent la manière dont l'autonomie est favorisée.

### **C.2.3 Des activités socialisantes ou productives, de développement personnel et de loisirs sont proposées. Elles s'inscrivent dans un projet individualisé**

Dans les prestations fournies par l'ESE figurent un large panel d'activités allant des activités productives aux activités de loisirs.

L'usager-ère qui choisit de participer à une activité socialisante ou occupationnelle, il-elle a la possibilité de changer d'activité en fonction de l'évolution de sa santé, de ses aspirations personnelles ou socio-professionnelles.

Pour les aspects plus spécifiques en lien avec les activités de jour, ils sont investigués avec une grille dédiée à ce domaine lors d'une autre inspection.

En ce qui concerne les activités récréatives, culturelles, sportives, associatives, de détente, de développement personnel, etc., l'ESE propose et organise un catalogue d'activités qui se déroulent au sein de l'établissement ou à l'extérieur, sous forme individuelles ou collectives.

L'usager-ère a la possibilité de participer à des activités de loisirs hors institution proposées par des organismes externes, des associations, ou bénéficier de soutien de bénévoles pour des activités autres.

Le partage des tâches communautaires vise à responsabiliser l'usager-ère, à développer ses compétences. Il n'est pas un palliatif au manque de ressources institutionnelles.

Les tâches sont facultatives, elles sont porteuses de sens et ont un lien avec le projet individuel de l'usager-ère.

Les usager-ère-s ont la possibilité de partir en vacances que ce soit celles organisées par l'institution, par des organismes extérieurs, en famille ou avec les personnes de leur choix. Un choix de destinations est proposé, l'usager peut aussi faire part de ses souhaits.



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

DOF : N° : 522	V : 2	Pro 3:
Rédigé par	SCI/SBN	21.03.2018
Revue effectuée par	JPL	16.07.2019
Libération par	JPL	16.07.2019

13 / 24

13/24

## C.3 Norme 3. La sécurité et l'accès à des soins de qualité sont assurés

### C.3.1 Des prestations de soins sont assurées

L'ESE doit s'assurer que tous les usager-ère-s reçoivent des prestations de soins dont il-elle-s ont besoin.

Il est attendu que l'usager-ère bénéficie d'un contrôle par un médecin généraliste au moins une fois par année. La fréquence est adaptée à l'état de santé et à l'âge de la personne.

Dans l'expertise collective de l'Inserm, voici brièvement « quelques pistes à envisager en lien avec les soins :

- dépister et assurer un suivi régulier des pathologies les plus fréquentes; souvent associées à la DI. Ils devraient concerner les problèmes de santé courants comme les soins bucco-dentaires, ... les troubles de la vision et de l'audition, le surpoids, des programmes de prévention doivent être proposés, les troubles de la déglutition et du transit.
- repérer le trouble du sommeil, les problèmes d'épilepsie.
- connaître et suivre les problématiques en lien avec l'avancée en âge. Le vieillissement des personnes porteuses de trisomie 21 présente des spécificités connues : une vigilance est à apporter aux risques de troubles cardiaques, endocriniens, problèmes orthopédiques.
- un accès facilité aux soins et à des équipes spécialisées » (p.107-108).

Pour les usager-ère-s des ESE orientés dans le domaine des addictions, se voir proposer un bilan santé et des prestations de soins est nécessaire au vu des problématiques somatiques qui peuvent être rencontrées : hépatite C, cirrhoses du foie, VIH, augmentation des problèmes liés à l'âge et au « style de vie », tabagisme chronique: BPCO, maladies cardiovasculaires, etc. Certains usager-ère-s peuvent présenter un double diagnostic addiction et des problématiques psychiques, un suivi psychiatrique est vivement recommandé. Les usager-ère-s peuvent aussi être suivi-e-s par des spécialistes en addictologie exerçant dans des consultations ambulatoires.

Dans certains établissements, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des logopédistes peuvent directement proposer des interventions thérapeutiques auprès des usager-ère-s le nécessitant.

Afin de prévenir les risques de dénutrition et/ou de prise de poids excessive, le suivi pondéral est relevé, la prise de poids et son suivi sont notifiés. La fréquence est déterminée en fonction des besoins des usager-ère-s, des changements intervenus dans la médication ou des problèmes de déglutition par exemple.

Si nécessaire, le personnel oriente l'usager-ère vers un-e diététicien-ne.

Les besoins en soins tels que prévention des escarres, soins de Pegg, soins de sonde, soins de bouche, etc. sont identifiés et prodigués par le personnel de l'ESE. Celui-ci a été dûment formé et supervisé aux actes médicotechniques délégués, aux soins et aux gestes d'assistance aux actes de la vie quotidienne.

La fréquence des soins d'hygiène est fixée en fonction des besoins individuels et collectifs.

### C.3.2 La gestion des médicaments est conforme aux normes professionnelles (art. 117 LSP)

Les usager-ère-s reçoivent des informations concernant leurs traitements médicamenteux. En cas de refus du traitement, l'usager-ère est informé-e des risques encourus, des alternatives sont proposées tout en respectant son choix (changement du traitement, discussion, négociation, information, etc.).

Afin de vérifier le respect de la législation en vigueur (art. 117 LSP), les inspecteurs-trice-s examinent que la préparation des semainiers et des réserves sont faites sur la base de prescriptions médicales signées ou validées électroniquement par le médecin.

Le lieu de stockage des médicaments est fermé à clé ainsi que les chariots/armoires de médicaments. Le lieu de stockage des médicaments est accessible au personnel autorisé, lequel est clairement identifié par l'établissement. Les médicaments ou les semainiers ne sont pas laissés sans surveillance.

