



CIVESS

Bâtiment administratif
de la Pontaise
Avenue des Casernes 2
1014 Lausanne

EXPLICATIF DES INSPECTIONS CIBLEES

en établissement médico-social
et division C d'hôpital



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 : 513	V : 5	Pro 3:
Rédigé par	JPL	20.06.2019
Revue effectuée par	JPL	20.06.2019
Libération par	JPL	20.06.2019

TABLE DES MATIERES

A	INTRODUCTION	4
B	DEROULEMENT DE L'INSPECTION	4
B.1	GRILLE D'EVALUATION	5
C	NORMES ET CRITERES	7
C.1	NORME 1. LA DIGNITE ET L'INTIMITE DU RESIDENT SONT PRESERVEES ET SES DROITS SONT RESPECTES	7
C.1.1	<i>Les droits des résidents sont connus, respectés et exercés.</i>	7
C.1.2	<i>L'estime de soi du résident est préservée par une image corporelle soignée</i>	7
C.1.3	<i>La sphère privée et identitaire du résident est respectée</i>	7
C.1.4	<i>Lors de soins, des mesures sont prises pour préserver les habitudes et l'intimité du résident</i>	8
C.1.5	<i>L'organisation des repas correspond aux normes hôtelières ; les goûts individuels et besoins nutritionnels du résident sont respectés</i>	8
C.2	NORME 2. LA SECURITE EST ASSUREE ET L'AUTONOMIE EST FAVORISEE	9
C.2.1	<i>Un système d'appel est à portée du résident et des moyens auxiliaires adaptés lui sont proposés. Le lieu de vie est adapté à son handicap</i>	9
C.2.2	<i>Le personnel s'adapte au rythme du résident</i>	9
C.2.3	<i>L'autonomie du résident est favorisée dans les activités de la vie quotidienne</i>	10
C.2.4	<i>La gestion des médicaments est conforme aux normes professionnelles</i>	10
C.2.5	<i>L'aide au repas est adaptée aux capacités et habitudes du résident et favorise son autonomie</i>	10
C.3	NORME 3. LA COMMUNICATION EST RESPECTUEUSE ET ADAPTEE. LA VIE SOCIALE EST VALORISEE	11
C.3.1	<i>Le personnel s'adresse au résident avec respect</i>	11
C.3.2	<i>Le maintien de relations avec l'extérieur est favorisé</i>	11
C.3.3	<i>Les activités proposées aux résidents répondent à leurs aspirations et correspondent à leur projet individuel</i>	11
C.3.4	<i>L'accès à l'information est facilité</i>	12
C.3.5	<i>Les besoins affectifs et spirituels du résident sont pris en considération</i>	12
C.4	NORME 4. L'EMS DISPOSE D'UN DOSSIER INDIVIDUEL PERMETTANT LA REALISATION ET L'EVALUATION DES PROCESSUS D'ACCOMPAGNEMENT. DES PROTOCOLES DE REFERENCE / DEMARCHES INSTITUTIONNELLES ACTUALISES SONT APPLIQUES INDIVIDUELLEMENT AUX RESIDENTS	13
C.4.1	<i>Le dossier du résident présente une histoire de vie, un recueil de données, des observations qui participent à l'élaboration du projet d'accompagnement</i>	13



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 : 513	V : 5	Pro 3:
Rédigé par	JPL	20.06.2019
Revue effectuée par	JPL	20.06.2019
Libération par	JPL	20.06.2019

2 / 19

C.4.2	<i>Une collaboration interdisciplinaire régulière permet d'élaborer un projet d'accompagnement bio psycho social et spirituel.....</i>	14
C.4.3	<i>Les mesures de contrainte sont exceptionnelles et leur protocole est appliqué de manière conforme dans le formulaire individuel.....</i>	14
C.4.4	<i>Le protocole de prévention et de traitement des escarres / plaies ou la démarche institutionnelles est appliqué de manière conforme.....</i>	16
C.4.5	<i>Le concept des soins palliatifs de l'institution et le protocole du suivi de la douleur sont appliqués de manière conforme.....</i>	16
C.4.6	<i>Le protocole ou la démarche institutionnelle d'évaluation du risque de dénutrition est appliqué de manière conforme.....</i>	17
C.5	NORME 5 : L'EMS RESPECTE LES EXIGENCES LEGALES EN MATIERE DE DOTATION ET DE QUALIFICATION ET DU PERSONNEL.....	18
C.5.1	<i>La dotation en personnel soignant est égale ou supérieure à la dotation exigée.....</i>	18
C.5.2	<i>La présence d'une ID au minimum 8h18/jour 7/7 est assurée et des piquets sont organisés.....</i>	18
C.5.3	<i>La dotation en personnel d'accompagnement socio-culturel est égale ou supérieure à la dotation exigée</i>	18
D	BIBLIOGRAPHIE SELECTIVE	19



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 : 513	V : 5	Pro 3:
Rédigé par	JPL	20.06.2019
Revue effectuée par	JPL	20.06.2019
Libération par	JPL	20.06.2019

3 / 19

A Introduction

En 2007, le chef du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), M. Pierre-Yves Maillard, a souhaité réorienter le processus d'inspection du CIVESS (ex-CIVEMS) en introduisant un nouveau type d'inspection, les **inspections ciblées**.

Par ciblées, il était entendu des visites plus courtes portant sur un nombre restreint de normes et de critères centrés sur le respect de la **dignité** et de la **sécurité** des résidents d'EMS.

Ces inspections ont démarré au début 2008 et l'ensemble des EMS vaudois a déjà été inspecté au moins à quatre reprises avec cette grille et cette méthodologie.

Dès 2014, en lien avec les travaux sur la directive dotation minimal en personnel d'accompagnement en EMS et à l'évolution des pratiques de l'accompagnement, un travail d'adaptation des normes et des critères a été élaboré par les inspecteurs-trices.

Un groupe de travail constitué des faitières, du Groupements Des Médecins Travailleurs En EMS (GMEMS) et d'un membre du CoDir du CIVESS a travaillé pendant plus d'un an à l'adaptation de ce nouvel explicatif que vous avez aujourd'hui entre les mains.

La nouvelle grille 2017 présente notamment trois grandes évolutions :

- l'élaboration d'un critère en lien avec les besoins affectifs et spirituels du résident (critère 3.5).
- le déplacement sur le concept des soins palliatifs et le protocole du suivi de la douleur du focus mis jusque-là sur les mesures de contraintes. Cela signifie que si le critère 4.5 n'est pas atteint, l'établissement devient non conforme.
- la non-conformité d'un établissement est avérée, lorsque 30% et plus de 30% de critères non atteints. Lors du deuxième tour la non-conformité sera avérée lorsque 20% des critères seront non atteints.

B Déroulement de l'inspection

Les inspections sont non annoncées et peuvent se dérouler à tout moment de la journée y compris le soir et la nuit. Si possible, les tranches horaires choisies doivent comporter la possibilité d'observer un repas.

La durée de l'inspection est d'une journée.

A leur arrivée, les inspecteurs-trices s'annoncent à la réception, demandent d'avertir la direction et organisent le déroulement de la visite. Si la direction le souhaite, un collaborateur peut les accompagner dans les unités, les étages.

