

EXPLICATIF DES INSPECTIONS CIBLEES

Centre de traitement et de réadaptation (CTR)

A	INTRODUCTION	3
A.1	CADRE DE REFERENCE.....	3
A.1.1	<i>La dignité</i>	3
A.1.2	<i>La sécurité.....</i>	4
A.1.3	<i>Le respect des droits des patients.....</i>	5
B	BUTS DE L'INSPECTION	5
C	DEROULEMENT DE L'INSPECTION	6
D	NORMES ET CRITERES.....	7
D.1	NORME 1. LA MISSION DU CTR VISE L'AUTONOMIE DANS LE RESPECT DE LA DIGNITE HUMAINE ET LES DROITS DES PATIENTS... 7	
D.1.1	<i>Les droits des patients sont connus, respectés et exercés</i>	7
D.1.2	<i>L'estime personnelle du patient est préservée par une apparence valorisée et sa sphère privée et identitaire est respectée.....</i>	7
D.1.3	<i>Lors des soins, des mesures sont prises pour préserver l'intimité du patient</i>	8
D.1.4	<i>L'organisation des repas prend en compte les goûts individuels et l'aide au repas est adaptée aux capacités du patient</i>	8
D.2	NORME 2 : LA SECURITE EST ASSUREE ET L'AUTONOMIE EST FAVORISEE	8
D.2.1	<i>Un système d'appel est à portée du patient et des moyens auxiliaires adaptés lui sont proposés. Les locaux et le matériel sont adaptés aux handicaps des patients.</i>	8
D.2.2	<i>Le personnel s'adapte au rythme du patient.....</i>	9
D.2.3	<i>Les traitements de physiothérapie, d'ergothérapie, de logopédie, de neuropsychologie individuels ou en groupe sont :.....</i>	9
D.2.4	<i>La gestion des médicaments est conforme aux normes professionnelles.....</i>	9
D.2.5	<i>Des procédures en cas d'urgence sont élaborées.....</i>	10
D.2.6	<i>La gestion des symptômes de la douleur est conforme aux bonnes pratiques</i>	10
D.3	NORME 3 : LA COMMUNICATION, INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE, EST RESPECTUEUSE ET FAVORISEE	11
D.3.1	<i>Le personnel s'adresse au résident avec respect.....</i>	11
D.3.2	<i>Le maintien de relations avec l'extérieur est favorisé.....</i>	11
D.3.3	<i>La coordination entre les différents partenaires pour réaliser le projet du patient est encouragée</i>	11
D.3.4	<i>L'accès à l'information est facilité</i>	11
D.3.5	<i>La vie sociale et spirituelle</i>	12
D.4	NORME 4: LE CTR DISPOSE D'UN DOSSIER INDIVIDUEL PERMETTANT LA REALISATION ET L'EVALUATION DES PROCESSUS DE READAPTATION EN LIEN AVEC LE PROJET THERAPEUTIQUE	12
D.4.1	<i>Les patients rencontrés ont un objectif de traitement fixé en interdisciplinarité</i>	13
D.4.2	<i>La collaboration interdisciplinaire se concrétise régulièrement.....</i>	13
D.4.3	<i>Le protocole des mesures limitatives de liberté est appliqué de manière conforme dans le formulaire individuel</i>	13
D.4.4	<i>Le protocole de prévention et de traitement des escarres / plaies ou la démarche institutionnelle est appliqué de manière conforme</i>	15
D.4.5	<i>Le protocole ou la démarche institutionnelle d'évaluation du risque de dénutrition est appliqué de manière conforme</i>	15

A Introduction

La CIVISS (coordination interservices 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 CIVEMS (ancien organisme d'inspection dépendant SSP/SASH) et de l'OCESE (ancien organisme d'inspection du SPAS). Ces services pratiquaient des inspections dans les EMS, les HNM, les Etablissements socio-éducatifs et les Etablissement psycho-sociaux, tous faisant partie du domaine de l'hébergement.

M. Maillard a souhaité, en créant la CIVISS, élargir les champs d'inspection à tous les établissements sanitaires et sociaux du canton, à savoir aux CTR, centres d'accueil temporaire (CAT), hôpitaux de psychiatrie et psychiatrie de l'âge avancé.

