

Accès aux soins au sein des institutions pour mineurs

Contrat de mandat IDS / 2018 / 003

Annexes au rapport final

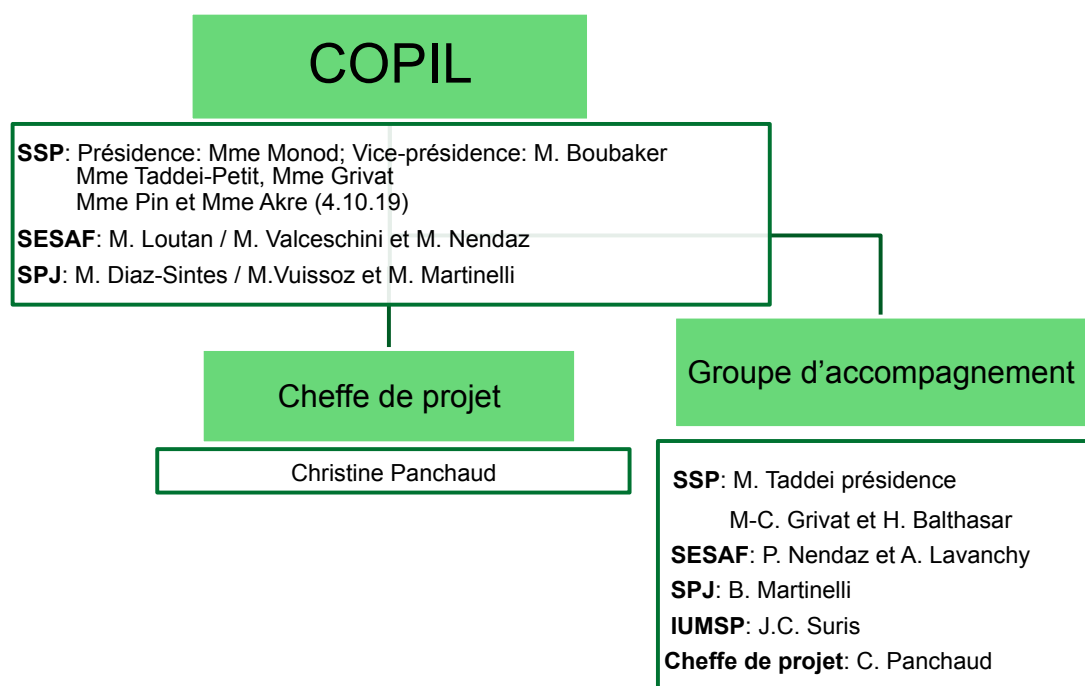
(dernière révision le 30.10.20 – corrections mineures suite à la séance de présentation du 28.10.20)

Table des matières des annexes

Annexe 1a	Organigramme du projet et composition du COPIL et du GA	2
Annexe 1b	Cahier des charges GA	2
Annexe 2a	Capacité d'accueil et type de prestations des institutions pour mineurs	3
Annexe 2b	Institutions offrant des prestations de pédagogie spécialisée dans le canton de Vaud	4
Annexe 2c	Etablissements SPJ dans le canton de Vaud.....	5
Annexe 3	Personnes ressources rencontrées	6
Annexe 4	Guide d'entretien pour les entretiens sur le terrain avec les institutions	7
Annexe 5a	Echantillon des structures incluses dans le travail de terrain	9
Annexe 5b	Personnes rencontrées pour le travail de terrain avec les structures SESAF et SPJ	10
Annexe 6	Complément d'information sur les cadres de régulation au niveau fédéral, régional et cantonal.....	12
Annexe 7a	Nombre de mineurs en situation de handicap (complément).....	13
Annexe 7b	Durée des placements SPJ	14
Annexe 8a	Analyse plus détaillée des besoins de soins des enfants concernés et des réponses données par les structures/institutions pour mineurs	15
Annexe 8b	Cas particulier des UAT	20
Annexe 9a	Rôles et prestations des institutions du réseau de soutien	21
Annexe 9b	Enchevêtrement des lieux et rôles des acteurs	23
Annexe 9c	Compléments d'analyse quant aux enjeux et problématiques en lien avec le réseau externe de soutien	24
Annexe 10	Différences entre institutions SESAF et SPJ dont il faut tenir compte pour la réponse aux besoins de soins	27
Annexe 11	Détail des dispositifs de réponse aux besoins de soins dans les structures pour mineurs	28
Annexe 12	Compléments d'information quant aux pistes d'amélioration/d'action évoquées au cours des entretiens	32
Annexe 13	Détail des champs d'action proposés pour assurer la sécurité et l'accès aux soins dans les institutions pour mineurs	36