Une liste des documents nécessaires à l'inspection est remise au début de l'inspection. Ces documents sont :

- Les protocoles de soins existants dans les domaines des mesures de contrainte, prévention et traitement des plaies, soins palliatifs, état nutritionnel.
- La liste du personnel de soin (jour/nuit/piquet, fonction, taux d'activité et légendes) et d'animation (personnel qualifié / non qualifié) ainsi que les plannings des 2 derniers mois et du mois en cours avec leur légende.

Le CIVESS remet à l'EMS une fiche technique de calcul recensant les exigences actuelles en termes de dotation minimale en personnel d'accompagnement.

Les inspections sont conduites par deux inspecteurs-trices 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 pistes citées dans la grille. Ce document est à usage interne.

Puis une mise en commun des observations est effectuée entre les inspecteurs-trices afin d'établir le rapport d'inspection.



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 : 513	V : 5	Pro 3:
Rédigé par	JPL	20.06.2019
Revue effectuée par	JPL	20.06.2019
Libération par	JPL	20.06.2019

4 / 19

Le résultat de l'inspection est remis à la direction et/ou aux responsables du jour lors d'un échange permettant de donner des explications sur l'évaluation des critères de l'inspection. D'entente avec la direction, des collaborateurs peuvent assister à cette séance. Des situations particulières peuvent induire une remise de rapport en différé.

Le rapport peut faire l'objet d'une demande de complément d'information ou de contestation de certains éléments dans les 15 jours qui suivent l'inspection auprès des inspecteurs-trices ou du CODIR.

En fonction du résultat, le suivi par le CIVESS se fait de trois manières différentes :

1. Les établissements qui correspondent largement au standard cantonal (vert) recevront, à l'issue de l'inspection, un rapport précisant le niveau d'atteinte de chaque critère et les félicitations du CIVESS.

Les EMS qui correspondent largement au standard cantonal sont ceux pour qui :

- 80% de critères sont atteints
- Aucun critère n'est non atteint
- Les critères concernant la dotation en personnel sont tous atteints.

2. Ceux qui correspondent au standard cantonal (orange) mais obtiennent un résultat final inférieur aux barèmes ci-dessus recevront, à l'issue de l'inspection, un rapport précisant le niveau d'atteinte de chaque critère ainsi que des pistes de réflexion. Il leur incombera de mettre en place les améliorations requises en s'appuyant par exemple, sur leur démarche qualité.

Dans ces 2 cas de figure, l'inspection est reconduite selon le rythme périodique.

3. Ceux qui n'atteignent pas le standard cantonal (rouge) recevront un courrier explicatif de l'autorité compétente. De plus, pour les établissements avec plus de 30% des critères non atteints, un rapport détaillé sera rédigé. Un suivi particulier sera fait par le CIVESS afin que ces EMS s'améliorent dans les meilleurs délais.

Les EMS ne respectant pas le standard cantonal sont ceux pour qui :

- 30% ou plus de critères sont non atteints lors du premier tour et 20% lors du deuxième tour
- 2 ou 3 critères concernant la dotation en personnel sont non atteints
- le critère concernant les soins palliatifs (4.5) est non atteint.

B.1 Grille d'évaluation

La grille d'évaluation est constituée de trois séquences :

1. La première qui contient des critères (normes 1-2-3) évalués sur la base d'échanges et d'observations directes du personnel et des résidents.
2. La seconde qui recherche une congruence entre les éléments observés et les écrits (norme 4 dossiers des résidents).
3. Le troisième axe vérifie que la dotation en personnel d'accompagnement soit conforme aux exigences (norme 5).

Pour chaque critère, une liste non exhaustive d'items est mentionnée sur la grille afin de faciliter le travail des inspecteurs-trices.

Les moyens utilisés pour évaluer un maximum de critères sont :

- La visite des chambres et des locaux communs
- L'observation des interactions entre les résidents et le personnel (lors d'un soin de base, animation, repas, mobilisation)
- Des entretiens informels avec des résidents et avec le personnel sur le terrain
- La consultation des dossiers des résidents *
- La consultation des protocoles remis
- L'analyse des plannings et liste du personnel pour le calcul de la dotation

* Cette consultation est autorisée par la Loi sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (LAIH) et Règlement sur les établissements sanitaires et les établissements apparentés de droit privé dans le Canton de Vaud (RES) (cf. document des conditions générales d'inspection)



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 : 513	V : 5	Pro 3:
Rédigé par	JPL	20.06.2019
Revue effectuée par	JPL	20.06.2019
Libération par	JPL	20.06.2019

5 / 19



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 : 513	V : 5	Pro 3:
Rédigé par	JPL	20.06.2019
Revue effectuée par	JPL	20.06.2019
Libération par	JPL	20.06.2019

6 / 19

C Normes et critères

Introduction : Par personnel, nous faisons référence aux personnels d'accompagnement tels que décrit dans l'annexe 2 de la directive accompagnement novembre 2015.

C.1 Norme 1. La dignité et l'intimité du résident sont préservées et ses droits sont respectés

C.1.1 Les droits des résidents sont connus, respectés et exercés.

Ce critère met en avant un aspect essentiel du processus d'accompagnement en termes de pouvoir de décision des résidents.

Le résident doit pouvoir prendre des décisions concernant sa santé et son traitement, faire ses propres choix de vie et prendre des risques mesurés.

Dans ce sens, l'établissement doit garantir le respect des droits fondamentaux et des droits des patients.

Dès lors, les inspecteurs-trice-s vérifient que le résident ou son représentant sont associés, dans la mesure du possible, aux choix et orientations de prise en charge le concernant.

Des droits essentiels doivent être respectés comme :

- L'accès à son dossier
- Le choix de son médecin
- L'exercice de ses droits civiques
- L'accès aux médias et aux divers moyens de communication
- Le droit de conserver sa liberté spirituelle et de pratiquer sa religion
- Le droit d'être informé des recours possibles en interne et en externe contre une décision et/ou un acte de maltraitance
- Le droit d'être informé des activités à l'intérieur de l'établissement et dans la région
- Droit de formuler des directives anticipées et de choisir un représentant thérapeutique
-

Les inspecteur-trice-s s'entretiennent avec les résidents et le personnel afin de vérifier l'application de ces droits. Ils peuvent demander à consulter le concept d'accompagnement, le contrat d'hébergement, le règlement de maison,....

Concernant les directives anticipées, ces dernières sont recueillies et régulièrement actualisées par le médecin et le personnel HES/ES. Elles sont retranscrites dans le dossier du résident.

C.1.2 L'estime de soi du résident est préservée par une image corporelle soignée

Une attention particulière est portée à l'image corporelle du résident. Une attention sur l'hygiène, la coiffure ou le rasage permet de valoriser le résident.

Le résident porte des vêtements propres et adaptés. Le cas échéant, le matériel de soins (par exemple : uriflac) est dissimulé. L'habillement préserve l'intimité. Le choix des habits est fait avec le résident en fonction de ses habitudes et désirs.

Lors des différents contacts avec les résidents, les inspecteurs-trices sont attentifs à leur apparence (cheveux, ongles, peau, etc.) et au soin porté à leur hygiène bucco-dentaire quotidienne.

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 « négligée ».

C.1.3 La sphère privée et identitaire du résident est respectée

Le respect de l'intimité du résident fait partie de la dignité. La préservation de la sphère privée doit être une priorité pour le personnel dans son accompagnement au quotidien.