La formation nécessaire a été donnée au personnel non qualifié pour une distribution sécuritaire des médicaments, en référence aux recommandations du DSAS relatives aux conditions de délégation des actes médico-techniques, des soins et des gestes d'assistance aux actes de la vie quotidienne au personnel des ESE, édités en juin 2012.

Les règles concernant le stockage et la gestion des stupéfiants sont conformes aux exigences légales, une comptabilité doit être tenue et actualisée à chaque mouvement. Un contrôle hebdomadaire des mouvements des stupéfiants est réalisé.



DOF : N° : 522	V : 2	Pro 3:
Rédigé par	SCI/SBN	21.03.2018
Revue effectuée par	JPL	16.07.2019
Libération par	JPL	16.07.2019

La préparation et la distribution des médicaments sont conformes aux règles professionnelles éditées par l'Association suisse des pharmaciens cantonaux (2009) : la règle des 5B : Bon patient/usager, Bon médicament, Bon dosage, Bonne voie d'administration, Bon moment.

De plus, l'administration doit être adaptée aux capacités de l'utilisateur et aux risques liés à son entourage, par exemple le risque d'absorption d'un médicament ne lui étant pas destiné.

Des consignes claires concernant l'utilisation des réserves sont élaborées en collaboration avec le médecin. Les réserves sont données sur une prescription médicale précise (fréquence d'administration, circonstances d'administration, ordre des réserves données pour une même problématique, etc.) et l'effet est documenté dans le dossier.

Les inspecteurs-trice-s vérifient comment les bonnes pratiques en matière de préparation et de distribution de la médication sont réalisées et comment le protocole institutionnel de la gestion de la médication est appliqué.

### C.3.3 Les soins palliatifs et la gestion de la douleur sont conformes aux bonnes pratiques

Le rapport élaboré en 2015 sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique « Soins palliatifs aux personnes en situation de handicap intellectuel », indique les interventions requises et les mesures proposées : « *Les soins palliatifs visent à éviter la souffrance et les complications. Ils comprennent les traitements médicaux, les soins ainsi que le soutien psychologique, social et spirituel* » (p.3).

« *Aussi les foyers d'aide aux handicapés devraient-ils se préparer et, dans le sens des Directives nationales concernant les soins palliatifs, prévoir de renforcer l'approvisionnement en soins palliatifs généraux sur place* » (p12).

« *On relèvera ici en particulier les efforts déployés dans le « programme de développement des soins palliatifs » du canton de Vaud pour assurer la formation systématique du personnel d'accompagnement exerçant dans les foyers d'aide aux handicapés et les relier à des services de conseil assurés par les équipes mobiles de soins palliatifs* » (p16).

La politique cantonale a souhaité développer les compétences du personnel socio-éducatif en matière de soins palliatifs. Un objectif a été de sensibiliser 20 à 30% du personnel (tous secteurs confondus) des ESE à cette approche et de former une personne ressource par établissement.

L'observation systématique joue un rôle important. Etant donné que les douleurs peuvent s'exprimer par des modifications inhabituelles du comportement, des instruments structurés et basés sur les données probantes doivent être mis en œuvre pour leur détection et leur suivi.

Les inspecteurs-trice-s se focalisent sur les aspects suivants : vérifier que le personnel connaît et utilise des outils de dépistage de la douleur chronique ou aiguë adaptés aux handicaps de l'utilisateur (Doloplus, SanSalvador, Algoplus, etc.) pour qualifier et préciser l'intensité de la douleur qu'elle soit d'ordre physique ou psychologique. L'utilisation de ces échelles doit aussi permettre de valider que le traitement antalgique est, et continue d'être efficace. Le personnel veille donc à identifier, à atténuer et à soulager les douleurs physiques et les souffrances psychiques. Pour tout changement de comportement, la piste de la douleur doit être investiguée. En cas de doute, les équipes socio-éducatives font appel au service médical de l'institution ou au médecin traitant. Dans la mesure du possible, l'auto-évaluation de la douleur par l'utilisateur sera privilégiée, en mettant à disposition des outils adaptés et en lui enseignant leur utilisation et leur utilité.

La grille du vieillissement, l'échelle de l'inconfort sont des outils permettent aux équipes d'orienter et de récolter les observations précises.

Il s'agit aussi d'« *Etre vigilant pour les personnes trisomiques qui présentent un seuil à la sensibilité douloureuse qui est apparemment plus élevé que les personnes « normales »* (Suivi médical de la personne porteuse de trisomie 21, p.6).

Les directives anticipées, les orientations thérapeutiques, la volonté présumée, les souhaits de fin de vie sont connus, respectés et réactualisés régulièrement. Elles constituent un outil servant à l'autodétermination de l'utilisateur. Une autre alternative est d'informer la personne de la possibilité de nommer un représentant thérapeutique qui pourra donner son consentement ou non pour un traitement donné. Pour constituer des directives anticipées, la personne doit être capable de discernement. Ces informations sont présentes dans le dossier de l'utilisateur et sont à réactualiser. Le recueil des directives anticipées n'a pas un caractère obligatoire, il faut le faire quand cela a du sens et qu'elles soient régulièrement revisitées. Il en va de même pour le représentant thérapeutique, il s'agit d'un droit que l'utilisateur peut exercer.

Outre ces points, les inspecteur-trice-s vérifient que les mesures palliatives et le recours aux équipes mobiles de soins palliatifs sont effectués lorsque les situations le nécessitent. En 2011, l'Office fédéral de la santé publique et la



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

DOF : N° : 522	V : 2	Pro 3:
Rédigé par	SCI/SBN	21.03.2018
Revue effectuée par	JPL	16.07.2019
Libération par	JPL	16.07.2019

15 / 24

15/24

conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé ont publié des « *Critères d'indication pour des prestations spécialisées de soins palliatifs* ».