Une équipe interdisciplinaire a pour mission d'évaluer la qualité de la prise en charge socio-sanitaire et de s'assurer que la dignité des résident/patient-e-s des établissements sanitaires et sociaux soit assurée. Ceci quelle que soit la mission de l'établissement.

Durant l'année 2014, un projet de grille d'inspection CTR a été élaboré, soumis aux directeurs de soin des différents établissements et finalisé début 2015.

Ces évaluations, inspections ciblées, sont des visites courtes, se déroulant sur une journée, incluant en principe, la remise du rapport d'inspection. Dans certaines situations le rapport peut être remis ultérieurement.

A.1 Cadre de référence

Trois valeurs essentielles

A.1.1 La dignité

Devenir le sujet de sa propre existence c'est avant tout garder sa dignité d'être humain.

La dignité est la place laissée au sujet, afin de ne pas « *spolier son autonomie au prétexte et même au motif de prendre en charge sa dépendance* »¹.

Elle 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 al². « *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.* »

¹ Michel Billé, *La chance de vieillir*, 2004

² Philippe Voyer et al, soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, ERPI, 2013

La dignité doit être considérée comme une exigence de soin, de même que l'humanité irréductible et unique. Selon Louis Ploton³, 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* ». ⁴

L'institutionnalisation peut dépersonnaliser et chosifier l'individu. Par la reconnaissance de la présence, de la différence et de l'équivalence d'autrui, le personnel favorise l'autonomie du résident, respecte son individualité et promeut sa dignité.

Le respect de l'intimité du résident/patient/usager 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.

A.1.2 La sécurité

Selon la société Suisse de Gériologie⁵, la sécurité est un besoin fondamental de l'individu, qui concerne son intégrité corporelle, spirituelle, sociale et économique. Tant l'individu que la société sont responsables de cette intégrité. Les professionnels de la santé ont un devoir de diligence. Ils doivent pratiquer le devoir de diligence en tenant compte des prescriptions en vigueur et selon les règles de l'art. Ils tendent à cet objectif mais ne peuvent pas toujours l'atteindre ou même le garantir. Les exigences du devoir de diligence dépendent de circonstances individuelles. Elles sont liées en fonction des risques et au mode d'intervention ou au genre de traitement, ainsi que la latitude de jugement, du temps et des moyens à disposition.

La sécurité est toujours mise en relation directe avec la gestion des différents risques. Cela induit qu'une balance doit toujours être faite entre le « risque acceptable » et la liberté de choix pour le patient. Selon S. Jatton⁶ « *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.* »

Cette recherche de sécurité doit prioritairement bénéficier au patient, en diminuant notamment les risques d'erreurs (par exemple dans la gestion des médicaments).

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

³ Louis Ploton, AFBAB, colloque plaisirs et soins, 16 octobre 2007

⁴ Eric Fiat Petit traité de dignité, Ed. Larousse – mars 2010

⁵ Société Suisse de Gériologie brochure liberté et sécurité

⁶ S. Jatton, mémoire pour l'obtention du DHEPS, De l'influence du risque sur la personnalisation du soin. Quelles conséquences pour le soignant ?

A.1.3 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.⁷

B Buts de l'inspection

L'objectif est que l'ensemble des CTR soit inspecté régulièrement. Les inspections ont pour but de vérifier que les prestations répondent aux besoins et respectent les droits et la dignité des patients et que leur sécurité soit garantie.

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

Les établissements conformes sont :

- Ceux qui correspondent largement au standard cantonal (80% des critères atteints). A l'issue de l'inspection, un rapport précisant le niveau d'atteinte de chaque critère est remis à la direction du CTR avec les félicitations de la CIVISS.
- Ceux qui correspondent au standard cantonal mais obtiennent un résultat final inférieur aux barèmes ci-dessus. A l'issue de l'inspection, un rapport précisant le niveau d'atteinte de chaque critère ainsi que des pistes d'amélioration est remis à la direction de l'établissement. Il lui incombe de mettre en place les améliorations requises en s'appuyant par exemple sur une démarche qualité ou sur des réflexions institutionnelles.