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 : 513	V : 5	Pro 3:
Rédigé par	JPL	20.06.2019
Revue effectuée par	JPL	20.06.2019
Libération par	JPL	20.06.2019

7 / 19

En EMS, la chambre est le seul espace privé qui appartienne au résident. C'est pourquoi, le personnel frappe à la porte et attend une réponse. Le matériel de soins est rangé si possible ailleurs que dans la chambre, dans un endroit fermé. De la même manière, le personnel respecte les effets et biens personnels des résidents.

La chambre du résident est aménagée avec des meubles (personnels ou de l'EMS) et des objets personnels. Dans les chambres à deux lits, une attention particulière est portée à ce que chaque résident puisse bénéficier d'un espace à soi.

Le résident doit pouvoir disposer de son espace privatif (clé, pancarte, paravent,...) et avoir accès à son armoire.

Dans la mesure du possible, le personnel limite les perturbations sonores et olfactives.

L'EMS aménage divers lieux communs permettant aux résidents des moments de calme, de détente, de convivialité et des lieux adaptés à des activités.

C.1.4 Lors de soins, des mesures sont prises pour préserver les habitudes et l'intimité du résident

Le personnel respecte les règles de bonnes pratiques du soin :

- Pour chaque résident, il est demandé au préalable quelles sont les habitudes, préférences et difficultés pour les soins d'hygiène corporelle. Des approches adaptées sont mises en place en fonction des situations rencontrées.
- Lors des soins, le personnel :
 - veille à éviter les situations gênantes ou inappropriées pour le résident ou son entourage.
 - évite l'exposition du corps par l'utilisation de grand linge/drap et de paravent/rideau. Il est recommandé de disposer d'un paravent de manière à éviter entre autres la visibilité du soin depuis la porte.
 - respecte les pratiques usuelles de soins d'hygiène, sous réserve d'une approche privilégiant un ordre différent (par ex. la méthodologie de Gineste Marescotti recommande de commencer la toilette par une partie du corps moins intime comme les mains plutôt que le visage). Chaque inspecteur-trice, séparément, peut assister à une toilette ou à un autre soin, pour autant que sa présence ne perturbe pas le résident et que celui-ci donne son accord.

C.1.5 L'organisation des repas correspond aux normes hôtelières ; les goûts individuels et besoins nutritionnels du résident sont respectés.

Les normes hôtelières sont respectées :

- Le séquençage des mets (entrée, plat, dessert, café ou thé) est recommandé c'est-à-dire qu'ils sont servis les uns après les autres. Pour les résidents mangeant dans leur chambre, il est possible de prendre le plateau dans la chambre puis de servir au résident les mets les uns après les autres. Dans les cas où le résident est autonome pour la prise de repas et qu'il le demande (trace dans le dossier) le service sur plateau est toléré.
- La vaisselle adaptée à un lieu de vie (en évitant bol en inox, plastique etc.).
- Les repas sont dressés avec soin y compris les repas mixés. Le dressage de l'assiette devrait comporter des couleurs et des formes différentes et soignées. Une attention sur la décoration favorise l'appétit.
- Les horaires du repas en salle à manger, dans les unités et en chambre 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 du service est adapté à celui du résident.
- Les inspecteurs-trices s'assurent que l'aménagement des locaux de prise de repas (salle à manger, salle à manger d'étage et chambres) est accueillant et approprié.

Les repas proposés tiennent compte des goûts et habitudes antérieures des résidents. Les préférences, aversions et souhaits spécifiques sont consignés par écrit dans leur dossier et en cuisine ; ils sont mis à jour régulièrement.

Les souhaits des résidents sont à considérer en priorité. Toutefois, l'équilibre alimentaire de la personne âgée est un point à ne pas négliger. Dans les menus ou autres propositions faites aux résidents, une attention doit être portée aux apports de protéines, vitamine C, calcium et fibres.



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 : 513	V : 5	Pro 3:
Rédigé par	JPL	20.06.2019
Revue effectuée par	JPL	20.06.2019
Libération par	JPL	20.06.2019

8 / 19

Les recommandations de consommation de la Société Suisse de Nutrition¹ (SSN), « *Référentiel Alimentation de la Personne Âgée* » du groupe PAGE² ou de Fourchette Verte Senior³ (FVS) sont des documents de référence pour la rédaction d'un plan alimentaire. Ce plan alimentaire servira de structure à la création des menus.

Les risques de carences et les particularités des résidents doivent également être pris en considération.

L'adaptation de l'alimentation en EMS a pour objectif de maintenir ou d'améliorer la qualité de vie des résidents. Les alimentations spécifiques de prévention des maladies cardio-vasculaire, de l'obésité, etc... ne sera proposé que lorsque le résident exprime clairement cette demande. L'accompagnement individuel est à privilégier !

C.2 Norme 2. La sécurité est assurée et l'autonomie est favorisée

C.2.1 Un système d'appel est à portée du résident et des moyens auxiliaires adaptés lui sont proposés. Le lieu de vie est adapté à son handicap

Dans ce critère, les inspecteurs/trices vérifient la présence et l'utilisation de matériel favorisant l'autonomie des résidents.

Lors de la visite des chambres, les inspecteurs-trices vérifient la présence des systèmes d'appel à portée de main. Si l'état du résident ne permet plus leur utilisation, cette information devra être notifié dans son dossier et d'autres mesures seront mises en place afin de lui permettre de faire appel ou d'être accompagné en cas de besoin.

Le matériel auxiliaire à disposition des résidents est adapté à leurs besoins, propre et en bon état. Il comprend les moyens auxiliaires nécessaires à la mobilisation et favorisant l'autonomie (cannes, fauteuils roulants, barres d'appuis/de redressement, rehausse WC, tapis alarme, etc...).

Le personnel veille à ce que les autres moyens auxiliaires palliant plus spécifiquement et personnellement aux déficits cognitifs et organiques (pince ergonomique, peigne à manche, appareil acoustique, lunettes-loupe, etc...) soient utilisables par le résident.⁴

L'établissement a identifié les risques liés à son architecture et a mis en place des moyens permettant d'y remédier, par ex : portail devant les escaliers.

Les locaux doivent être adaptés aux handicaps de la clientèle hébergée.

C.2.2 Le personnel s'adapte au rythme du résident

Ce critère est observé lors de différents moments de l'inspection (déplacements et mobilisation, toilette, repas, animations, etc.).

Les heures d'éveil et de repos du résident sont connues et respectées. On en retrouve la trace dans son dossier.

Les horaires du personnel sont adaptés aux rythmes et aux besoins des résidents; ils sont échelonnés.

Le personnel s'adapte au résident selon son état du moment et son rythme.

Le personnel connaît les techniques lui permettant d'assurer des actes confortables et sûrs pour le résident et pour lui-même [PDSB, Ecole du dos, GAPA (gestes et activation de la personne âgée)]. Les techniques de manutention sont adaptées en fonction des handicaps.

Lorsque la toilette est effectuée par deux soignants, le rôle du second soignant doit être bien déterminé. Par exemple, aider à la mobilisation ou capter l'attention du résident permettent de valoriser l'accompagnement. Par contre, les actions de plusieurs intervenants dans le but d'accélérer la toilette, (en lavant simultanément le résident) ne respecte pas l'individu et son rythme.

