

**CIVESS**

Bâtiment administratif  
de la Pontaise  
Avenue des Casernes 2  
1014 Lausanne

# EXPLICATIF DES INSPECTIONS CIBLEES en hôpitaux de psychiatrie adulte et psychiatrie de l'âge avancé

FOR : N° 521	V : 3	Pro 3
Rédigé par	MTE/JPL	07.11.2018
Revue effectuée par	FSR	06.08.2019
Libération par	FSR	06.08.2019

## TABLE DES MATIERES

A	INTRODUCTION.....	3
B	BUTS ET RESULTATS DE L'INSPECTION.....	3
C	DEROULEMENT DE L'INSPECTION.....	4
D	REFERENCE.....	5
D.1.	LA DIGNITE.....	5
D.2.	LA SECURITE.....	6
D.3.	LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS.....	6
E	NORMES ET CRITERES.....	7
E.1.	<b>NORME 1. LES DROITS DE PATIENTS, LA DIGNITE ET L'INTIMITE SONT PRESERVES.....</b>	<b>7</b>
E.1.1.	Les droits des patients sont connus, respectés et exercés.....	7
E.1.2.	L'estime personnelle est préservée, une préoccupation est portée sur l'apparence.....	7
E.1.3.	Des mesures sont prises pour préserver l'intimité du patient. Sa sphère privée et identitaire est respectée.....	7
E.1.4.	L'organisation des repas correspond aux normes hôtelières et prend en compte les goûts individuels.....	8
E.1.5.	L'autonomie du patient est favorisée au travers des différents actes de la vie quotidienne.....	8
E.2.	<b>NORME 2. LA SECURITE ET L'ACCES A DES SOINS DE QUALITE SONT ASSURES.....</b>	<b>9</b>
E.2.1.	Des mesures sécuritaires adaptées au patient et au personnel sont entreprises.....	9
E.2.2.	Des mesures en matière de prévention et de promotion de la santé sont proposées au patients.....	9
E.2.3.	La gestion des médicaments est conforme aux normes professionnelles.....	10
E.2.4.	Les prestations de soins somatiques sont accessibles.....	10
E.2.5.	Le personnel s'adapte au rythme du patient. Les soins de base sont assurés.....	10
E.3.	<b>NORME 3. L'ACCOMPAGNEMENT EST ADAPTE. UNE COMMUNICATION RESPECTUEUSE EST FAVORISEE.....</b>	<b>11</b>
E.3.1.	Les interactions sont constructives, respectueuses et favorisent un climat social qui permet de développer des relations appropriées.....	11
E.3.2.	Le maintien de relations avec l'extérieur est favorisé.....	11
E.3.3.	Des activités à visée thérapeutiques et socioculturelles sont proposées.....	11
E.4.	<b>NORME 4. LE DOSSIER RETRACE LA REALISATION ET L'EVALUATION DU PROJET THERAPEUTIQUE. DES PROTOCOLES SONT DEFINIS ET APPLIQUES.....</b>	<b>12</b>
E.4.1.	Le patient dispose d'un projet thérapeutique fixé en interdisciplinarité.....	12
E.4.2.	Les protocoles de mesure de contrainte (CSI et/ou attachements) sont appliqués conformément au cadre légal.....	12
E.4.3.	Les restrictions individuelles et contrats thérapeutiques sont argumentés et réévalués.....	14
E.4.4.	Des protocoles de prévention et de gestion du potentiel suicidaire et de gestion de la violence sont établis et appliqués.....	14
E.4.5.	Une collaboration avec les réseaux de soins et de soutien est établie.....	14
E.4.6.	Le personnel identifie, met en place et évalue des approches thérapeutiques en lien avec les Symptômes Comportementaux Psychologiques de la Démence (SCPD).....	15
E.5.	<b>NORME 5 : LES PRESTATIONS SONT DELIVREES PAR DU PERSONNEL AYANT LES COMPETENCES REQUISES.....</b>	<b>15</b>
E.5.1.	L'encadrement des soignants est assuré et les ressources à disposition sont connues et utilisées.....	15
E.5.2.	La politique du personnel encourage la formation.....	15



FOR : N° 521	V : 3	Pro 3
Rédigé par	MTE/JPL	07.11.2018
Revue effectuée par	FSR	06.08.2019
Libération par	FSR	06.08.2019

## A Introduction

Le CIVESS (Contrôle interdisciplinaire des visites en établissements sanitaires et sociaux) est un organe de surveillance de l'Etat de Vaud, créé en 2012 par le conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard, chef du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS). Cet organisme est une fusion de la Coordination interservices des visites en établissements médico-sociaux (CIVEMS), ancien organisme d'inspection dépendant du Service de la santé publique (SSP), du Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH) et de l'Organe de contrôle des établissements socio-éducatifs (OCESE), ancien organisme d'inspection du Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS)). Ces services pratiquaient des inspections dans les établissements médico-sociaux (EMS), les homes non médicalisés (HNM), les établissements socio-éducatifs (ESE) et les établissements psycho-sociaux (EPS), tous faisant partie du domaine de l'hébergement.

Monsieur Pierre-Yves Maillard a souhaité élargir les champs d'inspection à tous les établissements sanitaires et sociaux du canton, à savoir les centres de traitement et de réadaptation (CTR), les centres d'accueil temporaire (CAT), les hôpitaux de psychiatrie adulte et de psychiatrie de l'âge avancé.

Le CIVESS a pour mission d'évaluer la qualité des prestations, de s'assurer que la sécurité et dignité des résident-e-s et des patients des établissements sanitaires et sociaux soient garanties.

Les inspections se déroulent sur une journée. Elles incluent la remise d'un rapport d'inspection écrit. Dans certaines situations, le rapport peut être remis en différé.

Les inspectrices et les inspecteurs ne vérifient pas l'art médical.

## B Buts et résultats de l'inspection

L'objectif est que l'ensemble des hôpitaux de la psychiatrie adulte et de psychiatrie de l'âge avancé soit régulièrement inspecté.

Les inspections ont pour but de vérifier que les droits des patients soient respectés, que leur sécurité soit garantie et que les conditions d'hospitalisation préservent leur dignité.