L'utilisation de réserves médicamenteuses et autres actions entreprises se retrouvent dans le dossier des usager-ère-s : l'indication, le contexte, l'action entreprise et le résultat obtenu.

Les rituels de fin de vie sont connus et respectent la religion d'appartenance de chacun des usager-ère-s.

### C.3.4 Des mesures en matière de promotion de la santé et de prévention sont mises en place

Il s'agit d'investiguer les éléments de base ou les techniques figurant dans les divers programmes cantonaux pour la population dans son ensemble (dépistages précoces de diverses maladies, vaccinations, lieux sans fumée, des règles d'hygiène comme le lavage des mains, tabac, alcool, etc.) et voir comment ils sont intégrés dans les prestations. La promotion de la santé, la prévention et l'autodétermination peuvent coexister.

Les activités physiques sont proposées aux usager-ère-s, elles sont diversifiées et peuvent être pratiquées individuellement (aller au fitness) ou en groupe (marches, randonnée, piscine, gym douce, danse, pétanque, etc.).

Les usager-ère-s sont informés de manière individuelle ou lors de formation psycho-éducatives des infections sexuellement transmissibles, des moyens pour les prévenir, des divers moyens de contraception, et des partenaires du réseau auxquels ils peuvent s'adresser, comme par exemple le planning familial.

Comme proposé par l'association suisse romande « sexualité et handicaps pluriels » (SHP), dans le guide de bonnes pratiques dans le contexte des institutions spécialisées, l'utilisation d'« *Internet avec ses réseaux sociaux et sites à contenus sexuels mérite une attention particulière...il convient de veiller à fournir les clefs d'utilisation et les mises en garde diverses conformément aux demandes, besoins et spécificités de chaque individu* » (p.9).

Les usager-ère-s sont donc sensibilisé-e-s aux risques encourus sur l'utilisation des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), des réseaux sociaux et aux sites à contenus sexuels.

Les inspectrices et les inspecteurs vérifient l'accès à l'information dans ces différents domaines ainsi que la réalisation des mesures en matière de prévention proposée.

L'équipe d'inspection parcourt l'analyse annuelle des menus effectués par un-e diététicien-ne, et s'assurent que les recommandations soient appliquées.

### C.3.5 L'organisation des repas correspond aux normes hôtelières et prend en compte les goûts individuels

Les repas proposés tiennent compte des goûts et habitudes des usager-ère-s. Les préférences, aversions et souhaits spécifiques sont consignés par écrit dans leur dossier et en cuisine ; ils sont mis à jour régulièrement. Des adaptations sont proposées en cas d'aversions.

Les petits déjeuners sous forme de buffet permettent d'en choisir la composition selon l'envie du jour.

Les normes hôtelières sont respectées :

- Le séquençage des mets est recommandé c'est-à-dire que les plats sont servis les uns après les autres.
- La vaisselle est adaptée à un lieu de vie (en évitant bol en inox, plastique etc.).
- Les repas sont dressés avec soin y compris les repas mixés, l'assiette devrait comporter des couleurs et des formes différentes et soignées. Une attention sur la décoration favorise l'appétit.
- Les horaires du repas assurent une répartition correcte sur la journée et sont socialement acceptables, au plus tôt dès 11h45 pour le dîner et au plus tôt dès 17h45 pour le souper. Le rythme est adapté à celui de l'usager-ère.
- L'aménagement des locaux de prise de repas est accueillant et approprié. Des aménagements fonctionnels sont proposés si un-e usager-ère a de la difficulté avec ces temps communautaires. S'il-elle a besoin d'aide pour prendre son repas, le personnel doit se positionner adéquatement, et si nécessaire nommer les aliments.

De manière à maintenir l'autonomie de l'usager-ère, de la vaisselle adaptée telle que tour d'assiette, couvert ergonomique, voire le « manger main » sont des alternatives envisagées.

Les collaborateurs sont invités à partager les repas avec les usager-ère-s, et donner à ce temps sa dimension d'échange social.

Des échanges et collaborations entre les équipes socio-médicales, les usagers et le personnel de cuisine sont conseillés pour favoriser le bon déroulement de ces moments consacrés à l'alimentation et pour répondre aux souhaits et aux besoins des usager-ère-s.



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

DOF : N° : 522	V : 2	Pro 3:
Rédigé par	SCI/SBN	21.03.2018
Revue effectuée par	JPL	16.07.2019
Libération par	JPL	16.07.2019

16 / 24

16/24

Les inspecteur-trices-s sont présents au début du repas pour en évaluer le déroulement et s'entretiennent avec les usager-ères pour évaluer leur degré de satisfaction.

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

Sur la base des observations et rencontres faites lors de la première séquence d'inspection, les inspecteurs-trice-s concentrent leur analyse sur les dossiers individuels des usager-ère-s.

Ils parcourent les documents remis afin de vérifier leur actualisation et adéquation aux connaissances actuelles. Ils font des liens entre ce qui est annoncé, observé, constaté et comment cela se traduit dans les écrits.

La traçabilité est essentielle au suivi de l'accompagnement des usager-ère-s et de leurs projets. Elle participe à la valorisation de l'accompagnement des usager-ère-s et peut permettre cas échéant, au niveau légal de documenter le suivi effectué.

### C.4.1 Pour chaque usager-ère, un projet individualisé est établi en interdisciplinarité. Il comprend un planning d'activités adapté à ses besoins, à ses capacités et à ses ressources

Les inspecteur-trice-s consultent les dossiers des usager-ère-s et recherchent des éléments comme le parcours de vie, les intérêts personnels, les ressources et difficultés, les bilans/les synthèses, le projet individuel/plan d'intervention individualisé, les observations régulières et interdisciplinaires, le suivi des entretiens de réseau.