Dès lors, l'inspection est reconduite selon le rythme périodique.

Les établissements non-conformes sont :

Ceux qui ne respectent pas le standard cantonal (plus de 30% de critères non atteints). Ces établissements reçoivent un rapport détaillé ainsi qu'un courrier explicatif de l'autorité compétente. Des mesures doivent être prises afin que ces établissements rejoignent le standard dans les meilleurs délais.

Pour ces établissements, un suivi particulier est effectué par la CIVISS.

⁷ 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/

Ces inspections permettent aux responsables du DSAS d'obtenir de manière régulière des informations sur le réseau des CTR, démontrer l'excellence des prestations, viser des améliorations ou le cas échéant appliquer les sanctions prévues par la législation.

C Déroulement de l'inspection

Pour le premier tour, les inspections seront annoncées quelques jours à l'avance.

A leur arrivée, les inspecteurs-trices s'annoncent à la réception, demandent d'avertir la direction 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 inspecteurs/trices pour les introduire auprès des collaborateurs.

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

Ces documents sont :

- Les documents en lien avec les différentes missions, valeurs institutionnelles, concepts, projets éventuels
- Les protocoles de soins existants pour les mesures de contrainte, la prévention et le traitement des plaies, les soins palliatifs, l'état nutritionnel ou autres (par exemple prévention de chute, prévention et gestion de la violence, droits des patients...)
- Le plan de formation de l'année en cours.

Les inspections sont conduites par deux inspecteurs/trices ou plus en fonction de la taille de l'établissement. Les inspections se déroulent sur une journée.

Chaque inspecteur/trice utilise une grille d'évaluation et note ses observations sur la base des indicateurs cités dans la grille. Ce document est à usage interne.

Tout au long de l'inspection, les inspecteurs/trices, adaptent leurs observations au contexte institutionnel. En cas de doute quant à une situation, ils/elles questionnent le personnel.

Puis, une mise en commun est effectuée entre les inspecteurs/trices afin d'établir le rapport d'inspection.

Ce rapport est remis à la direction ou aux responsables du jour lors d'un échange permettant de donner des explications sur l'évaluation et le résultat de l'inspection. D'entente avec la direction, des collaborateurs peuvent assister à cette séance.

Grille d'évaluation

La grille d'évaluation est constituée de 4 normes. Le déroulement de l'inspection se fait en 2 séquences :

La première consiste à ;

- observer des interactions entre le personnel et les patients
- discuter avec les patients et/ou le personnel
- visiter les chambres et les locaux communs
- assister au moment du repas
- assister à un colloque si possible
- assister à un soin avec l'accord du patient

La seconde recherche une congruence entre les éléments observés et les écrits ; dossiers des patients rencontrés et lecture des différents documents remis par le CTR.

Pour chaque critère, une liste non exhaustive des pistes d'observations (indicateurs) est mentionnée sur la grille afin d'unifier le travail des inspecteurs/trices.

D Normes et critères

D.1 Norme 1. La mission du CTR vise l'autonomie dans le respect de la dignité humaine et les droits des patients

D.1.1 Les droits des patients sont connus, respectés et exercés

Ce critère met en avant la responsabilité individuelle. Le patient doit pouvoir prendre des décisions concernant sa santé et son traitement, faire ses propres choix, ceci en prenant compte son état de discernement.

L'établissement doit garantir le respect d'un certain nombre de droits qui se réfèrent à la législation cantonale. Voir point A.1.3 p. 5 du présent document.

Le respect de certains droits a été renforcé dans le cadre des modifications du Code civil suisse dans le cadre de la protection de l'adulte.

Ces modifications ont nécessité pour le canton de Vaud d'introduire une loi d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant (29 mai 2012). Cette loi est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2013.

Les directives anticipées sont connues du personnel et doivent figurer dans le dossier du patient. Les désirs de fin de vie doivent être respectés.