Un outil d'évaluation comprenant des normes, critères et indicateurs a été construit. Le degré d'atteinte des critères permet d'attester en la matière de la conformité ou non de l'établissement au standard cantonal.

A l'issue de l'inspection, les établissements correspondant au standard cantonal (conformité vert) recevront un rapport mentionnant le niveau d'atteinte de chaque critère.

Les hôpitaux correspondant au standard cantonal sont ceux pour qui :

- 80% des critères sont atteints.
- Aucun critère n'est non-atteint et moins de 20% sont partiellement atteints

Le suivi des rapports orange et rouges se fait de différentes manières:

1. Ceux qui correspondent au standard cantonal (conformité 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 incombera aux directions des établissements et aux services de mettre en place les pistes d'amélioration proposées et les recommandations requises.

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

2. Ceux qui n'atteignent pas le standard cantonal (non-conformité rouge) recevront un rapport détaillé ainsi qu'un courrier explicatif de l'autorité compétente. Un suivi particulier sera effectué par le CIVESS afin que ces établissements s'améliorent dans les meilleurs délais et reviennent dans la conformité.

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

- 20% ou plus des critères sont non-atteints
- Le critère concernant les mesures de contrainte (4.2) est non-atteint.



FOR : N° 521	V : 3	Pro 3
Rédigé par	MTE/JPL	07.11.2018
Revue effectuée par	FSR	06.08.2019
Libération par	FSR	06.08.2019

## C Déroulement de l'inspection

Les inspections ne sont pas annoncées et peuvent se dérouler à tout moment du jour, y compris tôt le matin ou le soir. Dans la mesure du possible, les tranches horaires choisies comprennent la possibilité d'observer un repas.

La durée de l'inspection varie d'une journée à plusieurs jours selon le nombre de services à inspecter.

A leur arrivée, les inspectrices et inspecteurs s'annoncent, s'assurent que la direction soit avertie et organisent le déroulement de la visite. Ils s'enquière des patients qu'il est préférable de ne pas solliciter afin de ne pas les perturber. Si la direction le souhaite, elle peut accompagner les inspectrices et inspecteurs pour les introduire auprès des équipes soignantes.

**Une liste des documents nécessaires à l'inspection est remise au début de l'inspection :**

1. Relatifs à la Norme 1 :
  - Un exemplaire des brochures remises à l'admission du patient
  - Un exemplaire du règlement hospitalier
  - Les documents relatifs aux modalités de fouilles
2. Relatifs à la Norme 2 :
  - Concepts et procédures de sécurité, protocoles d'urgence et de gestion des situations de crise
  - Documents relatifs à la prévention et la promotion de la santé (alimentation, consommation de toxiques, comportements à risques, etc...)
3. Relatifs à la Norme 3 :
  - Une liste des différents groupes thérapeutiques et activités thérapeutiques proposés avec le nombre de places disponibles dans chaque groupe
  - Pour la psychiatrie de l'âge avancé, il est demandé le programme des activités des 2 dernières semaines
4. Relatifs à la Norme 4 :
  - Les protocoles existants dans les domaines
    - o Mesures de contraintes et chambres de soins intensifs (CSI)
    - o Restrictions individuelles
    - o Prévention et gestion de la violence,
    - o Prévention et gestion du potentiel suicidaire
    - o Pour la psychiatrie de l'âge avancé les documents relatif aux Symptômes Comportementaux et psychologiques de la Démence (SCPD)
5. Relatifs à la Norme 5
  - Les plannings de formation du personnel de l'année précédente et de l'année en cours
  - Le plan de suivi de formations

Les inspections sont conduites par au minimum deux inspectrices et inspecteurs. Chacun utilise une grille d'évaluation et note ses observations sur la base des indicateurs cités dans la grille. La liste des indicateurs n'est pas exhaustive. Ce document est à usage interne.

A la fin de la journée, une mise en commun est effectuée entre les inspectrices et inspecteurs afin d'établir le rapport d'inspection.

Le rapport d'inspection et son résultat sont 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. Il appartient à la direction de décider quels sont les collaborateurs qui peuvent assister à cette séance. Des situations particulières peuvent induire une remise de rapport en différé.

### Grille d'évaluation

La grille d'évaluation est constituée de 3 principaux axes d'évaluation :

1. Le premier axe contient des critères centrés sur l'accompagnement quotidien (normes 1-2-3)
2. Le deuxième axe recherche la congruence entre les éléments observés et les éléments écrits (norme 4 - dossiers)



FOR : N° 521	V : 3	Pro 3
Rédigé par	MTE/JPL	07.11.2018
Revue effectuée par	FSR	06.08.2019
Libération par	FSR	06.08.2019

- des patients rencontrés, concepts)
- Le troisième axe examine l'organisation de l'établissement, l'encadrement ainsi que la formation des collaboratrices et collaborateurs (norme 5).

Les moyens utilisés par les inspectrices et inspecteurs pour évaluer un maximum de critères sont les suivants :

- La visite des chambres et des locaux communs
- L'observation des interactions entre les patients et le personnel (lors d'un soin, durant les repas)
- Des entretiens informels avec des patients et avec le personnel sur le terrain dont les médecins, les responsables des activités thérapeutiques, socioculturelles, les infirmier-ère-s de liaison, les assistantes et assistants sociaux, etc.
- La lecture des documents remis
- La consultation des dossiers des patients.

## D Références

### D1 La dignité

De façon inconditionnelle, la dignité représente un des éléments constructifs de l'identité de l'être humain, de façon inconditionnelle. Elle permet au sujet de se sentir vivre aux plans physique, psychologique et affectif.

Selon Voyer et al.<sup>1</sup>, « *La dignité est le respect que mérite toute personne. Le soignant reconnaît la dignité de la personne en s'adressant à elle au moyen des formules de politesse usuelles, en la vouvoyant, en lui demandant la permission de la toucher, en lui expliquant les raisons d'une demande ou d'une intervention ou en frappant à la porte de sa chambre avant d'entrer. Le soignant le fait également en considérant la personne comme un individu unique, ayant sa propre identité.* »

La dignité doit être considérée comme une exigence de soin, de même que l'humanité irréductible et unique.