Chaque usager-ère bénéficie d'un projet individualisé construit à partir de ses besoins, de ses ressources, de ses souhaits et de ses demandes. Son autodétermination est au centre de la démarche. Le projet individuel est élaboré avec l'usager-ère et son réseau (répondant légal, proches, médecin). Le projet fixé en interdisciplinarité, permet au personnel d'ancrer son activité auprès de l'usager-ère en lien avec un ou des objectifs prioritaires. Il donne du sens, un sens à toutes les interactions avec l'usager-ère et à son accompagnement.

Les inspecteur-trice-s recherchent les moyens de mise en œuvre et les indicateurs d'évaluation des objectifs. Ils vérifient que le suivi des objectifs est réalisé selon les délais fixés et que le projet est réévalué au minimum 1x/an avec l'usager-ère, l'ensemble des intervenants concernés, les représentants légaux et le réseau.

Le groupe d'experts Inserm recommande de réaliser un bilan et une évaluation des ressources et des besoins de l'usager-ère: « pour l'évaluation du fonctionnement et des besoins de soutien, de s'appuyer sur les modèles interactionnels du handicap comme ceux de l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) ou du Processus de production du handicap (PPH) » ....« Centré sur l'usager, le projet individualisé permet de co-construire un accompagnement individualisé qui tient compte de ses attentes et ses ressources, de sa personnalité, de ses habitudes de vie et de ses limitations. Se fondant sur l'ensemble des données recueillies, ce projet est élaboré avec l'usager-ère et, si souhaité par l'usager ou nécessaire en raison de problèmes cognitifs, avec ses proches. Centré sur ce qui donne du sens et du plaisir à sa vie, ce projet vise à construire une réponse adaptée à des attentes et besoins particuliers. Le projet individualisé doit donc contenir les objectifs, actions et moyens mis en œuvre pour répondre aux attentes de l'usager-ère. Ce projet peut s'inscrire dans tous les domaines (vie sociale, spirituelle, activités culturelles, récréatives, rythme de vie,...). Il peut concerner des activités ou moments particuliers de la journée, des événements plus épisodiques, voire la réalisation de grands rêves. Le projet individualisé doit être réévalué et, selon l'évolution des désirs et/ou capacités de l'usager, réajusté. Ce processus d'évaluation régulière permet de situer le projet actuel dans l'historique de l'ensemble du/des projets. L'existence d'un projet individualisé régulièrement actualisé est au centre d'un accompagnement individualisé et adapté. (p.87)

Un autre outil comme l'Echelles Lausannoises d'Auto-évaluation des Difficultés Et des Besoins (ELADEB) permet de hiérarchiser les problèmes. Il convient particulièrement bien aux personnes peu verbales, maîtrisant mal le français. Il permet d'élaborer un projet individualisé et d'enclencher un accompagnement adapté aux priorités de l'usager-ère.

En lien avec le projet individualisé, un planning d'activités est établi et réactualisé au gré des étapes de vie de l'usager-ère.

Des protocoles d'accompagnement découlent des projets individualisés et précisent certaines spécificités.

La recherche de sens et de cohérence dans le projet d'accompagnement est déterminante dans cette démarche.



SIS 0070

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

DOF : N° : 522	V : 2	Pro 3:
Rédigé par	SCI/SBN	21.03.2018
Revue effectuée par	JPL	16.07.2019
Libération par	JPL	16.07.2019

17 / 24

17/24

### C.4.2 Les mesures d'entrave à la liberté et à la mobilité, les restrictions individuelles et/ou collectives sont protocolées

« Le CoRev n'évalue pas toutes les mesures de contrainte. En effet, la définition actuelle de la mesure de contrainte va plus loin. Elle inclut toute mesure appliquée à l'insu de la personne handicapée ou en grandes difficultés sociales ou contre sa volonté, et qui restreint sa liberté personnelle (isolement, interdiction de circuler librement, absence d'intimité, surveillance électronique, fermeture des portes et entraves telles que des liens ou des barrières visant à éviter les chutes, etc.) » (p.5 directives et canevas de protocole « Etablissement spécialisé et mesures de contrainte du 21 mai 2013). Ces mesures de restriction de la liberté sont à contrôler par le CIVESS.

Une restriction peut concerner le déplacement (porte de la cuisine empêchant l'accès), l'accès à un objet (armoire fermée, télévision, téléphone, argent, affaires personnelles, etc), la participation à des sorties ou des activités, la consommation (alimentaire, cigarette, etc.).

Certaines mesures sont sécuritaires : barrières de lit levées afin éviter les chutes pour des personnes ne pouvant se mouvoir seules, drap Zewi pour éviter d'arracher une sonde, une ceinture au fauteuil roulant pour un usager-ère présentant des problèmes importants de tonus.

Dans certaines situations à risque pour l'usager-ère et/ou son entourage ou si l'usager-ère ne respecte pas les limitations institutionnelles, des cadres socio-éducatifs ou thérapeutiques peuvent lui être proposés. L'usager-ère s'engage à respecter un cadre déterminé : par exemple à ne pas fumer à l'intérieur de l'établissement, à se soumettre à des contrôles de consommation de stupéfiant, à s'engager à ne plus perturber le voisinage. L'engagement prend la forme d'un contrat souvent écrit : les conséquences du non-respect du cadre sont précisées et appliquées par l'ensemble de l'équipe.

La notion de cadre est considérée comme la mise en place de stratégies anticipatives, avec pour point de mire le changement.

Toute restriction est documentée et argumentée de manière précise dans le dossier de l'usager-ère, les alternatives tentées sont déclinées. Chaque restriction est réévaluée régulièrement, c'est-à-dire au minimum 1 fois par année. Les restrictions ne portent pas sur les besoins fondamentaux, et ne sont pas mises en place pour pallier à des sous-effectifs dans les équipes de jour et de nuit. Elles ne sont jamais punitives, elles ne sont pas posées en réaction à un événement ou à un comportement, mais sont issues d'une réflexion collective. Chaque fois qu'elles sont appliquées, elles sont signalées dans les observations journalières et leur effet est évalué.