Les inspecteurs/trices s'entretiennent avec les patients et vérifient que ces droits sont respectés et appliqués

D.1.2 L'estime personnelle du patient est préservée par une apparence valorisée et sa sphère privée et identitaire est respectée

Lors des différents contacts, les inspecteurs/trices-s sont attentifs à l'apparence des patients (vêtements, cheveux, ongles, peau etc.), en particulier pour les patients dépendants et/ou ayant des troubles cognitifs. Lors de cette observation, les inspecteurs/trices tiennent compte des habitudes de vie des patients.

Les patients portent des vêtements propres et adaptés, qui préservent l'intimité.

Le respect de l'intimité du patient fait partie de sa dignité. La sphère privée du patient doit être respectée par le personnel qui doit frapper à la porte de la chambre avant d'y pénétrer.

Le matériel de soins doit si possible être placé dans un endroit à l'abri des regards, sauf s'il y a des indications utiles à la sécurité du patient (chambre d'isolement...).

Le patient doit pouvoir décider s'il souhaite que la porte de sa chambre soit ouverte ou fermée.

D.1.3 Lors des soins, des mesures sont prises pour préserver l'intimité du patient

Le personnel respecte les règles de base du soin, c'est-à-dire utilise les moyens à disposition pour préserver l'intimité du patient (par exemple : paravent, rideaux...). Les inspecteurs/trices, séparément, peuvent assister à une toilette ou à un autre soin (p. ex. traitement ergo ou physio), pour autant que le patient donne son accord et que sa présence ne perturbe pas le patient.

D.1.4 L'organisation des repas prend en compte les goûts individuels et l'aide au repas est adaptée aux capacités du patient

Les normes hôtelières (vaisselle, rythme de service, présentation des mets normaux, hachés et mixés, aménagement de la salle à manger) sont respectées. Par rapport à la vaisselle, il est recommandé d'éviter la vaisselle en plastique (certains gobelets en couleurs peuvent avoir une connotation infantilissante).

Les horaires des repas en salle à manger assurent une répartition de la prise alimentaire sur la journée et sont socialement acceptables, au plus tôt dès 11h45 pour le dîner et au plus tôt dès 17h45 pour le souper.

Dans la mesure du possible, les repas proposés aux patients tiennent compte de leurs goûts et habitudes antérieures. Les patients peuvent avoir un choix de menu ou alors avoir la possibilité de changer de menu si celui-ci ne lui convient pas.

Les patients doivent pouvoir manger selon leur rythme, avec des ustensiles adaptés à leurs capacités.

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

D.2.1 Un système d'appel est à portée du patient et des moyens auxiliaires adaptés lui sont proposés. Les locaux et le matériel sont adaptés aux handicaps des patients.

Lors de la visite des chambres, les inspecteurs/trices vérifient la présence des systèmes d'appel. Si l'état du patient ne permet plus l'utilisation de celui-ci, ceci va être notifié dans le dossier. Pour certains patients, les systèmes d'appel peuvent être adaptés en fonction de leur handicap.

Le matériel auxiliaire à disposition des patients est propre, en bon état et adapté à leurs besoins.

Les locaux de réadaptation doivent être adaptés à la mission du CTR, être munis de matériel nécessaire et en bon état.

Le personnel contrôle et « conseille » dans la mesure du possible le port de chaussures adaptées, en respectant les habitudes du patient et son acceptation.

L'établissement a identifié les risques liés à son architecture et a mis en place des moyens permettant d'y remédier (par exemple sécurisation des escaliers).

D.2.2 Le personnel s'adapte au rythme du patient

Ce critère est observé lors de différents moments de l'inspection (déplacement, mobilisation, toilette, repas...).

Le personnel est formé (ou en cours de formation) en fonction de la mission de l'établissement (par exemple en psychiatrie de l'âge avancé, neurologie...) afin de disposer d'outils lui permettant d'accompagner au mieux les patients.

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

Pour optimiser ces actions, il est recommandé de travailler en interdisciplinarité (uniformisation de la prise en charge) afin de bénéficier des connaissances métier de chaque intervenant (physio, ergo, soins...).

Dans la mesure du possible, les horaires d'éveil et de repos des patients sont connus et respectés.