Selon Louis Ploton<sup>2</sup>, l'identité affective est le noyau de la dignité, son ressort, son fondement et est inaltérable quelle que soit la maladie. Elle est une constante de l'homme et ne fluctue jamais, quand bien même celui-ci est atteint dans sa santé. La maladie mentale, la déchéance physique et psychique érode parfois l'intégrité de cette dignité humaine, dans le regard de l'autre. « *Si j'ai un peu de maîtrise, un moyen de faire valoir ma dignité, voire de la réclamer avec hauteur si elle n'est pas respectée, ce n'est pas parce que j'ai des qualités naturelles extraordinaires, mais c'est parce que l'on m'a fait la grâce de me considérer comme homme, alors que j'aurais pu en douter bien des fois.* »<sup>3</sup>

Par la reconnaissance de la présence, de la différence et de l'équivalence d'autrui, le personnel favorise l'autonomie du patient, respecte son individualité et promeut sa dignité.

Le respect de l'intimité du patient fait partie de la dignité. Un lieu de soins peut impliquer une banalisation de la nudité et par là même une négation de l'intimité. La préservation de la sphère privée doit être une priorité pour le personnel dans son accompagnement au quotidien.

« La dignité de l'homme, c'est-à-dire simplement son humanité, consiste dans le respect de son corps propre (intégrité) et de celui d'autrui mais aussi de sa personne, prise dans le sens d'homme pensant. Prendre en compte la dignité humaine de l'autre, du patient en l'occurrence, permet de le respecter en tant qu'homme, personne singulière, unique, irréductible à toute autre »<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Philippe Voyer et al, soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, ERPI 2013

<sup>2</sup> Louis Ploton, AFBAAH, colloque plaisirs et soins, 16 octobre 2007

<sup>3</sup> Eric Fiat Petit traité de dignité, Ed. Larousse – mars 2010

<sup>4</sup> Anne Danion-Grilliat Le diagnostic en psychiatrie : questions éthiques Ed. Masson - juin 2006



FOR : N° 521	V : 3	Pro 3
Rédigé par	MTE/JPL	07.11.2018
Revue effectuée par	FSR	06.08.2019
Libération par	FSR	06.08.2019

## D2 La sécurité

La sécurité est toujours mise en relation directe avec la gestion des différents risques. Cela induit qu'un équilibre doit toujours être fait entre le « risque acceptable » et la liberté de choix pour le patient. Selon S. Jatton<sup>5</sup> « la recherche au niveau des notions de risque et de sécurité a démontré leurs complémentarités. L'idée de privilégier l'un ou l'autre a été remplacée par l'utilisation des deux concepts en leur recherchant une finalité commune. »

En psychiatrie, les dangers concernent aussi bien les risques d'erreurs humaines (gestion des médicaments), que des problématiques en lien avec les mesures de contrainte, les comportements agressifs et violents, le risque suicidaire. Cette recherche de sécurité doit prioritairement bénéficier au patient.

Cela se traduit également par un accompagnement individualisé encourageant l'autonomie, visant à réduire au maximum les contentions physiques ou chimiques qui restreignent la mobilité du patient

Pour limiter ces risques, l'établissement devra avoir des procédures de sécurité qui prendront en compte non seulement la gestion de ces risques, mais aussi leur prévention par le biais par exemple d'outils d'évaluation, d'un programme de formation du personnel. La présence d'un agent de sécurité sur le site doit permettre de répondre à des situations de sécurité et d'urgence.

Ces procédures en lien avec un concept de sécurité aura comme finalité une recherche sécuritaire prioritaire pour le propre bénéfice du patient qui se sentira ainsi protégé, le personnel en profitera aussi dans la mesure où un fort accent sera mis sur sa propre sécurité. Un personnel en sécurité est mieux à même de protéger les patients qu'il accompagne.

La sécurité est un besoin fondamental de l'individu, qui concerne son intégrité corporelle, spirituelle, sociale et économique<sup>6</sup>. Tant l'individu que la société sont responsables de cette intégrité.

## D3 Le respect des droits des patients

Différentes lois figurant dans le code civil suisse et la loi vaudoise sur la santé publique, reconnaissent au patient des droits spécifiques dans sa relation avec les professionnels de la santé :

- Le droit à l'information
- Le consentement libre ou éclairé
- Les directives anticipées
- Le droit au libre choix
- Les limitations de la mise en place de mesures de contrainte
- L'utilisation des données personnelles
- L'accès au dossier
- Le droit à être accompagné

Toutes ces informations sont accessibles dans la brochure « L'essentiel sur le droit des patients » éditée par l'Etat de Vaud.<sup>7</sup>

Le respect de certains de ces droits a été renforcé dans le cadre des modifications du Code civil suisse - Protection de l'adulte, droit des personnes et droit de la filiation.

<sup>5</sup> S. Jatton, mémoire pour l'obtention du DHEPS, De l'influence du risque sur la personnalisation du soin. Quelles conséquences pour le soignant ?

<sup>6</sup> Société Suisse de Gériatrie brochure liberté et sécurité

<sup>7</sup> L'essentiel sur les droits des patients, Canton de Vaud, Service de la santé publique, octobre 2013, [www.vd.ch/themes/sante/systeme-de-sante/droits-mediation-et-plaintes/lessentiel-sur-les-droits-des-patients/](http://www.vd.ch/themes/sante/systeme-de-sante/droits-mediation-et-plaintes/lessentiel-sur-les-droits-des-patients/)



FOR : N° 521	V : 3	Pro 3
Rédigé par	MTE/JPL	07.11.2018
Revue effectuée par	FSR	06.08.2019
Libération par	FSR	06.08.2019

## E Normes et critères

### E1 Norme 1. Les droits de patients, la dignité et l'intimité sont préservés

#### E1.1 Les droits des patients sont connus, respectés et exercés

L'établissement doit garantir aux patients le respect de leurs droits .

Le patient a le droit d'être informé (art.21 LSP, art. 6d LAIH) sur son état de santé, sur ses traitements, sur ses conditions de séjour, le règlement hospitalier, les voies de recours... Dès lors, les inspectrices et les inspecteurs vérifient que le patient est associé, dans la mesure du possible, aux choix et orientations de prise en charge le concernant, à son plan de soins.