¹ Société Suisse de Nutrition, *L'alimentation de la personne âgée*, 2011

² Groupe PAGE, *Référentiel de la personne âgée*, 2015

³ Fourchette verte sénior, *Affiliation Fourchette verte SENIOR*, 2012

⁴ Ligue vaudoise contre le Rhumatisme <http://www.liguerhumatisme-vaud.ch/moyens-auxiliaires/a-tester/>



SIS 0070

DOF : N : 513	V : 5	Pro 3:
Rédigé par	JPL	20.06.2019
Revue effectuée par	JPL	20.06.2019
Libération par	JPL	20.06.2019

C.2.3 L'autonomie du résident est favorisée dans les activités de la vie quotidienne

Dans ce critère, les inspecteurs/trices vérifient que l'accompagnement vise à favoriser l'autonomie des résidents dans les activités de la vie quotidienne.

Les premières mesures à mettre en place pour favoriser l'autonomie sont le port de chaussures adaptées à la marche, les lunettes propres et le bon fonctionnement de l'appareil auditif.

Les inspecteurs/trices vérifient si le personnel favorise l'autonomie du résident en fonction de ses capacités en lui laissant le temps de faire sa toilette et en l'encourageant à faire les gestes qu'il est apte à exécuter.

Le personnel est sensibilisé et doit être attentif à la problématique de l'incontinence. Il se soucie de mettre en place des moyens de prévention comme par exemple un schéma WC, une surveillance de l'hydratation, éventuellement une prise en charge en physiothérapie.

Le personnel favorise la mobilisation des résidents, il les invite à effectuer des déplacements à pied (par ex. jusqu'à la salle à manger).

C.2.4 La gestion des médicaments est conforme aux normes professionnelles

Afin de vérifier le respect de la législation en vigueur (art 117 LSP et art. 27-33 de son règlement d'application), les inspecteurs-trices vérifient que :

- la préparation des médicaments est faite sur la base d'ordres médicaux signés ou validé électroniquement par le médecin
- les médicaments ne sont pas laissés sans surveillance
- le local de stockage des médicaments est fermé à clé ainsi que les chariots de médicaments et l'institution définitive qui a accès aux clefs
- la préparation et la distribution des médicaments sont conformes aux règles professionnelles (règle des 5B : Bon patient, Bon médicament, Bon dosage, Bonne voie d'administration, Bon moment)⁵
- les règles concernant le stockage et la gestion des stupéfiants sont conformes aux exigences légales
- une formation nécessaire au personnel non qualifié pour une distribution sécuritaire des médicaments si délégation a été donnée

De plus, l'administration doit être adaptée aux capacités du résident 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.

C.2.5 L'aide au repas est adaptée aux capacités et habitudes du résident et favorise son autonomie

Le but de l'aide aux repas est de garantir une prise alimentaire optimale tout en favorisant l'autonomie, en dépit des limitations fonctionnelles présentes.

Lors des repas, y compris dans les unités et/ou les chambres, les inspecteurs-trices observent si l'aide est appropriée :

- l'autonomie est favorisée en initiant le geste si nécessaire voire en proposant des repas type « manger-mains ». Les résidents qui ne répondraient pas à ces motivations seront aidés et accompagnés en fonction de leur rythme.
- le personnel adapte : le rythme du service (entrée, plat,...), la vitesse du repas, la température des aliments, le choix des ustensiles (cuillère, fourchette,...), la place à table, la taille des bouchées proposées. Il se soucie du souhait du résident de mélanger ou non les aliments dans la bouchée, des habitudes de consommation, des habitudes de boisson,... Ces éléments sont inscrits dans la carte de soins et/ou dans le dossier du résident.
- La posture du personnel favorise les échanges de regard et la communication verbale et non verbale; il est assis à côté ou en face du résident durant toute la durée du repas.
- Le contenu de l'assiette est annoncé en particulier pour les repas mixés. Pour les personnes malvoyantes, l'emplacement des mets dans l'assiette est expliqué. L'utilisation d'une vaisselle favorisant les contrastes est encouragée.

⁵ Association suisse des pharmaciens cantonaux, Règles des bonnes pratiques de remise de médicaments version 1, 2009



DOF : N : 513	V : 5	Pro 3:
Rédigé par	JPL	20.06.2019
Revue effectuée par	JPL	20.06.2019
Libération par	JPL	20.06.2019

- les résidents avec une dépendance importante bénéficient d'un accompagnement personnalisé pendant le repas.

C.3 Norme 3. La communication est respectueuse et adaptée. La vie sociale est valorisée.

C.3.1 Le personnel s'adresse au résident avec respect

Le personnel est attentif et apporte une réponse adaptée à tous messages verbaux comme non verbaux aux résidents. Il ne fait pas de considérations sur le résident devant lui (ni sur les autres résidents). Il ne répond pas à sa place et évite toute conversation privée avec ses collègues en présence du résident. Il informe le résident de ce qui se passe ou va se passer.

Le personnel vouvoie les résidents et utilise le prénom seulement à la demande du résident. Toute exception au vousoiement doit être consignée dans son dossier. Le vocabulaire utilisé avec le résident évite toute familiarité et infantilisation.

Les inspecteurs-trices portent un intérêt spécifique aux échanges et interactions entre les résidents et le personnel. Ils/elles tiennent compte aussi des moyens mis en place pour favoriser ceux-ci.

C.3.2 Le maintien de relations avec l'extérieur est favorisé

Vivre en institution est un risque de rupture avec le réseau social et familial. Le résident doit pouvoir continuer à entretenir ses liens privilégiés et en développer de nouveaux.

Pour cela, il doit disposer de moyens de communications tels que le téléphone, la radio, la télévision et pour certains un accès à Internet. Des journaux sont à disposition et une lecture en est faite régulièrement pour ceux qui le désirent.

Des sorties sont proposées fréquemment de manière collective et individuelle. L'intégration sociale dans le quartier et la communauté est favorisée par le biais de participations à des rencontres, manifestations, etc.

Le personnel intègre les proches avec l'accord du résident ou si nécessaire en raison de troubles cognitifs au projet d'accompagnement (entretiens de famille) et encourage les visites et tout autre contact avec l'extérieur.

Des entretiens avec les résidents et le personnel, en particulier celui de l'accompagnement socio-culturel et la consultation des programmes d'activités sont l'occasion pour les inspecteurs et inspectrices de constater les moyens mis en place pour favoriser une vie sociale riche et variée.

C.3.3 Les activités proposées aux résidents répondent à leurs aspirations et correspondent à leur projet individuel

Afin de proposer une offre d'activités adaptée, le personnel recueille les désirs, intérêts et tient compte des capacités de chaque résident. Autant que possible, les activités sont en lien avec les projets individuels des résidents.

En ce sens, le programme d'activités s'adapte aux capacités et désirs des résidents, et non le contraire. C'est aussi le personnel qui va vers les résidents en animant les différents lieux de l'EMS.

L'accompagnement socio-culturel se déroule tant dans les espaces communautaires, semi-privatifs que privés à différents horaires de la journée.

Pour favoriser le bien-être des résidents, le personnel est encouragé à favoriser différentes approches en lien avec les cinq sens.

Ainsi, les inspecteurs-trices vérifient que :

Le résident :

- trouve du sens et du plaisir dans l'activité proposée.
- est libre de participer ou non.
- peut participer à des activités tant individuelles que collectives.