D.2.3 Les traitements de physiothérapie, d'ergothérapie, de logopédie, de neuropsychologie individuels ou en groupe sont...(cf grille d'inspection)

Le personnel médico-thérapeutique doit bénéficier d'une formation (ou formation en cours) adaptée à la mission du CTR (Bobath, déglutition, Postiaux, PNF, thérapie manuelle, CAS neuro-réhabilitation, CAS cardiorespiratoire, CAS praticien formateur, etc...)

La prise en charge et les techniques utilisées doivent être adaptées à la pathologie du patient, à ses besoins et à ses capacités.

Cette prise en charge a notamment pour objectif pour le patient de retrouver son autonomie dans les activités de la vie quotidienne.

Le nombre de traitements doit être adapté aux objectifs fixés. Le patient doit bénéficier d'au moins un traitement de physiothérapie par jour et en fonction des besoins, de traitements d'ergothérapie, de logopédie, de neuropsychologie et de prise en charge par la diététicienne.

D.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. 35-41 de son règlement d'application), les inspecteurs-trices vérifient que :

- la préparation des médicaments est faite sur la base d'ordres médicaux signés
- les médicaments ne sont pas laissés sans surveillance
- la pharmacie est fermée à clé
- la préparation et la distribution des médicaments sont conformes aux règles professionnelles (règle des 5B)⁸
- les règles concernant le stockage et la gestion des stupéfiants sont conformes aux exigences légales.

⁸ Association suisse des pharmaciens cantonaux, Règles des bonnes pratiques de remise de médicaments version 1, 2009

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

D.2.5 Des procédures en cas d'urgence sont élaborées

Un chariot d'urgence est présent sur le site. Les collaborateurs sont formés régulièrement (chaque 2 ans) à son utilisation.

Des directives claires en termes d'attitude de réanimation doivent être notées dans le dossier de chaque patient afin de respecter ses souhaits. En l'absence de médecin dans l'établissement, une procédure d'urgence est élaborée, connue et rapidement à disposition des collaborateurs. Il en va de même pour les procédures en cas de violence, d'agressivité ou de risque suicidaire.

D.2.6 La gestion des symptômes de la douleur est conforme aux bonnes pratiques

Le personnel identifie les personnes concernées. Il connaît et utilise les outils de dépistage de la douleur chronique ou aiguë adaptés aux handicaps des patients (échelles numériques, Doloplus, ESAS...) pour qualifier et préciser l'intensité de la douleur qu'elle soit physique et/ou psychologique (dépression, agitation, troubles du comportement, anxiété, troubles du sommeil).

L'utilisation de ces échelles doit aussi permettre de valider l'état de confort du patient lorsque celui-ci présente un traitement antalgique efficace.

Le personnel veille à atténuer et soulager les douleurs physiques et les souffrances psychiques en proposant des alternatives au traitement médicamenteux de la douleur telles que massages thérapeutiques, réflexologie, relaxation, balnéothérapie, hypnose, etc..

Le personnel assure la traçabilité des actions entreprises et en évaluent les résultats dans le dossier individuel du patient.

D.3 Norme 3 : La communication, individuelle et collective, est respectueuse et favorisée

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

Les inspecteurs/trices portent un intérêt spécifique aux échanges et interactions entre les patients et le personnel. Il s'agit autant de la communication verbale que non verbale. Ils/elles tiennent compte des moyens mis en place pour favoriser l'échange.

La réponse aux demandes, y compris non verbales, est également prise en compte. Pour les patients atteints de troubles cognitifs, les interventions doivent s'adapter à leurs besoins spécifiques. Par exemple, le personnel se présente, et explique les raisons de sa présence et les actions à venir. Pour cela, il utilise à la fois la parole, le regard et le toucher (cf. [Humanitude](#))

Les éventuels « Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence » ([SCPD](#)) que sont les comportements d'agitation, l'anxiété, la dépression, les idées délirantes, les hallucinations et les illusions sont analysés et pris en charge de manière individualisée.