Les inspecteurs et inspectrices cherchent à savoir si, en dehors des situations d'urgence, en cas de refus de traitement, des alternatives sont proposées tout en respectant le choix du patient (changement du traitement, discussion, négociation, information, etc.)

Le patient a accès à son dossier (art.24 LSP, art. 6f LAIH.). Il peut s'en faire expliquer la signification et en demander en original ou en copie les pièces pour les transmettre au professionnel de la santé de son choix. Les inspectrices et les inspecteurs étudient les protocoles concernés et le règlement hospitalier. Ils s'entretiennent avec les patients et le personnel afin de vérifier l'application de ces droits.

Les directives anticipées doivent être recherchées. Elles sont connues du personnel soignant et elles figurent dans le dossier du patient quand cela est possible. Dans les situations le nécessitant, la rédaction de directives anticipées pourrait être proposée (situation complexe d'hospitalisation répétée, situation de soins palliatifs...) Un plan de crise conjoint (PCC)<sup>8</sup> pourrait aussi être élaboré avec le patient.

Le personnel cherche à savoir si le patient a nommé un représentant thérapeutique. Dans l'affirmative, ce dernier sera associé aux démarches concernant le patient.

Le patient a droit au respect du secret professionnel (art. 80 et 80a LSP). La confidentialité des données des patients hospitalisés est respectée en évitant, par exemple, de les afficher dans des endroits accessibles et visibles de tous dans l'unité et/ou de discuter d'informations confidentielles dans les lieux communs.

#### E1.2 L'estime personnelle est préservée, une préoccupation est portée sur l'apparence

Lors des différents contacts avec les patients, les inspectrices et les inspecteurs sont attentifs à leur apparence et leur identité (choix des habits, coiffure, ongles, peau, etc.) en tenant compte du vivre ensemble, particulièrement pour les patients dépendants et/ou présentant des troubles cognitifs.

Les inspecteurs et inspectrices vérifient que le patient peut avoir accès à des soins d'hygiène individualisés correspondant à ses besoins et que son apparence physique respecte son identité dans les limites d'un risque clairement identifié (risque de blessure, de suicide, etc.). En cas de prise en soin en chambre de soins intensifs (CSI), le personnel veille à proposer des alternatives à la chemise d'hôpital en fonctions des risques encourus (training d'hôpital).

#### E1.3. Des mesures sont prises pour préserver l'intimité du patient. Sa sphère privée et identitaire est respectée

Le respect de l'intimité du patient fait partie du respect de sa dignité. La préservation de la sphère privée doit être une priorité pour le personnel lors de l'accompagnement quotidien. Il met alors en place divers moyens pour permettre au patient de bénéficier de soins à l'abri des regards et en toute discrétion (soins d'hygiène mais aussi traitement, conversations, etc.)

<sup>8</sup> 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. Son intérêt réside particulièrement dans le fait qu'il peut être élaboré dans des phases très précoces des troubles mentaux, sans condition préalable nécessaire à l'acceptation du diagnostic psychiatrique par le patient ou son entourage. Le PCC s'inscrit dans le processus de rétablissement et constitue une forme récente et innovante de décision partagée.

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



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

FOR : N° 521	V : 3	Pro 3
Rédigé par	MTE/JPL	07.11.2018
Revue effectuée par	FSR	06.08.2019
Libération par	FSR	06.08.2019

7 / 16

A l'hôpital, la chambre est le seul espace privé dont le patient dispose. C'est pour cette raison que le personnel frappe à la porte et attend une réponse avant d'entrer. Si possible, le matériel de soins est rangé ailleurs que dans la chambre et dans un endroit fermé. De la même manière, le personnel respecte les effets et biens personnels des patients. Il veille à mettre à l'abri des regards les informations concernant les patients se trouvant dans les bureaux de soins.

Le personnel veille à limiter les perturbations sonores et olfactives par exemples, atténuer le son du téléviseur et dissiper les odeurs désagréables.

Dans les chambres à plusieurs lits, une attention particulière est portée pour que chaque patient puisse bénéficier d'un espace réservé. Lorsqu'il reçoit des visites, un local peut lui être mis à disposition.

Le patient doit pouvoir disposer de son espace privatif (pancarte, paravent, rideaux...) et avoir accès à son armoire. Dans les situations où les patients restent hospitalisés en attente de placement (déclassement en lit C), une clef de leur chambre et/ou une armoire sécurisée leur seront proposées dans la mesure du possible.

Chaque inspectrice ou inspecteur peut assister à un soin, pour autant que sa présence ne perturbe pas le patient et que celui-ci donne son accord.

Un inventaire des effets personnels du patient sera fait à l'entrée.

Les inspectrices et les inspecteurs veilleront à ce que les modalités de fouilles soient déterminées par un règlement connu des patients et que ces fouilles soient faites en leur présence. Ces fouilles concerneront aussi bien les fouilles corporelles que les fouilles de chambres et/ou d'effets personnels.

Une attention particulière sera portée à la préservation de la dignité dans les chambres de soins intensifs (laisser les contenants propres, pas de vis-à-vis sur l'extérieur, etc.)

#### **E1.4 L'organisation des repas correspond aux normes hôtelières et prend en compte les goûts individuels**

Le personnel assure un accompagnement sécurisé durant les repas afin que les patients aient la possibilité de manger dans un environnement agréable et sans être dérangés.

Les normes hôtelières sont respectées :

- Les repas sont dressés avec soin. Le dressage de l'assiette devrait comporter des couleurs et des formes différentes et soignées.
- 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.
- Les inspectrices et les inspecteurs s'assurent que l'aménagement des locaux de prise de repas (salle à manger et chambres) soit accueillant et approprié (luminosité, ambiance sonore, aménagement, etc.).
- Le personnel est attentif aux besoins du patient, il l'accompagne si nécessaire dans le respect de son rythme et en lui donnant toutes les informations nécessaires à son bien-être (aide au repas).
- Le séquençage des mets (entrée, plat, dessert, café ou thé) est favorisé

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

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

#### **E1.5 L'autonomie du patient est favorisée au travers des différents actes de la vie quotidienne**

Dans ce critère spécifique à la psychiatrie de l'âge avancé (cf. grille PAA), les inspectrices et les inspecteurs vérifient que l'accompagnement vise à favoriser l'autonomie des patients dans les activités de la vie quotidienne (AVQ).