Chaque mesure doit respecter des principes tels que la bienfaisance, l'autonomie, et la dignité de la personne.

Seuls les établissements agréés « Autorisation d'exploiter » (AEX) peuvent accueillir des personnes placées sous articles 59 et 64. Dans ce cas, un complément à la grille est investigué : annexe mesures pénales.

### C.4.3 Les protocoles de prévention et gestion de la violence et des comportements suicidaires sont appliqués de manière conforme

Les inspecteur-trice-s analysent le contenu des procédures dans le domaine de la prévention et la gestion en cas de violence et des comportements suicidaires.

Si cela est possible, leur application est examinée au travers de situations individuelles vécues au sein de l'établissement.

Quand il y a un comportement défi, celui-ci doit être identifié, l'action agressive peut être physique et/ou verbales. Le personnel dispose d'outils pour désamorcer des situations potentiellement violentes et pour y faire face, il utilise par exemple des échelles de sévérité du comportement.

Pour « Promouvoir une approche multidimensionnelle des comportements-défis, il est nécessaire de différencier et de ne pas assimiler un comportement-défi (qui résulte d'une interaction individu/environnement) à des troubles psychiatriques... »

- les douleurs liées aux pathologies somatiques peuvent s'exprimer sous forme de comportements-défis (agressivité, automutilation);
- des facteurs environnementaux et éducatifs et notamment l'absence de moyens de communication contribuent souvent aux troubles du comportement et doivent être pris en compte.

C'est pourquoi, les comportements-défis nécessitent une approche multidimensionnelle » (INSERM, p.92-93).



DOF : N° : 522	V : 2	Pro 3:
Rédigé par	SCI/SBN	21.03.2018
Revue effectuée par	JPL	16.07.2019
Libération par	JPL	16.07.2019

« Lorsqu'on ne parvient pas à désamorcer la situation, il convient d'employer des techniques d'autodéfense et, éventuellement, des techniques de maintien ne risquant pas d'avoir un effet nuisible sur le résident. Des techniques douces et respectueuses peuvent être apprises auprès de différents prestataires spécialisés dans la désescalade et la gestion des agressions » (CURAVIVA, p.21).

La direction de l'établissement dispense de la formation continue dans ces domaines, par exemple : la formation à l'utilisation de l'échelle SOAS-R (The Staff Observation Scale – Revised), la formation à une approche préventive d'intervention contrôlée (APIC).

« Il est essentiel que le suivi passe par un bon esprit d'équipe et une hiérarchie à l'écoute avec laquelle la situation peut être abordée, dans le cadre d'une supervision et d'une intervision, par exemple. ...Des formes d'accompagnement sont proposées pour le suivi des personnes traumatisées dans d'autres secteurs du système de santé » (p.17, CURAVIVA).  
« L'institution met à disposition des équipes des ressources afin de surmonter les effets psychologiques de l'agression. La gestion de la violence et des agressions imminentes ou aiguës nécessite l'application d'une procédure bien réfléchie et progressive en ce qui concerne ses suites. » (CURAVIVA, p.19).

« Dans les situations le nécessitant, un plan de crise conjoint (PCC) peut être élaboré. Le PCC est un plan d'actions conjointement élaboré par les usagers, leurs proches et les professionnels de manière anticipée pour prévenir et mieux gérer une crise future. Il est dit « conjoint » dans le sens que le rôle de chacun des partenaires impliqués, qu'ils soient proches et/ou professionnels, doit être négocié entre les parties au préalable. Le PCC s'inscrit dans le processus de rétablissement et constitue une forme récente et innovante de décision partagée (réseau-santé-région-Lausanne).

En 2014, le Parlement a adopté une motion «Prévention du suicide. Mieux utiliser les leviers disponibles », qui charge la Confédération de présenter et de mettre en œuvre un plan d'action pour la prévention du suicide. Ce sujet concerne l'ensemble de la population et de nombreux acteurs du système de santé » (p.4, La prévention du suicide en Suisse). Un mandat a été donné à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et la fondation Promotion Santé Suisse d'élaborer un plan d'action pour la prévention du suicide.

« Le plan d'action vise à réduire de manière durable le nombre de suicides non assistés et de tentatives de suicide. L'objectif est de réduire d'environ 25% le nombre de suicides pour 100000habitants d'ici 2030. Cela permettrait d'éviter environ 300 décès par année » (Ibid, p.4).

Parmi les 10 objectifs du plan d'actions, il est intéressant d'en citer quelques-uns: renforcer les ressources personnelles et sociales, sensibiliser et informer sur la suicidalité, repérer à temps la suicidalité et intervenir précocement (par exemple : formation pour les professionnels comme «faire face au risque suicidaire» en Suisse romande);etc.

« Pour atteindre ces dix objectifs, le plan d'action propose 19 mesures clés. Le plan d'action sera mis en œuvre à partir de 2017 » (Ibid, p.5).

Les équipes d'accompagnement doivent pouvoir repérer les situations à potentiels suicidaires, et connaître les mesures à prendre. Des ressources internes sont formées à l'utilisation de l'outil évaluation de l'Urgence, des Risques et de la Dangerosité (URD). Cet outil se base notamment sur le modèle de compréhension et d'évaluation de la crise suicidaire (Groupe Romand Prévention Suicide, GRPS, 2017)

« La connaissance de ces signaux avertisseurs peut permettre de repérer de façon précoce la suicidalité et d'apporter l'aide nécessaire. Afin que cette tâche exigeante ne repose pas sur un acteur à titre individuel, des structures et des processus de soutien doivent être mis en place à l'interne ou à l'externe » (p.50, CURAVIVA).