Le personnel vouvoie et nomme les patients par leur nom de famille. Les exceptions à ces règles sont autorisées mais doivent être consignées dans le dossier (utilisation du prénom à la demande du patient par exemple). Le vocabulaire utilisé avec le patient évite toute familiarité et infantilisation (mamie, ma chérie, chouchou, etc.)

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

La visite des chambres et des locaux communs permet de vérifier l'installation de téléphone et de télévision. Dans l'idéal un accès Wi-Fi devrait être à disposition. Des journaux et/ ou magazines récents sont à disposition des patients du moins dans les locaux communs. Le personnel se préoccupe des proches aidants et les inclut dans le projet de réadaptation du patient. Cette préoccupation est partagée par l'ensemble du personnel mais peut être la responsabilité de l'infirmière de liaison.

D.3.3 La coordination entre les différents partenaires pour réaliser le projet du patient est encouragée

Les inspecteurs/trices questionnent le personnel quant aux projets de sortie des patients. Par exemple le rôle de chacun des professionnels dans l'organisation de la sortie, les différents documents à rédiger (DMST entre autre). Ils/elles consultent les documents des patients qui sortiront dans les 24 heures afin de s'assurer que les informations essentielles aux partenaires, CMS par exemple, y soient notifiées.

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

Les inspecteurs-trices vérifient que l'affichage est actualisé et présent dans des endroits stratégiques tels que dans les locaux communs ou devant/dans les ascenseurs. L'information peut aussi être distribuée en chambre notamment pour les menus et le programme hebdomadaire du patient. L'affichage doit être adapté quant à sa visibilité et lisibilité (hauteur d'affichage, taille de la police, utilisation de pictogrammes au besoin).

Ils/elles observent si le personnel informe le patient des événements tel que moment du repas, rendez vous de physio ou d'ergothérapie.

D.3.5 La vie sociale et spirituelle

Bien que la CIVISS soit consciente que les CTR ne sont pas des lieux de vie, il n'en demeure pas moins que de nombreux patients doivent y séjourner pendant plusieurs semaines, voire mois pour certains d'entre eux.

Pour les CTR disposant d'une offre en hébergement, il s'agit de proposer les animations quotidiennes de l'hébergement aux patients en attente de placement. Si la structure le permet, tous les patients peuvent évidemment bénéficier de l'offre en animation. En effet, les activités proposées par l'équipe d'accompagnement social ont plusieurs objectifs dont :

- Donner un rôle social au patient/résident
- Développer un sentiment de bien-être
- Appartenir à un groupe ou tout simplement passer un bon moment ensemble que l'on soit patient ou résident.

Pour les CTR ne disposant pas d'une offre en hébergement, il s'agit de développer une offre minimale, qu'elle soit réalisée par du personnel soignant ou par l'engagement d'un professionnel de l'accompagnement social.

Le CTR met à disposition des locaux communs favorisant la rencontre.

Les patients ont la possibilité de prendre un rendez-vous chez la coiffeuse et/ou l'esthéticienne. Des prestations de podologie sont également proposées.

Le CTR bénéficie de la visite régulière (minimum 1 fois semaine) d'un aumônier ou d'un accompagnant spirituel.

D.4 Norme 4: Le CTR dispose d'un dossier individuel permettant la réalisation et l'évaluation des processus de réadaptation en lien avec le projet thérapeutique

La traçabilité est essentielle. Elle manifeste, au niveau légal, la volonté d'être responsable du travail effectué. Elle permet également la continuité et la cohérence des soins et participe à la valorisation du travail.

L'utilisation d'un dossier unique doit être privilégiée. La multiplication des supports complexifie la traçabilité des soins et permet difficilement d'avoir une vision globale de la situation. Par ailleurs, elle ne valorise pas l'interdisciplinarité.

Les inspecteurs/trices parcourent les documents remis afin de vérifier s'ils correspondent aux bases légales en vigueur. Ils/elles s'assurent que les différentes procédures correspondent aux connaissances du personnel.

Sur la base des observations et rencontres faites lors de la première séquence, les inspecteurs/trices concentrent leur analyse sur les dossiers des patients concernés. Ils/elles auront au préalable, dans la mesure du possible, demandé l'autorisation au patient afin de consulter leur dossier.