Le personnel :



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 : 513	V : 5	Pro 3:
Rédigé par	JPL	20.06.2019
Revue effectuée par	JPL	20.06.2019
Libération par	JPL	20.06.2019

11 / 19

- organise des activités variées et adaptées dans toute la maison.
- planifie des activités individuelles en lien avec le projet d'accompagnement.
- intègre le résident à mobilité réduite et/ou avec des troubles cognitifs.
- mobilise les ressources des résidents et favorise le maintien, la restauration ou l'émergence de liens sociaux.

C.3.4 L'accès à l'information est facilité

L'accès à l'information passe par deux voies : l'écrit et l'oral. Dans les deux cas, il s'agit de déterminer quel est le public cible. Selon que l'information s'adresse aux résidents, familles, visites, collaborateurs, le support et sa localisation et le contenu doivent être adaptés en conséquence.

Les inspecteurs-trices observent de quelle manière le personnel informe les résidents des événements quotidiens (lecture du menu, sorties prévues, etc.) et s'assure que l'information a été bien comprise.

Les inspecteurs-trices vérifient que l'affichage qui concerne les résidents, est actualisé et présent dans l'ensemble de l'EMS. Il doit être adapté quant à sa visibilité et lisibilité (emplacement approprié, hauteur d'affichage, taille de la police, accentuation de contrastes). L'affichage doit pouvoir favoriser l'accès à l'information de manière autonome. Il doit donc également être adapté aux handicaps (surdité, malvoyance, troubles cognitifs...). Une démarche participative intgrant les résidents dans ce processus peut apporter des  lments de réponse. Les systèmes d'affichages dynamiques ( crans) qui s'implantent progressivement dans les structures doivent aussi être adaptés au public à qui ils s'adressent et doivent répondre à cette même logique.

Un système de signalétique adapté favorise l'identification des espaces (privés et communs) pour les résidents. L'usage de pictogrammes, photos agit comme repères et permet la différenciation des lieux.

C.3.5 Les besoins affectifs et spirituels du résident sont pris en considération

• Les besoins affectifs du résident

Le besoin d'affection est un besoin fondamental de tout être humain. Ce besoin peut s'exprimer de différentes manières. L'amitié, la tendresse, la complicité, l'amour, la sexualité contribuent au bien-être de l'être humain.

L'expression des besoins affectifs et sexuels des résidents demeurent pourtant encore un tabou. Ignorer ces besoins en institution peut amener à de la souffrance, de la solitude et une grande vulnérabilité du résident.

«La construction de la sexualité est un mécanisme évolutif qui concerne tous les âges»⁶

« La sexualité continue d'exister sans limite d'âge mais prend des voies différentes que dans la vie adulte. Elle s'oriente d'avantage vers l'affectivité et la tendresse et moins vers l'acte sexuel en lui-même bien que celui-ci garde sa place également pour bon nombre de personnes. La subjectivité de chacun ainsi que son passé ont aussi leurs influences sur le vécu de la sexualité. L'expression de celle-ci prend donc des chemins différents selon les individus. Ainsi les mêmes pulsions sont conservées de manière générale mais sont investies différemment. Malgré les pertes liées au vieillissement, «la pulsion de vie, l'intime et les besoins fondamentaux perdurent tant que la vie se maintient»⁷. « Dans la vie institutionnelle aussi, même si elle apporte son lot de difficultés, la personne âgée conserve ces besoins. »⁸

Les inspecteurs-trices vérifient que les relations intimes et/ou sexuelles consenties sont autorisées et que le personnel est sensibilisé aux besoins affectifs et sexuels des r sidents⁹.

• Les besoins spirituels

⁶ RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A. *Intimité, sexualité et institution gériatrique*. La Revue Francophone de Gériatrie et Gérontologie. Tome XV, Numéro 148. Octobre 2008. Pages 458-462

⁷ THIBAUD A., HANICOTTE C. *Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants.* Gérontologie et Société. Numéro 122. Septembre 2007. Pages 125-137

⁸ BORLOZ Nathalie, *Sexualité des personnes âgées en EMS, un tabou dans les soins : quelle prise en charge ?*, Travail de Bachelor HES-SO Valais en soins infirmiers, Sion, janvier 2010, p.53

⁹ Exemple de formations :
- « Approche de la vie intime, affective et sexuelle de l'adulte  g  » de IGM Suisse
- « Besoins affectifs et sexuels de la PA : une réalité » donnée par H vivA).



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 : 513	V : 5	Pro 3:
Rédigé par	JPL	20.06.2019
Revue effectuée par	JPL	20.06.2019
Libération par	JPL	20.06.2019

12 / 19

« La spiritualité est une démarche cognitive de l'homme se caractérisant par la recherche d'un sens et d'un but pour son existence. Cette recherche de sens peut être fondée sur des croyances, religieuses ou non, ou sur une attitude philosophique, morale, artistique ou scientifique. Elle peut entraîner des pratiques dites spirituelles. Elle fait partie du développement de l'homme. Le sens, les valeurs et la transcendance permettent au patient de se définir spirituellement ¹⁰».

L'identification des besoins spirituels des résidents doit aussi faire partie de l'accompagnement ¹¹.

Une approche holistique tenant compte de la dimension « intérieure » de la personne doit être favorisée. Ecouter, permettre l'expression des émotions et du processus de deuil, identifier les besoins spirituels sont des tâches de l'accompagnant ¹².

Ces sujets sont abordés avec le personnel et les résidents lors de l'inspection afin de prendre connaissance de la réflexion institutionnelle, de l'information et des moyens mis en œuvre afin d'accompagner les résidents dans l'expression de ces besoins.

C.4 Norme 4. L'EMS dispose d'un dossier individuel permettant la réalisation et l'évaluation des processus d'accompagnement. Des protocoles de référence / démarches institutionnelles actualisés sont appliqués individuellement aux résidents

Sur la base des observations et rencontres faites lors de la première séquence, les inspecteurs-trices concentrent leur analyse sur les dossiers des résidents.

Ils parcourent les documents remis afin de vérifier leur actualisation et adéquation aux connaissances actuelles. Une bonne pratique professionnelle consiste à disposer de ce type de documentation de référence permettant d'assurer un respect des règles, principes et techniques dans les domaines concernés.

La traçabilité est essentielle au suivi de l'accompagnement des résidents. Elle participe à la valorisation du travail et peut permettre cas échéant, au niveau légal de documenter le suivi effectué.

C.4.1 Le dossier du résident présente une histoire de vie, un recueil de données, des observations qui participent à l'élaboration du projet d'accompagnement.

Un résident est un être humain unique et social.

- **L'histoire de vie**

Le résident est une personne riche d'une histoire qui le caractérise aujourd'hui. Son passé et son présent influencent ses projets pour actuels et futurs.

L'histoire de vie permet de situer le résident sur des axes temporel et biographique comme personne à part entière.

Connaitre l'histoire de vie d'un résident n'est pas non plus une obligation. Si un résident pour diverses raisons ne veut pas que l'on fasse son histoire de vie, l'information sera précisée dans le dossier.

L'histoire de vie doit être partagée volontairement dans un contexte de dignité, de discrétion et de respect. Elle ne s'arrête pas à l'entrée en EMS et doit donc être réactualisée régulièrement.

- **Le recueil de données**

Le recueil de données est une anamnèse qui permet à l'équipe d'avoir une connaissance bio-psycho-sociale et spirituelle du résident. Ce recueil peut prendre plusieurs formes, il appartient à l'équipe de choisir son modèle.