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

Pour les thèmes de la formation et du perfectionnement du personnel, le plan stratégique retient un certain nombre de principes :

- « Le Canton élabore des « cadres de référence », d'entente avec ses partenaires. Ces cadres de référence s'inspirent d'une logique qualitative et des besoins, en fonction des ressources disponibles ;
- Le Canton décline les formations et les titres qu'il reconnaît pour œuvrer dans les ESE (structures d'hébergement, structures intermédiaires et ateliers) tout en se conformant aux exigences de qualité de la CIIS et de la LAIH ;
- Le Canton garantit le financement de la formation continue et du perfectionnement professionnel en se référant aux dispositions négociées dans le cadre des conventions collectives de travail (CCT) ;



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

DOF : N° : 522	V : 2	Pro 3:
Rédigé par	SCI/SBN	21.03.2018
Revue effectuée par	JPL	16.07.2019
Libération par	JPL	16.07.2019

19 / 24

19/24

- Le Canton contrôle la qualification des intervenant-e-s et le respect des cadres de référence en se référant aux exigences qualité de la CIIS et de la LAIH » (PSH p.30).

« Le Canton émet des recommandations concernant les qualifications requises, en termes de proportion, dans le domaine socio-éducatif, des niveaux secondaire II et tertiaire pour les ESE de chacune des six catégories établies par l'OFAS. A cet effet, il établit des « cadres de référence » (Ibid, p.31).

### C.5.1 La formation du personnel d'accompagnement est conforme aux recommandations.

Ce sont les recommandations présentées dans le rapport final du GT6 formation auxquelles il est fait référence pour vérifier les pourcentages exigés des niveaux de formation (p.30-31) :

- **Niveau de formation tertiaire** : 50% au minimum, il s'agit des intervenant-e-s socia-ux-lles porteur-euse-s d'un titre tertiaire (A ou B), provenant de filières de la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO) et Ecole Supérieure (diplôme ES). Pour le canton de Vaud dans le domaine de la santé et du social, il s'agit de la d'une part :
  - la Haute école de Santé Vaud (HESAV), la Haute école de la Santé La Source, la Haute école de travail social et de la santé (EESP).
  - l'Ecole Supérieure Sociale Intercantonale de Lausanne (ESSIL), l'Association Romande pour le Perfectionnement du Personnel d'Institutions pour Handicapés (ARPIH)
- **Personnel non formé** : 20% au maximum, il s'agit d'intervenant-e-s sans qualification professionnelle du domaine social.

La vérification de la répartition des niveaux de formation concerne le personnel d'accompagnement de jour intervenant sur l'ensemble de la semaine, elle est faite pour chaque lieu de vie inspecté.

Les inspecteur-trice-s recueillent les plannings horaires du mois en cours pour les équipes de chaque lieu de vie et les complètent en indiquant les niveaux de formation.

Lors de l'inspection, il est observé que les tâches et les rôles de professionnels soient en lien avec leur statut.

Les recommandations du DSAS relatives aux conditions de délégation des actes médico-techniques, des soins et des gestes d'assistance aux actes de la vie quotidienne au personnel des établissements socio-éducatifs (ESE) sont appliquées. Ces actes sont dûment enseignés, supervisés et évalués au personnel socio-éducatif intervenant de jour ou de nuit.

### C.5.2 Le personnel suit des perfectionnements inhérents aux problématiques des usager-ère-s

L'établissement dispose d'une politique de formation et d'un plan de formation annuel pour l'ensemble des collaborateurs.

« La formation continue reste un des leviers déterminants pour faciliter l'adaptation, accompagner les changements et permettre aux intervenant-e-s d'acquérir, de renouveler ou d'approfondir leurs connaissances et leurs compétences. La formation continue est encouragée et son impact sur la qualité des prestations aux usagères et usagers et sur la satisfaction des intervenant-e-s ont été reconnus par l'OFAS et le Canton qui les ont soutenus financièrement. S'agissant du temps consenti à la formation, les CCT en vigueur précisent les conditions attachées au perfectionnement professionnel (durée, frais, etc.) » (PSH, p.32).

Le rapport final du GT « Vieillesse » recommande pour la formation : les éléments suivants « formation au repérage du vieillissement, aux spécificités du vieillissement des personnes atteintes de déficiences mentales, à l'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes dont les besoins évoluent ».

Le rapport final du GT « Vieillesse » souligne que « lorsque des lieux de vie sont dédiés spécifiquement à l'accompagnement des personnes vieillissantes, une représentation équilibrée des professionnels du secteur éducatif et soignant est recommandée » (p.42).

L'amélioration continue des compétences du personnel constitue l'un des facteurs essentiels d'évolution de la qualité des prestations d'un établissement. Dans ce sens, l'établissement met en œuvre un plan annuel de formation pour l'ensemble des collaborateurs, visant à consolider l'existant et accompagner les changements. Il tient compte des besoins des usager-ère-s hébergé-e-s tant sur le plan psychique que somatique ainsi que l'évolution des concepts et des pratiques.



SIS 0070

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

DOF : N° : 522	V : 2	Pro 3:
Rédigé par	SCI/SBN	21.03.2018
Revue effectuée par	JPL	16.07.2019
Libération par	JPL	16.07.2019

20 / 24

20/24

Dans un souci de perfectionnement collectif, des formations sont organisées intra-muros et dans un souci d'ouverture des cours peuvent être suivis à l'extérieur. Des formations longues sont également proposées au personnel. Les collaboratrices et les collaborateurs bénéficient de supervision et/ou d'analyse de situation. Elles-ils disposent de ressources internes ou externes pouvant être mobilisées en cas de situation de crise. Les collaboratrices et les collaborateurs connaissent et sollicitent les équipes mobiles, soins palliatifs, SPDM, psychiatrie de liaison, psychiatrie de l'âge avancé.