D.4.1 Les patients rencontrés ont un objectif de traitement fixé en interdisciplinarité

Un patient est avant tout un être humain unique et social.

Afin d'évaluer ce critère les inspecteurs/trices rechercheront dans le dossier du patient :

- **Un 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 patient. Ce recueil peut prendre plusieurs formes, il appartiendra à l'équipe de choisir son modèle. Une carte de soins peut être assimilée à un recueil si celle-ci ne reste pas centrée uniquement sur les soins biologiques, mais aussi sur l'accompagnement psycho social et spirituel.
- **Un projet thérapeutique** : Fixée en interdisciplinarité, en collaboration avec le patient et ses proches, il permet aux différents professionnels de travailler pour atteindre des objectifs communs. Le projet doit contenir ses moyens de réalisation, son évolution en fonction des besoins, des capacités et des désirs du patient. Le projet sera réévalué au minimum 1 fois par semaine.
- **Les prescriptions spécifiques des soins et traitements personnalisés**
- **Des observations** : Les observations utiles sont des faits importants à connaître, particuliers et nécessaires à la compréhension globale de la personne. Leur régularité est représentative des soins quotidiens du personnel. L'observation ciblée comme son nom l'indique permet 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.
- **Un projet de sortie** : Tenu à jour et réactualisé en fonction de l'évolution du patient.

D.4.2 La collaboration interdisciplinaire se concrétise régulièrement

Des colloques interdisciplinaires ayant pour but l'élaboration des projets thérapeutiques et leur évaluation sont fixés au minimum 1 fois par semaine. Les différents professionnels qui interviennent auprès du patient y sont présents. (médecin, infirmière, physio, ergo, infirmière de liaison etc..).

L'utilisation de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'organisation mondiale de la santé (OMS) peut être un outil de travail des équipes. Elle permet d'établir un langage commun en servant de terminologie interdisciplinaire pour décrire l'état de santé fonctionnel, le handicap, la diminution des fonctions sociales et les facteurs liés à l'environnement d'une personne.

Le patient, un membre de la famille ou un proche peuvent être conviés à assister à ces rencontres et ainsi participer à l'élaboration du projet thérapeutique si la situation l'exige et le permet.

D.4.3 Le protocole des mesures limitatives de liberté 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. <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 :

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. 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

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 inspecteurs/trices prennent connaissance du protocole individuel afin d'en vérifier la conformité avec la législation.

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 utilisé
- 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 est individualisée, 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 physique, accompagnement,...)

Les inspecteurs/trices s'enquèrent des 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 », 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, la CIVISS 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 personnelle et l'autonomie (exemple : tablette au fauteuil roulant pour une personne hémiplégique, etc.)

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

Des moyens de prévention sont mis en place pour les patients à risques. Par exemple : soins des téguments, nutrition, matériel de positionnement, matelas anti-escarre, coussin mémoire, talonnière, etc.).

Les inspecteurs/trices recueillent les noms des patients à risque de manière à vérifier dans leur dossier les interventions de prévention ou le traitement mis en place.

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 de plaies est suggérée. Pour les plaies complexes, un intervenant externe peut être sollicité (stomatothérapeute, spécialiste du traitement des plaies ...)

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

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

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.

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

Plusieurs références peuvent être trouvées sur le site de l'Association suisse pour les soins de plaies : <http://www.safw-romande.ch/>

D.4.5 Le protocole ou la démarche institutionnelle d'évaluation du risque de dénutrition est appliqué de manière conforme

L'emploi d'outils d'évaluation du risque (par exemple, outils MNA, PAGE, NRS) est vérifié. Ceux-ci devraient être utilisés systématiquement à l'arrivée du patient, puis lors de changement significatif de son état de santé (par exemple, troubles de la déglutition, inappétence, etc.).

Il est important de connaître le poids de forme* du patient dès son entrée en CTR afin d'avoir une référence et un point de comparaison par rapport au suivi du poids du patient.

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 patients, 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, suivies et évaluées régulièrement dans le dossier du patient.

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.

*Définition du poids de forme : 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.

<http://www.pagenutrition.ch/>