- **Les observations**

Les observations utiles sont des faits importants à connaître, nécessaires à la compréhension globale de la personne. Leur régularité est représentative de l'accompagnement quotidien du personnel.

¹⁰ Guide des soins palliatifs du médecin vaudois, n°5 5-2008 La spiritualité

¹¹ Monod Stéphanie, *Soins aux personnes âgées. Intégrer la spiritualité*, Lumen Vitae, 2012

¹² Recommandation soins palliatifs et soins spirituels, palliatives.ch



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 : 513	V : 5	Pro 3:
Rédigé par	JPL	20.06.2019
Revue effectuée par	JPL	20.06.2019
Libération par	JPL	20.06.2019

13 / 19

Les transmissions ciblées, comme leur nom l'indique, permettent à l'équipe dans le flux d'informations générales quotidiennes de mettre le focus sur une donnée, une problématique, une intervention, un résultat particulier. Le suivi des actions et des évaluations ainsi menées en devient plus aisée et a moins de risque de « se perdre » dans les nombreuses observations bio psycho socio spirituelles.

Les inspecteurs-trices consultent les dossiers des résidents rencontrés et en recherchent ses éléments constitutifs: histoire de vie, recueil de données, observations régulières et interdisciplinaires.

- **Le projet d'accompagnement**

Centré sur le résident, le projet d'accompagnement permet de 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 le résident et, si souhaité par le résident 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 d'accompagnement doit donc contenir les objectifs, actions et moyens mis en œuvre pour répondre aux attentes du résident. 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 d'accompagnement doit être réévalué et, selon l'évolution des désirs et/ou capacités du résident, 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 d'accompagnement régulièrement actualisé est au centre d'un accompagnement individualisé et adapté.

C.4.2 Une collaboration interdisciplinaire régulière permet d'élaborer un projet d'accompagnement bio psycho social et spirituel.

Des colloques interdisciplinaires ayant pour but l'élaboration des projets d'accompagnement et leur évaluation sont fixés régulièrement. Chaque situation est revue au minimum 1x/an et plus si nécessaire.

Le CIVESS suggère d'utiliser le système de référent ; celui-ci est nommé pour chaque résident et son rôle s'intègre dans la démarche interdisciplinaire.

Les éléments essentiels constitutifs du dossier (tels l'histoire de vie, le projet d'accompagnement, le recueil de données, les habitudes antérieures) doivent être connus, complétés et actualisés par l'équipe interdisciplinaire afin de pouvoir répondre aux besoins et intérêts des résidents.

L'interdisciplinarité implique l'ensemble des intervenants ayant une action directe ou indirecte auprès du résident. Dans ce sens, il est recommandé de faire participer également à ces rencontres les secteurs hôteliers, administratifs, techniques, médecins traitants, etc. Le résident et un de ses proches, si souhaité par le résident, ou nécessaire en raison de troubles cognitifs, sont conviés à assister à ces rencontres et ainsi participer à l'élaboration du projet d'accompagnement.

La démarche d'accompagnement formalisée dans le projet d'accompagnement permet d'éviter le travail à la tâche. L'équipe interdisciplinaire ancre ainsi son activité auprès du résident avec un ou des objectifs individuels. Elle donne du sens, à toutes les interactions avec le résident. C'est aussi un moyen de personnaliser les actes y compris ceux qui sont les plus anodins et répétitifs.

C.4.3 Les mesures de contrainte sont exceptionnelles et leur protocole est appliqué de manière conforme dans le formulaire individuel.

La Confédération a entrepris une révision conséquente du Code Civil (CC ; protection de l'adulte et de l'enfant). Cette loi est entrée en vigueur au 1^{er} 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

« L'institution ne peut restreindre la liberté de mouvement d'une personne incapable de discernement que si des mesures moins rigoureuses ont échoué ou apparaissent a priori insuffisantes et que cette restriction vise:



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 21 316 52 68 – info.civess@vd.ch

DOF : N : 513	V : 5	Pro 3:
Rédigé par	JPL	20.06.2019
Revue effectuée par	JPL	20.06.2019
Libération par	JPL	20.06.2019

14 / 19

1. à prévenir un grave danger menaçant la vie ou l'intégrité corporelle de la personne concernée ou d'un tiers;
2. à faire cesser une grave perturbation de la vie communautaire. La personne concernée doit être informée au préalable de la nature de la mesure, de ses raisons, de sa durée probable, ainsi que du nom de la personne qui prendra soin d'elle durant cette période. Le cas d'urgence est réservé.
- 3 La mesure doit être levée dès que possible; dans tous les cas, sa justification sera reconsidérée à intervalles réguliers »

L'article 23d de la LSP du canton de Vaud reste clair :

Mesures de contrainte - art 23d de la LSP vaudoise – (état au 1.1.2013)

1 « Par principe, toute mesure de contrainte à l'égard des patients est interdite. »

2« Dans la mesure où le droit fédéral n'est pas applicable, les dispositions du Code civil relatives aux mesures limitant la liberté de mouvement (art. 383 ss CC) s'appliquent par analogie à toute mesure de contrainte à l'égard des patients et résidents, ainsi que des personnes qui se trouvent dans un établissement pénitentiaire à condition que celui-ci dispose de locaux adaptés et qu'une surveillance médicale soit assurée. »

Protocole et devoir d'information Art. 384 du Code civil

1 « Toute mesure limitant la liberté de mouvement fait l'objet d'un protocole. Celui-ci contient notamment le nom de la personne ayant décidé la mesure ainsi que le but, le type et la durée de la mesure. »

2 « La personne habilitée à représenter la personne concernée dans le domaine médical doit être avisée de la mesure; elle peut prendre connaissance du protocole en tout temps. »

3 « Les personnes exerçant la surveillance de l'institution sont également habilitées à prendre connaissance du protocole. »

Dans le dossier du résident, les inspecteurs-trices prennent connaissance du **protocole individuel** afin d'en vérifier la conformité avec la législation.

Le protocole individuel doit contenir :

1. La précision du ou des **risques** (prévention d'un danger grave ou perturbation de la vie communautaire) que court le résident ou son entourage (art. 383 al.1, point 1 et 2 CC).
2. Une description **d'autres mesures moins restrictives** de liberté tentées et des raisons de leurs échecs (art. 383 al.1 CC). On distingue :
 - 2.1. **les mesures correctives**, telles que la validation du traitement en cours, la recherche de troubles métaboliques, les sources de la douleur, les infections, la constipation, ou tout événement social marquant (le logiciel Gesco d'Arpège est une bonne base de travail).
 - 2.2. **et les mesures alternatives/en amont telles que :**
 - Moyens de protection (protège hanche, orthèse, casque)
 - Mesures environnementales comme tapis d'alarme, position du lit, matelas par terre, lumière, lit bas, alarme de lit, coussin de positionnement, etc.
 - Favoriser la qualité du sommeil
 - Approches alternatives (tisane, musique, aromathérapie, etc.)
 - Agir sur le besoin de se lever (système d'appel, sentiment de faim-soif, présences sécurisantes régulières, matériel d'incontinence adapté, urinoir mobile,...)
 - Favoriser la mobilisation durant la journée
 - Correction des déficits sensoriels (vue, audition)
 - Respect des habitudes et des rythmes de vie
 - Amélioration et facilitation de l'orientation
 - Aménagement d'espaces de déambulation sécurisés.
3. Les conclusions de la discussion interdisciplinaire précisant le **type de la mesure** (art. 383 al.1 CC)
4. Le **nom de la personne** ayant ordonné la mesure (art. 384 al. 1 CC). Il incombe à l'institution de décider qui est autorisé à ordonner la mesure : cadre infirmier ou médecin.
5. Les **horaires** de son application et de sa **durée** (art. 383 al. 2 et 384 al. 1 CC)
6. **Une évaluation** dont le **rythme** (planification régulière et personnalisée) et le **contenu est individualisé** (dans laquelle nous retrouvons le descriptif de ce qui a été tenté pour évaluer, éventuellement retirer la mesure de contention) (art. 383 al. 3 CC).
7. **Information** à la personne concernée (art. 383 al. 2 CC) et à son représentant (art. 384 al. 2 CC).