Les inspecteur-trice-s demandent la liste des formations suivies ou prévues pour l'année en cours.



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

DOF : N° : 522	V : 2	Pro 3:
Rédigé par	SCI/SBN	21.03.2018
Revue effectuée par	JPL	16.07.2019
Libération par	JPL	16.07.2019

21 / 24

21/24

## D BIBLIOGRAPHIE

Association suisse des pharmaciens cantonaux (2009). Règles des bonnes pratiques de remise de médicaments version 1, 2009.

Récupéré de

[http://www.kantonsapothecker.ch/fileadmin/docs/public/kav/posipapriere/regles\\_de\\_bonnes\\_pratiques\\_de\\_remise\\_de\\_medicaments\\_version\\_1.pdf](http://www.kantonsapothecker.ch/fileadmin/docs/public/kav/posipapriere/regles_de_bonnes_pratiques_de_remise_de_medicaments_version_1.pdf)

Association suisse romande, sexualité et handicaps pluriels (SEHP), (2012). *Guide de bonnes pratiques dans le contexte des institutions spécialisées*, Fribourg.

Agthe Diserens, C. & Vatré, F. (2<sup>ème</sup> édition de janvier 2012). *Assistance sexuelle et handicaps, au désir des corps, réponses sensuelles et sexuelles avec créativité*. Lyon : Chronique sociale.

AvenirSocial, Professionnels travail social Suisse. (2006). Code de déontologie des professionnel-le-s du travail social.

Récupéré de [http://www.avenirsocial.ch/cm\\_data/CodeDeontologie\\_A4\\_f.pdf](http://www.avenirsocial.ch/cm_data/CodeDeontologie_A4_f.pdf)

Bertozzi, F. (2017) Étapes de vie et transitions : les orientations du canton de Vaud dans l'accompagnement des personnes adultes avec déficience intellectuelle, *Pages Romandes*, 03, (09), p.6-9.

Canton de Vaud, Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS), Département de la formation, de la jeunesse et de la culture (DFJC), Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation (SESAF) (Décembre 2010). Plan Stratégique Handicap 2011 – Plan stratégique vaudois en faveur de l'intégration des personnes adultes en situation de handicap et de la prise en charge en structure de jour ou à caractère résidentiel des mineurs en situation de handicap (PSH 2011).

Récupéré de

[https://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/organisation/dsas/spas/fichiers\\_pdf/RPT\\_H3\\_20110114\\_PSH2011\\_v8.00.pdf](https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/spas/fichiers_pdf/RPT_H3_20110114_PSH2011_v8.00.pdf)

Canton de Vaud, Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS), Commission cantonale sur les déficiences mentales et associées (CCDMA), Groupe de travail vieillissement (2013). Rapport final du GT vieillissement.

Récupéré de

[https://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/themes/social/Handicap/Gh7\\_CCDMA\\_20140115\\_Rapport\\_final\\_GT\\_vieillissement.pdf](https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/social/Handicap/Gh7_CCDMA_20140115_Rapport_final_GT_vieillissement.pdf)

Canton de Vaud, Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS), Commission cantonale sur les déficiences mentales et associées (CCDMA), Groupe de travail autisme (2016). *Autisme et handicaps : vers un accompagnement socio-éducatif répondant aux besoins*.

Récupéré de

[https://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/themes/social/Handicap/CCDMA\\_Rapport\\_final\\_GT\\_Autisme\\_def.pdf](https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/social/Handicap/CCDMA_Rapport_final_GT_Autisme_def.pdf)

Canton de Vaud, Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS), Groupe de travail Formation (GT6), (juin 2010), Rapport final.

Confédération suisse (1907, état le 1<sup>er</sup> janvier 2018). Code civil suisse: 210.

Récupéré de <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/201801010000/210.pdf>

Confédération suisse. Loi fédérale sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées (Loi sur l'égalité pour les handicapés, LHand) du 13 décembre 2002 (État le 13 juin 2006) : 151.3.

Récupéré de <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20002658/index.html>

Confédération suisse. Loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI) du 6 octobre 2006 (état au 1<sup>er</sup> janvier 2017) : 831.26.

Récupéré de <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20051694/index.html#a2006>

Confédération suisse, Office fédéral de la santé publique (OFSP), Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) (2011). *Critères d'indication pour des prestations spécialisées de soins palliatifs*. Éditeur OFSP et CDS, Zurich.

Récupéré de <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/grundlagen-zur-strategie-palliative-care/spezialisierte-palliative-care.html>



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

DOF : N° : 522	V : 2	Pro 3:
Rédigé par	SCI/SBN	21.03.2018
Revue effectuée par	JPL	16.07.2019
Libération par	JPL	16.07.2019

22 / 24

22/24

Confédération suisse, Office fédéral de la santé publique (OFSP), Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et fondation Promotion Santé Suisse, (2016). *La prévention du suicide en Suisse Contexte, mesures à prendre et plan d'action*. Éditeur OFSP, Berne

Récupéré de

[https://stopsuicide.ch/wp-content/uploads/2017/07/Rapport\\_preventiondu-suicide\\_pland27action\\_2016.pdf](https://stopsuicide.ch/wp-content/uploads/2017/07/Rapport_preventiondu-suicide_pland27action_2016.pdf)

Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales (CLASS), Groupe de travail RPT du Groupement des services d'action et d'aide sociales des cantons romands, de Berne et du Tessin (GRAS) (2014). Critères de qualité requis pour les institutions sociales latines au sens des art. 3 et 4 LIPPI valables pour l'hébergement, les ateliers et les centres de jour validé par la CLASS, 3 février 2014.