Annexe 1a Organigramme du projet et composition du COPIL et du GA

Schéma A1 : Organigramme du projet



Annexe 1b Cahier des charges GA (COPIL 27.02.18)

- 1) Appuyer le SSP lors des travaux préparatoires : détermination du périmètre, des objectifs et du déroulement du projet ;
- 2) Elaborer la stratégie de communication en accord avec le SSP
- 3) Faciliter l'accès au terrain lors de la récolte de données ;
- 4) Contribuer à l'interprétation des données recueillies sur la base d'analyses préliminaires conduites par la cheffe de projet ;
- 5) Conseiller la cheffe de projet quant à l'acceptabilité et la faisabilité des propositions issues de l'analyse ;
- 6) Prendre connaissance et exercer une critique constructive des versions préliminaires des différents rapports (intermédiaires et final) en s'appuyant sur certains critères de qualité : clarté, solidité de l'analyse, bien fondé des constats et des recommandations ;
- 7) Participer à la diffusion/dissémination des résultats issus de ce projet

Annexe 2a Capacité d'accueil et type de prestations des institutions pour mineurs

SESAF

Dix-huit institutions SESAF, y compris le CPHV (Centre pédagogique pour handicapés de la vue) et l'ECES (Ecole cantonale enfants sourds) proposent des prestations d'enseignement spécialisé, en semi internat (plus de 80% des places) et en internat. Cinq unités d'accueil temporaire (UAT) font également partie des prestations des institutions SESAF.

Tableau A1 : Vue d'ensemble de la capacité d'accueil des institutions pour mineurs

SESAF	SPJ
Capacité d'accueil y compris UHPA* (2018)	Capacité d'accueil (2018) et nombre total de placement SPJ (2016)
➤ Internat : 310 places (dont 59 en institutions SPJ) ➤ Semi-internat : 1'648 places (dont 31 en institutions SPJ) ➤ UAT: environ 40 places dans 5 UAT (+ 6 places à la SAT^{a)} pour environ 250 familles (+ 20 familles pour la SAT) *UHPA : l'Unité d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents du CHUV est incluse ici, car elle accueille aussi des enfants qui sont suivis par les structures SESAF du périmètre du projet. a) SAT : Structure d'accueil temporaire pour enfants et adolescents atteints d'autisme - Le Foyer	➤ 650 places (hébergement) ^{a)} ➤ 1'496 placements au bénéfice de 1'012 mineurs, soit environ 15% des mineurs suivis au total ^{b)} ➤ Durée moyenne de 688 jours avec une médiane à 365 jours ; 81% des placements en 2016 sont de courte durée (moins de 6 mois) ou de moyenne durée (1 à 3 ans) ^{c)} (Détails en annexe 7) a) Nb de places correspondant aux autorisations allouées au sens de l'Ordonnance Fédérale pour les Placements d'enfants (art.13) b) Calculé sur les mesures de placement encore en cours en fin d'année, soit 733 en 2016 c) Protection des Mineurs. Statistiques 2016. SPJ

Onze de ces 18 institutions offrent des prestations dans la région Centre, cinq dans la région Ouest, quatre dans la région Nord, et deux dans la région Est. La plupart des institutions sont présentes dans une seule région, mais peuvent avoir une couverture plus large que celle de la région en termes d'enfants accueillis. Seules deux grandes institutions sont présentes dans 3 régions. (Détail des données en annexe 2b ci-dessous).