Le critère 4.3 est considéré comme atteint lorsque toutes les rubriques du protocole sont complétées.



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 : 513	V : 5	Pro 3:
Rédigé par	JPL	20.06.2019
Revue effectuée par	JPL	20.06.2019
Libération par	JPL	20.06.2019

15 / 19

Le CIVESS **recommande** la mise en place de **mesures compensatoires** (exemples : animation individuelle supplémentaire ou attention à certains éléments appréciés par le résident) ainsi qu'une **surveillance renforcée** (tournées de la veilleuse, système d'appel, etc.). Les inspecteurs vérifient que le personnel a bien été sensibilisé à la législation sur les mesures de contrainte et se renseignent sur les pratiques de l'institution.

En annexe, document CIVESS relatif aux mesures de contraintes.

C.4.4 Le protocole de prévention et de traitement des escarres / plaies ou la démarche institutionnelles est appliqué de manière conforme

Des moyens de prévention sont mis en place pour les résidents à risques. Par exemple, matériel de positionnement, soins des téguments, nutrition, etc. Ils utilisent des échelles d'évaluation tel que Braden/Norton.

Une attention particulière est portée aux résidents alités et au matériel de prévention d'escarre utilisé (ex : matelas anti-escarre, coussin mémoire, talonnière, etc.).

Le personnel soignant bénéficie de formation continue afin d'actualiser ses connaissances dans un domaine où les pratiques évoluent rapidement.

La nomination d'un référent soin des plaies est suggérée. Le protocole institutionnel est régulièrement mise à jour par l'équipe soignante et le médecin responsable de l'institution. Un intervenant externe peut être sollicité dans les situations qui demandent des soins complexes et un suivi spécialisé (stomatothérapeute, spécialiste du traitement des plaies ...)

Le suivi des plaies doit être documenté de la manière suivante :

- Localisation et description de la plaie (sous forme écrite et/ou photographique)*
- Suivi de la plaie avec le médecin traitant
- Traitement selon ordonnance médicale
- Si consultation spécialisée : résultat de celle-ci.
- Date et fin du traitement lors de guérison.

Certains logiciels informatiques contiennent une rubrique permettant d'inscrire tout ce qui précède.

Plusieurs références peuvent être trouvées sur le site de l'association romande pour les soins de plaies¹³.

*Les inspecteurs-trices rendent le personnel attentif sur la prise de photographie. En effet, celles-ci doivent avoir comme objectif de répondre exclusivement à une aide au diagnostic.

C.4.5 Le concept des soins palliatifs de l'institution et le protocole du suivi de la douleur sont appliqués de manière conforme

Conformément aux « Directives nationales concernant les soins palliatifs » (2010), les soins palliatifs « englobent le soutien et les traitements médicaux apportés aux personnes souffrant de maladies incurables, potentiellement mortelles et/ou chroniques évolutives. Bien qu'ils soient introduits à un stade précoce, ils interviennent principalement au moment où les soins curatifs ne semblent plus possibles et ne constituent plus un objectif primaire. Ils offrent aux patients, compte tenu de leur situation, la meilleure qualité de vie possible jusqu'à leur décès, tout en apportant un soutien approprié à leurs proches. 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. »¹⁴.

A partir de cette définition, les directions d'établissements médico-sociaux et division C d'hôpitaux et les médecins responsables d'EMS ont la responsabilité d'élaborer ou d'actualiser le protocole – démarche institutionnelle des soins palliatifs et du suivi de la douleur. Le document « *12 points de repère pour penser les soins palliatifs et la gestion de la douleur en EMS* », émis par Héviva-Réseaux de Santé et le Programme cantonal de soins palliatifs constitue un recours utile pour cette élaboration. Le document est disponible en suivant le lien suivant : <https://www.reseaux-sante-vaud.ch/soins-palliatifs>

¹³ <http://www.safw-romande.ch/>

¹⁴ Office fédéral de la santé publique (OFSP) et conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) (2010) : Directives nationales concernant les soins palliatifs.



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 : 513	V : 5	Pro 3:
Rédigé par	JPL	20.06.2019
Revue effectuée par	JPL	20.06.2019
Libération par	JPL	20.06.2019

16 / 19

Selon cette définition des soins palliatifs, les inspecteurs-trices se centrent sur les aspects suivants :

- **Le traitement de la douleur :**
 - Le personnel connaît et utilise des outils de dépistage de la douleur chronique ou aiguë adaptés aux handicaps du résident (ESAS, EVA, Doloplus, Algoplus, ...) pour qualifier et préciser l'intensité de la douleur qu'elle soit 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 à atténuer et à soulager les douleurs physiques et les souffrances psychiques. Des alternatives au traitement médicamenteux de la douleur peuvent être proposées telles que massages thérapeutiques, réflexologie, relaxation...
 - L'utilisation de réserves médicamenteuses et autres actions entreprises se retrouve dans le dossier des résidents : indication, action, résultat.
- **L'accompagnement psychosocial et spirituel :**
 - L'accompagnement psychosocial et l'accompagnement en fin de vie implique que les familles et/ou les proches (aidants)¹⁵ puissent être sollicités dans le processus d'accompagnement selon le désir du résident et de ces derniers.
 - Les rituels de fin de vie sont connus et respectent la religion d'appartenance de chacun (croyances religieuses, pratiques funéraires, préparation du corps, deuil...).
 - Comme évoqué dans le critère 3.5 sur l'accompagnement, les besoins spirituels sont importants. Selon les croyances et désirs des résidents ou cas échéant des familles, ou des proches, un accompagnement spirituel (pas exclusivement religieux) est proposé.
 - Les directives anticipées sont connues, respectées et réactualisées régulièrement ainsi que les désirs de fin de vie.
 - Par rapport à l'assistance au suicide (art. 27d de la LSP), l'institution applique la directive cantonale¹⁶.

Outre ces points, les inspecteurs/trices vérifient que le personnel est formé dans le domaine des soins palliatifs et que le recours aux équipes mobiles de soins palliatifs¹⁷ se fait lorsque les situations le nécessitent. Sur son initiative, le personnel infirmier peut solliciter l'équipe mobile de soins palliatifs pour des conseils infirmiers.

C.4.6 Le protocole ou la démarche institutionnelle d'évaluation du risque de dénutrition est appliqué de manière conforme

Il est important de connaître le poids de forme du résident dès son entrée en établissement pour avoir une référence et un point de comparaison par rapport au suivi du poids du résident. Il s'agit du poids « de bonne santé » qui a été maintenu pendant une longue durée et qui, chez l'adulte, tend à être récupéré spontanément lorsqu'il a augmenté ou diminué. Ce poids de forme doit donc être reporté de feuille en feuille pour éviter une comparaison ponctuelle trompeuse avec les poids de suivi mensuel. Lorsqu'il n'est pas possible de trouver ce poids de forme, une anamnèse avec le résident et son entourage permettra de situer le patient dans sa morphologie de santé et de déterminer un poids de référence le plus proche possible de son poids de forme.