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



FOR : N° 521	V : 3	Pro 3
Rédigé par	MTE/JPL	07.11.2018
Revue effectuée par	FSR	06.08.2019
Libération par	FSR	06.08.2019

Les inspectrices et les inspecteurs vérifient si le personnel favorise l'autonomie du patient en fonction de ses capacités en lui laissant le temps de faire sa toilette, en l'encourageant à faire les gestes qu'il est apte à exécuter et en lui offrant des choix.

Le personnel dispose de moyens pour évaluer les besoins des patients en termes d'accompagnement. C'est-à-dire qu'il utilise des outils d'évaluation<sup>9</sup> permettant de déterminer le niveau d'autonomie dans les AVQ afin de pouvoir adapter la prise en charge et le cas échéant mettre en place des moyens pour recouvrer ou maintenir une certaine autonomie (hygiène, continence, déplacement, alimentation, etc.).

Les patients disposent si besoin, d'un soutien dans la gestion des AIVQ : administratif (paiements, courrier, justice, OCPT, etc.),

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, par exemple un schéma WC, une surveillance de l'hydratation, éventuellement une prise en charge en physiothérapie.

Le personnel favorise la mobilisation des patients. Il les invite à effectuer les déplacements à pied (par exemple jusqu'à la salle à manger).

Le matériel auxiliaire à disposition des patients 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'appui et de redressement, potence, rehausseur de 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 patient<sup>10</sup>. Il permet au patient de se repérer dans l'espace et le temps en mettant par exemple le nom sur la porte de la chambre, fournissant des informations écrites contrastées, des repères visuels (horloge, calendrier, signalétique), des aide-mémoires, etc.

## E2 Norme 2. La sécurité et l'accès à des soins de qualité sont assurés

### E2.1 Des mesures sécuritaires adaptées au patient et au personnel sont entreprises

Ce critère évalue l'existence de mesures sécuritaires au sein de l'établissement tant au niveau des patients que du personnel. Elles précisent les mesures d'urgences et d'interventions, d'alarme, d'alerte, de protection, de prévention des risques de jour comme de nuit.

Les inspectrices et les inspecteurs examinent le concept de sécurité, en particulier l'analyse des risques en lien avec le profil de la patientèle accueillie, l'organisation du personnel et le bâtiment. Le personnel rencontré est interrogé sur sa connaissance des procédures d'urgence et d'intervention, d'alarme, d'alerte, de protection, de prévention des risques. Les instructions sont clairement affichées.

Lors de la visite des chambres, les inspectrices et les inspecteurs vérifient la présence de systèmes d'appel. Si l'état du patient ne permet pas leur utilisation, cette information devra être notifiée dans son dossier et d'autres mesures seront mises en place afin de lui permettre d'appeler ou d'être accompagné en cas de besoin.

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

Les locaux doivent être adaptés aux handicaps de la patientèle hébergée. L'environnement doit permettre à des patients en situation de handicap de se déplacer (rampe, sol, accès...) et d'utiliser les salles de bain.

Dans les établissements hospitalisant des patients « sous mesure pénale », des mesures particulières de surveillance et de respect des mesures décidées par le SPEN sont protocolées et appliquées par le personnel (par ex. cadre de sortie). Les inspectrices et les inspecteurs consultent les dossiers afin de vérifier la conformité du cadre aux mesures fixées par le SPEN ainsi que la facilité d'accès à ces informations pour le personnel.

<sup>9</sup> Echelle de Barthel ou MIF

<sup>10</sup> Ligue vaudoise contre le Rhumatisme <http://www.liguerhumatisme-vaud.ch/moyens-auxiliaires/a-tester/>



FOR : N° 521	V : 3	Pro 3
Rédigé par	MTE/JPL	07.11.2018
Revue effectuée par	FSR	06.08.2019
Libération par	FSR	06.08.2019

## E2.2 Des mesures en matière de prévention et de promotion de la santé sont proposées aux patients

Les risques d'excès et de carences alimentaires sont repérés. Le personnel récolte les données relatives au poids et oriente le patient vers un-e diététicien-ne si nécessaire.

Des espaces d'échange individuel ou collectif sont mis à disposition des patients. Ces moments favorisent les échanges entre pairs et/ou avec des professionnels. Ils visent à sensibiliser le patient en lui transmettant des informations théoriques et pratiques abordant des problématiques spécifiques telles que la maladie psychiatrique, les addictions, la médication, la prise/perte de poids, prévention des IST, etc. de manière à renforcer son pouvoir d'agir (en lien avec la notion « d'empowerment »)

Les inspectrices et les inspecteurs s'assurent que le patient voit son médecin et son infirmier-ère référent-e régulièrement mais au minimum 2 fois par semaine. Par ailleurs, elles ou ils s'assurent qu'une demande d'entretien de la part du patient soit honorée en fonction de l'analyse de la situation et de l'urgence de la demande dans les plus brefs délais.

Le personnel a réfléchi et applique une politique de contrôle et de réduction des risques en matière de consommation de substances addictives dans et autour de l'établissement. Les patients reçoivent les informations y relatives.

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

Le patient est informé des risques en lien avec la sexualité (moyens de contraception, protection, prévention des IST...).

## E2.3 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 à 33 de son règlement d'application), les inspectrices et les inspecteurs vérifient que la préparation des médicaments est faite sur la base d'ordres médicaux signés. Les médicaments ne sont pas laissés sans surveillance. Il existe un lieu de stockage des médicaments fermé à clé et accessible uniquement au personnel autorisé. Le personnel autorisé et clairement identifié par l'établissement. On entend par personnel autorisé, le personnel qui s'occupe de la pharmacie au niveau du contrôle, de la préparation, de la distribution des médicaments.

La préparation, la distribution et la prise des médicaments est conforme aux règles professionnelles. Les règles de confidentialité sont appliquées.

Les inspectrices et les inspecteurs vérifient que le personnel distribuant les médicaments est habilité à le faire.

Des consignes claires concernant l'utilisation des réserves, la gestion des refus/abus de traitement sont élaborées en collaboration avec le médecin.