Six unités de soins qui dépendent du CHUV ou de la Fondation de Nant incluent un enseignement spécialisé SESAF. Quatre sont situées dans la région Centre, une dans la région Est et une dans la région Nord.

SPJ

Vingt-deux institutions SPJ sont présentes dans le canton : six à l'Est, dont une avec une couverture cantonale ; quatre au Nord et trois à l'Ouest. Quatre institutions ont des sites dans plus d'une région.

Trois types d'accueil sont prévus : urgence (2 sites), résidentiel ouvert (19 sites), résidentiel fermé (1 site SPJ + 1 site au CHUV). Les lieux d'accueil sont différenciés selon les âges : petite enfance (0-5 ans), enfance (5-16) et adolescence (16-18). Certaines institutions SPJ accueillent à la fois des enfants et des adolescents. L'accueil de la petite enfance est concentré dans la région Centre.

Cinq institutions SPJ incluent des prestations d'enseignement spécialisé (ES) SESAF. Trois sont situées dans la région Centre, et deux dans la région Est ; toutes ont cependant une couverture géographique plus large que celle de la région où elles se situent. Il faut noter ici que des institutions SESAF accueillent un petit nombre de mineurs sous mandat de protection du SPJ.

(Détail des données en annexe 2c ci-dessous)

Annexe 2b Institutions offrant des prestations de pédagogie spécialisée dans le canton de Vaud

Tableau A2 : Vue d'ensemble des établissements avec pédagogie spécialisée SESAF (données 2018)

Institutions	Type de handicap	Places (total)	région	Internat	Semi-internat écoles	UAT
Institutions SESAF						
Association La Branche (soutien ESS)	intellectuel	19	C	x	x	
Association Le Foyer	psychique	22 + UAT	C		x	x
Association Ecole des Jordils		27	C		x	
CPHV - Centre pédagogique pour handicapés de la vue (soutien ESS)	visuel	88	C	x ^{b)}	x	
ECES - Ecole cantonale enfants sourds (soutien ESS)	surdité	567	C		x	
Fondation de Verdeil (soutien ESS)	intellectuel	753 + UAT	C/N/E	x	x	x
Fondation de Vernand	Psychique/ intellectuel	331	C/O/N		x	
Fondation Dr Combe (soutien ESS)	motrice	100 + UAT	C	x	x	x
Fondation L'Ombelle	trouble apprentissages	96	O		x	
Fondation Ecole des M�mises (soutien ESS)	trouble apprentissages	48	C	x	x	x
Fondation Entre-Lacs (soutien ESS)	intellectuel/ trouble apprentissages	174 + UAT	N	x	x	x
Fondation L'Espérance (soutien ESS)	intellectuel	57 + UAT	O	x	x	x
Fondation La Monneresse	trouble apprentissages	91	E		x	
Fondation Madame Eynard-Eynard	trouble apprentissages	119	C		x	
Fondation M�rine	trouble apprentissages	75	N		x	
Fondation Perceval (soutien ESS)	intellectuel	98	O	x	x	
Fondation Renée Delafontaine (soutien ESS)	intellectuel	150	C		x	
Institution de Lavigny	psychique	127	O	x	x	
Institutions de soins (avec �cole SESAF)						
CPT Centre psycho-thérapeutique CHUV-HEL	psychique	53	C	x	x	
CTJA – CHUV	psychique	17	C		x	
CTJE – CHUV	psychique	12	C		x	
CTJE et CTPE – Chamoyron Nant	psychique	22	E		x	
DINO - SPN CHUV	psychique	12	N		x	
UHPA-Unité hospitalisation psy adolescents-CHUV	psychique	10	C	x		

Source : SESAF

a) nomenclature SESAF la catégorie de polyhandicap n'apparaît pas dans les données remises par le SESAF

b) ouvert 2 nuits/semaine

En gris  : institution dont une ou plusieurs structures sont incluses dans l'échantillon du projet