Récupéré de

[http://www.sodk.ch/fileadmin/user\\_upload/Fachbereiche/Behindertenpolitik/IFEG/2014.04.03\\_CritèresQualitéRequis\\_f.pdf](http://www.sodk.ch/fileadmin/user_upload/Fachbereiche/Behindertenpolitik/IFEG/2014.04.03_CritèresQualitéRequis_f.pdf)

CURAVIVA Suisse, Richter, D. *Agressions dans les établissements de soins de longue durée, Tableau nuancé du problème*, avril 2013.

Récupéré de <https://www.curaviva.ch/files/58TOIS/Agressions-dans-les-EMS.pdf>

Fremenville, B, Nivelon, A., Tourraine, R. *Suivi médical de la personne porteuse de trisomie 21*, (deuxième édition), décembre 2007.

État de Vaud, Département de la santé et de l'action sociale. Directives et canevas de protocole «Établissement spécialisé et mesures de contrainte» du 21 mai 2013 (révision du 21 mai 2017).

Récupéré de

[https://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/themes/sante\\_social/handicaps/fichiers\\_pdf/Directives\\_mesures\\_de\\_contrainte\\_visées\\_Chef\\_DSAS\\_1er\\_juin\\_2017.pdf](https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/handicaps/fichiers_pdf/Directives_mesures_de_contrainte_visées_Chef_DSAS_1er_juin_2017.pdf)

État de Vaud, Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS) (avril 2012). Dispositif Cantonal d'Indication et de Suivi pour personnes en situation de Handicap (DCISH).

Récupéré de

<https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/handicap/prestations-offertes-aux-personnes-en-situation-de-handicap/aide-au-placement/dispositif-cantonal-dindication-et-de-suivi/>

État de Vaud. Loi sur les mesures d'aide et l'intégration pour personnes handicapées (LAIH) du 10 février 2004 (état au 1.01.2018): 850.61.

Récupéré de [http://www.rsv.vd.ch/rsvsite/rsv\\_site/index.xsp](http://www.rsv.vd.ch/rsvsite/rsv_site/index.xsp)

État de Vaud. Règlement d'application de la loi du 10 février 2004 sur les mesures d'aide et d'intégration des personnes handicapées (RLAIH) état au 01.01.2015 : 850.61.1.

Récupéré de [http://www.rsv.vd.ch/rsvsite/rsv\\_site/index.xsp](http://www.rsv.vd.ch/rsvsite/rsv_site/index.xsp)

Giroud, V & Ortiz, M. (2013). Derrière la magie du mot « autodétermination ». *Revue d'information sociale* (REISO.org).

Récupéré de <https://www.reiso.org/articles/themes/ethique/177-derriere-la-magie-du-mot-autodetermination>

Grémaud, G., Petitpierre, G., Veyre, A. (2015). Apprendre à l'âge adulte, qu'en disent les personnes avec une déficience intellectuelle, *Pages Romandes*, 03 (1), p7-9.

Groupe Romand Prévention Suicide, GRPS, 2017

Récupéré de <https://preventionsuicide-romandie.ch/>

Haute école intercantonale de pédagogie curative (2015). *Soins palliatifs aux personnes en situation de handicap intellectuel, Interventions requises et mesures proposées*. Rapport élaboré sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), Zürich.

Récupéré de <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-palliative-care/intellektuelle-beeintraechtigung-und-palliative-care.html>

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). *Déficiences intellectuelles, synthèse et recommandations*. Collection Expertise collective. EDP Sciences, 2016.

Récupéré de [http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6817/expcol\\_2016\\_DI\\_fascicule.pdf?sequence=1](http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6817/expcol_2016_DI_fascicule.pdf?sequence=1)



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

DOF : N° : 522	V : 2	Pro 3:
Rédigé par	SCI/SBN	21.03.2018
Revue effectuée par	JPL	16.07.2019
Libération par	JPL	16.07.2019

23 / 24

23/24

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). *Déficiences intellectuelles une expertise collective de l'Inserme*. Information presse, Paris, 2016.

Manghi, R., Khazaal, Y., Zullino, D. (2014). Addiction et soin : le pari de l'espoir. *Revue d'information sociale – Reiso*. Article mis en ligne le 19 mai 2014.

Récupéré de <https://www.reiso.org/document/271>

Morel, A. (sous la direction de) (2010). *L'aide-mémoire d'Addictologie en 46 notions*. Paris : Dunod.

Organisation des Nations Unies, *Convention relative au droit des personnes handicapées (CDPH)*, New York le 13 décembre 2006, Entrée en vigueur pour la Suisse le 15 mai 2014.

Récupéré de <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20122488/>

Prats, V., Tharin, A. (2015) Rapport, *Dispositif vaudois en matière d'addiction, Pertinence et adéquation des prestations offertes et en lien avec l'évolution des besoins socio-éducatifs*, mandant SPAS, (présenté et distribué aux ESE en juin 2015).

Réseau international sur le Processus de production de handicap. Le Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH).

Récupéré de <https://ripph.gc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/>

Réseau Santé, Région Lausanne

Récupéré de <https://www.reseau-sante-region-lausanne.ch/psychiatrie-communautaire-adulte-0>

Tessari Veyre, A., Gremaud, G. (2017). Des pistes pour favoriser la communication. *Revue d'information sociale - Reiso*. Article mis en ligne le 12 juin 2017.

Récupéré de <https://www.reiso.org/articles/themes/handicaps/1850-des-pistes-pour-favoriser-la-communication>



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](mailto:info.civess@vd.ch)

DOF : N° : 522	V : 2	Pro 3:
Rédigé par	SCI/SBN	21.03.2018
Revue effectuée par	JPL	16.07.2019
Libération par	JPL	16.07.2019

24 / 24

24/24