Les réserves sont données sur une indication médicale précise (fréquence d'administration, circonstances d'administration, ordre des réserves données pour une même problématique, etc.) et l'effet est précisé dans le dossier.

## E2.4 Les prestations de soins somatiques sont accessibles

Les patients bénéficient également d'un suivi médical régulier sur le plan somatique. Un médecin somaticien est présent sur l'unité au moins 1 fois par semaine.

Des consultations auprès de spécialistes (gynécologue, dentiste, ophtalmologue, etc.) sont organisées selon les besoins.

Les inspectrices et les inspecteurs vérifient ce critère en parcourant les dossiers et lors des entretiens avec le personnel. Il s'agit d'identifier de quelle manière sont organisés le suivi médical et la réponse aux besoins en soins somatiques (par exemple, diabète, douleur, soins palliatifs).

Les liens avec le réseau (soins à domicile, ESE et EPS) sont maintenus pour perpétuer la continuité des soins.

## E2.5 Le personnel s'adapte au rythme du patient. Les soins de base sont assurés

Ce critère est observé lors de différents moments de l'inspection. Il est spécifique à la psychiatrie de l'âge avancé (cf. grille PAA).

Chaque inspectrice ou inspecteur peut assister à une toilette ou à un autre soin d'hygiène, pour autant que sa présence ne perturbe pas le patient et que celui-ci donne son accord.



FOR : N° 521	V : 3	Pro 3
Rédigé par	MTE/JPL	07.11.2018
Revue effectuée par	FSR	06.08.2019
Libération par	FSR	06.08.2019

Le personnel respecte les règles de base du soin d'hygiène :

- En évitant l'exposition du corps nu 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 ou de séparer l'espace dans les chambres multiples.
- En veillant à éviter les situations gênantes ou inappropriées pour le patient ou son entourage.
- En s'assurant que le patient soit d'accord de dévoiler son intimité au personnel. Pour chaque patient, il est demandé au préalable quels sont les préférences et difficultés pour un soin intime (sexe, âge, religion, ethnique,...).

Les horaires du personnel respectent dans la mesure du possible les rythmes et les besoins des patients. Le personnel fait preuve de souplesse et s'adapte au patient selon son état du moment.

Les techniques de manutention sont adaptées en fonction des handicaps. Le personnel a reçu une formation lui permettant d'assurer des actes confortables et sûrs pour le patient et pour lui-même (PDSB, Ecole du dos, Bobath).

Pour les patients qui présentent un alitement prolongé, les inspectrices et les inspecteurs vérifient qu'il soit installé confortablement dans le respect des principes d'ergonomie et que des soins de peau et de bouche leurs sont donnés régulièrement.

### E3 Norme 3. L'accompagnement est adapté. Une communication respectueuse est favorisée

#### E3.1 Les interactions sont constructives, respectueuses et favorisent un climat social qui permet de développer des relations appropriées

Les inspectrices et les inspecteurs observent la qualité des échanges et des interactions entre les patients 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.

Le personnel est formé à ce type de communication et d'accompagnement (apaiser, annoncer les gestes, resituer/réorienter, encourager/valoriser, guider, reformuler, motiver, contenir, soutenir, etc.).

Le personnel vouvoie les patients et utilise le prénom seulement à la demande de celui-ci. Toute exception à cette règle doit être consignée dans son dossier. Le vocabulaire utilisé avec le patient évite toute familiarité et infantilisation. Les conversations respectent le principe de confidentialité.

Les communications écrites à propos du patient doivent aussi revêtir un caractère respectueux.

Il ne fait pas de considérations sur le patient devant lui (ni sur les autres patients). Il ne répond pas à sa place et évite toute conversation privée avec ses collègues en présence du patient. Il informe le patient de ce qui se passe ou va se passer. Si besoin, il propose des supports tels qu'un planning ou des cartes de rendez-vous.

Dans les situations de patients allophones, le personnel fait appel à des interprètes ou des interprètes communautaires pour les différents entretiens.

#### E3.2 Le maintien de relations avec l'extérieur est favorisé

Durant son hospitalisation, le patient doit pouvoir continuer à entretenir ses liens significatifs. Le maintien des relations avec l'extérieur tient compte d'éventuelles restrictions (cadres de soins).

Les proches sont intégrés dans la prise en charge. Le personnel favorise leur participation. Ils peuvent prendre leur repas avec le patient à l'hôpital.

Le patient doit disposer de moyens de communications tels que le téléphone, la télévision voire un accès à Internet. Ce maintien des relations encourage les visites et tout contact avec l'extérieur.

Des sorties régulières sont proposées de manière individuelle ou collective. Les patients bénéficient de sorties régulières sur le site et/ou hors de l'hôpital, de manière individuelle ou collective. Selon le risque, les sorties sont accompagnées.



FOR : N° 521	V : 3	Pro 3
Rédigé par	MTE/JPL	07.11.2018
Revue effectuée par	FSR	06.08.2019
Libération par	FSR	06.08.2019

### E3.3 Des activités à visée thérapeutiques sont proposées

En complément des prestations de soins médicaux, l'hôpital doit fournir des activités qui se déclinent de la manière suivante :

- Des activités à visée thérapeutiques et de développement personnel : ergothérapie, physiothérapie, art thérapie, relaxation, jeu de mémoire, jeu de rôle (psychodrame), affirmation de soi, groupes addiction, groupe de parole et de partage, groupe conte, atelier cuisine, thérapies corporelles, etc. Afin de favoriser le bien-être des patients, le personnel a aussi la possibilité de recourir à différentes techniques et approches complémentaires comme les massages, le Snoezelen<sup>11</sup> ou chariot sensoriel<sup>12</sup>, les huiles essentielles, la sophrologie, la relaxation, les fleurs de Bach, etc.

Afin de proposer une offre d'activités adaptée, le personnel note les désirs, intérêts et capacités individuels de chaque patient. Les activités sont en lien avec son projet thérapeutique.

L'offre en activités doit être mise à la disposition des patients (affichage, information orale, calendrier des activités, modalité d'inscription).

### E4 Norme 4. Le dossier retrace la réalisation et l'évaluation du projet thérapeutique. Des protocoles sont définis et appliqués

La traçabilité des actes de soins est essentielle. Elle permet la continuité et la cohérence des soins.