Par ailleurs, le poids du résident doit être relevé à minima une fois par mois et son évolution doit être retranscrite dans le dossier ainsi que sur une courbe graphique. L'échelle de cette courbe sera adaptée à la lecture.

Des actions permettant de prévenir et/ou de juguler la perte pondérale et le déclin nutritionnel sont entreprises en équipe interdisciplinaire. Par exemple, en enrichissant les mets en calories et protéines conformément aux goûts des résidents, en fractionnant les repas, en proposant des mets préférés, en multipliant les propositions de collation en dehors des repas principaux, en adaptant les textures. Ces actions sont décrites et suivies et évaluées régulièrement dans le dossier du résident.

L'emploi d'outils d'évaluation du risque (par exemple, outils PAGE, MNA, SGA, PAM,...) sont connus par le personnel et utilisés par exemple à l'arrivée du résident, puis lors de changement significatif de son état de santé (par exemple, troubles de la déglutition, inappétence, etc.).

¹⁵ VOYER Philippe, Définition, *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* 2^e édition, Erpi, 2006, p 565

¹⁶ <http://www.vd.ch/themes/sante/professionnels/assistance-au-suicide/>

¹⁷ <http://www.soins-palliatifs-vaud.ch/professionnels/equipes-mobiles/>



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 : 513	V : 5	Pro 3:
Rédigé par	JPL	20.06.2019
Revue effectuée par	JPL	20.06.2019
Libération par	JPL	20.06.2019

17 / 19

Ce critère permet de vérifier également de quelle manière le secteur de la cuisine est intégré à la démarche d'accompagnement. En effet les professionnels de la nutrition que sont les cuisiniers, cuisiniers en diététique et diététiciens sont à même de proposer des actions modifiant les apports nutritionnels. Il convient donc de leur soumettre les situations de suivi nutritionnel, afin qu'ils collaborent aux réflexions et fassent des propositions d'amélioration.

C.5 Norme 5 : L'EMS respecte les exigences légales en matière de dotation et de qualification et du personnel

Dès 2016 la directive dotation d'accompagnement du 27 novembre 2014 entrera en vigueur et remplacera la directive de 2007.

C.5.1 La dotation en personnel soignant est égale ou supérieure à la dotation exigée

Sur la base de 3 mois de plannings et de la liste du personnel soignant de jour et de nuit, un calcul de la dotation actuelle est effectué et comparé avec les exigences en dotation.

Les exigences sont précisées dans la Directive du 1er septembre 2007 concernant les exigences de dotation minimale en personnel soignant dans les établissements médico-sociaux et les divisions C d'hôpitaux et ses annexes.

Les inspecteurs-trices utilisent une fiche technique PLAISIR qui précise les postes de travail exigés sur la base de la moyenne en minutes de soin du bénéficiaire au moyen des derniers extraits PLAISIR (mai et octobre). Pour faire le calcul, les EMS disposent d'un tableur Excel leur permettant de calculer les postes exigés.

La directive dotation ainsi que ses annexes dont le tableur Excel révisé chaque année servant à calculer les postes exigés se trouvent sur le site Internet de l'Etat de Vaud.

C.5.2 La présence d'une ID au minimum 8h18/jour 7/7 est assurée et des piquets sont organisés.

Sur la base des mêmes plannings, un contrôle est effectué afin de vérifier la présence d'une infirmière diplômée (ID) au sein de l'EMS ou dans la division C, 7 jours sur 7, durant 8h18 par jour.

Une infirmière assistante ou une ASSC ne peut assurer seule cette présence.

Le reste du jour et de la nuit, un service de piquet par une ID doit être organisé, conformément à la directive dotation.

C.5.3 La dotation en personnel d'accompagnement socio-culturel est égale ou supérieure à la dotation exigée

Les inspecteurs-trices se basent sur les effectifs d'accompagnement socio-culturel budgétés dans le cadre de l'outil Soho.

Ils consultent la liste du personnel d'accompagnement socio-culturel remise et entendent les explications du personnel rencontré.

Le personnel s'occupant des personnes en CAT ne fait pas partie de l'effectif concerné.



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 : 513	V : 5	Pro 3:
Rédigé par	JPL	20.06.2019
Revue effectuée par	JPL	20.06.2019
Libération par	JPL	20.06.2019

18 / 19

D BIBLIOGRAPHIE SELECTIVE

- BADEY RODRIGUEZ Claudine, *Les personnes âgées en institution*, Seli Arslan, 1997 et *La vie en maison de retraite*, Albin Michel, 2003
- BILLE Michel, *La chance de vieillir*, Editions le Harmattan, 2004
- BORLOZ Nathalie, *Sexualité des personnes âgées en EMS, un tabou dans les soins : quelle prise en charge ?*, Travail de Bachelor HES-SO Valais en soins infirmiers, Sion, janvier 2010
- CONSEIL CANTONAL DE L'AUMONERIE des établissements médico-sociaux, *concept d'aumônerie*, Vaud, avril 2015
- CRÔNE Philippe, *L'animation des personnes âgées en institution*, Elsevier Masson, 2003
- FERRY Monique, *Nutrition de la personne âgée*, Elsevier Masson, 4^{ème} édition 2012
- FIAT Eric, *Petit traité de dignité*, Ed. Larousse, 2010
- GENDRON Marie, *Le mystère Alzheimer, L'accompagnement, une voie de compassion*, Les éditions de l'homme, Montréal, 2008
- GINESTE Yves, PELISSIER Jérôme, *Humanitude : Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*, Armand Colin, 2007
- LAUZON Sylvie et Adam Evelyne, *La personne âgée et ses besoins*, Erpi, 1996
- LEVESQUE Louise, *Alzheimer : Comprendre pour mieux aider*, Erpi, 1998
- MALHERBE Jean-François, *Le nomade polyglotte*, Bellarmin, 2000
- MALHERBE Jean-François, *Signification philosophique de l'éthique appliquée*, Liber, Montréal 2006
- MONOD Stéphanie, *Soins aux personnes âgées. Intégrer la spiritualité*, Lumen Vitae, 2012
- PLOTON Louis, *colloque plaisirs et soins*, AFBAH, 2007
- Rio, C. Jeannier, C. Lejeune, H. Noah, M. Amigon-Waterlot, S. Szekely, C. *Alimentation & Alzheimer, s'adapter au quotidien*. Presses de l'ehesp, Rennes, 2011
- RIBES G., QUIQUANDON A., GAUCHER J., SAGNE A. *Intimité, sexualité et institution gériatrique*. La Revue Francophone de Gériatrie et Gérontologie. Tome XV, Numéro 148. Octobre 2008
- THIBAUD A., HANICOTTE C. *Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants.*, Gérontologie et Société. Numéro 122. Septembre 2007
- VOYER Philippe et al, *soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, ERPI, 2013



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 : 513	V : 5	Pro 3:
Rédigé par	JPL	20.06.2019
Revue effectuée par	JPL	20.06.2019
Libération par	JPL	20.06.2019

19 / 19