Sur la base des observations, des entretiens avec les patients rencontrés et des professionnels du terrain, les inspectrices et les inspecteurs examinent les dossiers individuels afin de trouver les liens entre les soins, l'accompagnement et leur traçabilité.

Les inspectrices et les inspecteurs s'assurent que les différentes procédures correspondent aux connaissances du personnel.

Concernant les documents de référence (protocoles), les inspectrices et les inspecteurs les parcourent afin de vérifier leur application.

#### E4.1 Le patient dispose d'un projet thérapeutique fixé en interdisciplinarité

Afin d'évaluer ce critère les inspectrices et les inspecteurs rechercheront dans le dossier du patient :

- Un recueil de données et une anamnèse qui permettent à l'équipe d'avoir une vision bio-psycho-sociale et spirituelle du patient
- Un projet thérapeutique ou de traitement est fixé en interdisciplinarité. Il est élaboré avec ses proches à chaque fois que le patient donne son accord. Le projet doit contenir des objectifs, les moyens de réalisation. Le projet sera réévalué au minimum une fois par semaine à la suite du colloque interdisciplinaire
- Les prescriptions spécifiques des soins et traitements personnalisés
- Des observations utiles et régulières qui reflètent l'évolution de l'état clinique du patient
- Un projet de sortie : tenu à jour et réactualisé en fonction de l'évolution du patient et du travail en réseau.

Les intervenants des différents services documentent le dossier individuel et le projet thérapeutique.

La lecture du dossier doit permettre de retrouver le processus de soins qui sert de pivot à la coordination des soins.

Une information structurée au moyen d'objectifs et d'actions permet de suivre l'évolution du patient et d'avoir une vision globale de sa situation au cours des différentes étapes de son hospitalisation.

#### E4.2 Les protocoles de mesure de contrainte (CSI et/ou attachements) sont appliqués conformément au cadre légal

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<sup>er</sup> janvier 2013. <http://www.admin.ch/ch/f/as/2011/725.pdf>

Pour la première fois, au niveau fédéral, une loi fixe les règles concernant les mesures de contrainte :

<sup>11</sup> <http://www.isna.ch/fr/ziele-objectifs.html>

<sup>12</sup> <http://www.arpege-vd.ch/chariot-sensoriel/>



FOR : N° 521	V : 3	Pro 3
Rédigé par	MTE/JPL	07.11.2018
Revue effectuée par	FSR	06.08.2019
Libération par	FSR	06.08.2019

**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:

1. A prévenir un grave danger menaçant la vie ou l'intégrité corporelle de la personne concernée ou d'un tiers.
2. A 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.

Quant à lui, l'article 23d de la LSP du canton de Vaud mentionne :

**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 patient, les inspectrices et les inspecteurs prennent connaissance du protocole individuel afin d'en vérifier la conformité aux lois en vigueur.

**Le protocole individuel doit contenir :**

- la précision du ou des risques que court le patient ou son entourage
- Une description d'autres mesures moins restrictives de liberté tentées et des raisons de leurs échecs (mesures alternatives)
- Le type de mesure utilisée
- Le nom de la personne ayant ordonné la mesure
- Les horaires de son application et de sa durée
- Une évaluation dont le rythme et le contenu sont individualisés, contenant une justification de la présence d'une mesure de contrainte et expliquant les éléments mis en place pour tenter d'ôter la mesure.
- Une description des mesures compensatoires (surveillance, soutien psychologique, allègement des effets physiques, accompagnement, etc.)

Les inspectrices et les inspecteurs se renseignent sur les connaissances du personnel quant à la politique de l'institution en matière de contention.

La connaissance du fondement de la loi, soit « par principe, toute mesure de contrainte à l'égard des patients est interdite » (art.23d LSP du 29 mai 1985), par l'ensemble du personnel, la qualité de la réflexion sur ces questions et le refus de banalisation sont également des éléments importants pour l'évaluation du critère.

Dans certaines situations particulières, notamment en lien avec des troubles neurologiques, le CIVESS considère que certains moyens utilisés ne sont pas à proprement parler des contentions mais sont considérés comme des moyens auxiliaires puisqu'ils augmentent la liberté de mouvement et l'autonomie (exemple : tablette au fauteuil roulant pour une personne hémiplégique).

Concernant l'utilisation et l'occupation des CSI, les inspectrices et les inspecteurs s'assurent quelles sont sécurisées et répondent au suivi du protocole sécurité mis en place par l'établissement (vérification des différents points de sécurité avec check liste).



FOR : N° 521	V : 3	Pro 3
Rédigé par	MTE/JPL	07.11.2018
Revue effectuée par	FSR	06.08.2019
Libération par	FSR	06.08.2019

Elles devront aussi répondre aux différentes directives de prise en charge à savoir :

- des décisions motivées, inscrites dans le dossier et horodatées (précision de sa durée, du type de contention et de l'absence de contre-indications somatiques)
- des décisions de plan de traitement ainsi que de programme individualisé de surveillance de l'état clinique et de prévention des risques (examen médical somatique et évaluation infirmière régulière)
- des indications médicales et leur évaluation régulière (évaluation bénéfique/risque)

#### E4.3 Les restrictions individuelles et contrats thérapeutiques sont argumentés et réévalués régulièrement

Les restrictions, cadres, contrats thérapeutiques doivent être documentés de manière précise pour qu'ils soient suivis et évalués régulièrement en interdisciplinarité. Les procédures présenteront un descriptif du cadre et du programme détaillé de la mesure et les conséquences en cas de non-respect pour le patient.

Une restriction concerne aussi bien un déplacement (interdiction de sortie de l'unité par exemple) qu'un accès limité (fermeture d'un placard) ou des visites limitées voire supprimées, qu'une restriction de consommation (alimentaire, cigarette...). Une restriction peut faire l'objet d'un cadre thérapeutique (limitation) imposé au patient ou discuté avec lui.

La mesure doit respecter des principes tels que la bienfaisance, l'autonomie, et la dignité de la personne. Elle ne peut en aucun cas servir à des intérêts d'organisation et de gestion du service ou de l'unité, en lien avec une dimension d'économie et ne doit en aucun cas avoir des visées punitives.

Le CIVESS vérifiera que les patients sous placement à des fins d'assistance (PLAFA ou PAFA) sont bien identifiés par le personnel et que ceux-ci aient la possibilité d'être assistés dans leur droit de recours (information donnée, aide pour le courrier etc.).

Dans les cas où l'établissement accueille des patients relevant du service pénitentiaire (SPEN), les inspectrices et les inspecteurs consultent le dossier concerné afin d'y trouver les mesures sécuritaires concernant les restrictions individuelles fixées par le SPEN.

#### E4.4 Des protocoles de prévention et de gestion du potentiel suicidaire et de gestion de la violence sont établis et appliqués

Les équipes d'accompagnement identifient et évaluent les patients avec un potentiel suicidaire grâce à des outils comme l'**URD** = évaluation de l'Urgence des Risques, et de la Dangersité. Cet outil est notamment proposé par le GRPS<sup>13</sup>.

Dans ce sens, des formations comme **« Faire face au risque suicidaire »**<sup>14</sup> sont vivement encouragées. Cette formation est proposée dans le cadre du programme *Lutte contre les conduites suicidaires* précisée dans le rapport *« Politique de santé mentale, plan d'actions 2007 – 2012 »*.<sup>15</sup>

Le dossier du patient comprendra donc des éléments objectifs et personnalisés de l'évaluation faite à divers moments de l'hospitalisation (tels que les scénarios suicidaires, l'élaboration avec le patient de mesures préventives etc.). Un patient présentant un potentiel suicidaire sera suivi et évalué par l'équipe pluridisciplinaire.

Le dossier devra retracer les différentes interventions soignantes en liens avec ces situations.

Les inspectrices et les inspecteurs parcourent le concept de sécurité et analysent le contenu des procédures dans le domaine de la prévention et gestion en cas de violence.

La direction de l'hôpital dispense de la formation continue dans ces domaines.

Des conditions d'admission et ou de transfert sont définies en fonction de l'analyse des risques. Le règlement et/ou la brochure d'accueil diffusé systématiquement aux patients et aux collaborateurs, en fait mention.

Pour le patient présentant un danger pour lui-même ou pour autrui, des restrictions individuelles sont fixées.

Le personnel dispose d'outils pour faire face et désamorcer des situations potentiellement violentes.

<sup>13</sup> Groupe Roman Prévention Suicide

<sup>14</sup> *Faire face au risque suicidaire (Unil)*

<sup>15</sup> *Politique de santé mentale, plan d'actions 2007 - 2012 (novembre 2008)*



FOR : N° 521	V : 3	Pro 3
Rédigé par	MTE/JPL	07.11.2018
Revue effectuée par	FSR	06.08.2019
Libération par	FSR	06.08.2019

#### E4.5 Une collaboration avec les réseaux de soins et de soutien est établie

La collaboration avec le réseau implique l'ensemble des intervenants ayant une action directe ou indirecte auprès du patient qu'ils soient des professionnels de l'établissement ou des partenaires y compris les proches aidants.

A cette occasion, les inspectrices et les inspecteurs rencontreront les assistant-e-s sociales/sociaux et/ou les infirmier-e-s de liaison quant aux projets de sortie et quant à leur collaboration avec les différents intervenants et le rôle de chacun des professionnels dans la continuité de l'accompagnement.

Les inspectrices et les inspecteurs consulteront les documents des patients en fin de séjour dans le but de s'assurer que les informations essentielles aux partenaires y soient notifiées.

Une collaboration avec des aumôniers, des pairs aidants et pairs praticiens est favorisée au sein des hôpitaux.

#### E4.6 Le personnel identifie, met en place et évalue des approches thérapeutiques en lien avec les Symptômes Comportementaux Psychologiques de la Démence (SCPD)

Les SCPD sont des manifestations tels que : l'agitation, la déambulation. Ils sont évalués par les équipes à l'aide de grille d'évaluation des troubles du comportement, des guides d'évaluation clinique et d'observation comportementale : échelle de l'agitation (ex. Cohen-Mansfield), échelle MADRS pour la dépression, tests cognitifs de base, évaluation du manque d'appétit, des troubles du sommeil ...

Les SCPD doivent être analysés de manière individualisée afin d'essayer de comprendre le sens à leur donner. Les notions de facteurs déclenchants et facteurs protecteurs (ou apaisants) sont pris en considération dans l'élaboration du projet thérapeutique.

Des mesures alternatives à la médication sont proposées pour gérer les SCPD et les crises comme par exemple, les interventions non pharmacologiques tels que les massages, les techniques de relaxation, la sophrologie, l'hypnose, les médecines alternatives, les thérapies sensorielles, les thérapies récréatives (exercices, marche, rencontre de groupe, loisirs) l'utilisation de chambre Snoezelen, etc.)

Les thérapeutiques mises en place sont régulièrement évaluées.

### E5 Norme 5 : Les prestations sont délivrées par du personnel ayant les compétences requises

#### E5.1 L'encadrement des soignants est assuré et les ressources à disposition sont connues et utilisées

Le personnel d'encadrement bénéficie de formation dans le domaine de la gestion d'équipe.

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 (psychiatrie de liaison, psychiatrie de l'âge avancé, soins palliatifs, SPDM).

**Les inspectrices et les inspecteurs vérifieront que le personnel connaît les protocoles d'urgences et de gestion de crise.**

#### E5.2 La politique de l'établissement encourage la formation du personnel

L'amélioration continue des compétences du personnel permet l'évolution de la qualité des prestations d'un établissement de soins.

La politique de formation intègre la mise en œuvre d'un plan annuel de formation visant à consolider les compétences existantes, à les actualiser et à accompagner les changements.

Les inspectrices et les inspecteurs demandent la liste des formations suivies ou prévues pour l'année en cours.



FOR : N° 521	V : 3	Pro 3
Rédigé par	MTE/JPL	07.11.2018
Revue effectuée par	FSR	06.08.2019
Libération par	FSR	06.08.2019



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

FOR : N° 521	V : 3	Pro 3
Rédigé par	MTE/JPL	07.11.2018
Revue effectuée par	FSR	06.08.2019
Libération par	FSR	06.08.2019

16 / 16