Annexe 2c Etablissements SPJ dans le canton de Vaud

Tableau A3 : Vue d'ensemble des établissements SPJ (données 2018)

	Région	Avec ES SESAF	Accueil urgence	Résidentiel	Institution fermée	Relais parental ¹⁾
Etablissements SPJ						
Association Home Chez Nous	C	x		a		
Association La Cigale	C			e		
Association Le Chatelard	C	x		e		
Association Maison Des Jeunes	C/E			a		
Maison d'enfants Penthaz	C			e		
Maison d'enfants Avenches	N			e		
Centre pour adolescents CPA Valmont	C				a	
FONDACAD-Fondation accueil adolescentes	C			a		
Pré-de-Vert	E	x				
Fondation Bellet Home d'enfants	C			e		
Fondation Ecole Pestalozzi	C	x		e		
Fondation Jeunesse & Familles	C/N/O			e/a		
Fondation La Feuillère	C			e		
Fondation la Pommeraie	C/O			a		
Fondation La Rambarde	C/N/O		e/a	e/a		
Fondation Les Airelles	E			e		
Fondation les Clarines	E			pe		
Fondation Petit-Maître	N			e		e
Fondation Pouponnière & Abri	C		pe			
Fondation Sainte-Famille	C			pe/e		
Fondation Serix	E-canton	x		e		
Fondation St Martin	E			e		e
Institutions de soins (enfants sous mandat SPJ)						
USPFM ²⁾ CHUV-Cery	C				a	

Source : SPJ

Tranches d'âge approximatives : pe : 0-5
e : 5-16
a : 15-18

¹⁾ relais parental : terme utilisé ici en tant qu'accueil spécialisé pour les périodes de congé (vacances scolaires, week-ends)

²⁾ USPFM : unité de soins psychiatriques fermée pour mineurs

En grisé : institution dont une ou plusieurs structures sont incluses dans l'échantillon du projet

Annexe 3 Personnes ressources rencontrées

Onze personnes ont été rencontrées au cours de huit entretiens exploratoires entre janvier et décembre 2018.

Tableau A4 : Personnes rencontrées au cours des entretiens exploratoires

SPJ et SESAF	1. Anne Lavanchy (SESAF/ECES/OES) (11.01.18) 2. Bertand Martinelli (SPJ/UPPEC) (23.01.18)
CHUV	3. Marie Joëlle Quaglia (infirmière Equipe Soin et Soutien - ESS) (26.01.18) 4. Dr Laurent Holzer (SUPEA) (26.03.18) 5. Dr Christopher Newman (Neuroréhabilitation pédiatrique) (26.11.18) 6. Pr. Kerstin Von Plessen (SUPEA) (10.12.18) 7. Dr Milan Zedka (médecin référent ESS) + Thierry Penseyres (direction soins, dpt femme-mère-enfant - DFME) + Jocelyne Bouton (adj. direction soins, DFME) (11.01.19)
Santé Scolaire	8. Dr Olivier Duperrex (médecin resp. santé scolaire/Unité PSPS) + Béatrice Casini-Matt (adjointe Cheffe de service) (30.04.18)

Annexe 4 Guide d'entretien pour les entretiens sur le terrain avec les institutions

Il a été développé sur la base d'une première analyse documentaire et des entretiens avec les personnes ressources, puis proposé, discuté et validé lors d'une réunion du groupe d'accompagnement.

Pour chaque question/thématique, les aspects suivants sont abordés :

- *ce qui est déjà en place*
- *ce qui fonctionne bien / besoins couverts*
- *ce qui pose problème / besoins (en partie) non couverts*
- *bonnes pratiques / pistes de réponse*

a) Questions :

1. Comment l'institution répond-elle actuellement aux besoins identifiés ?
2. Quelle est la place des soins et de la santé dans la mission générale de l'institution?
3. Quelle sont vos ressources en personnel impliqué en matière de soins et de santé? Quelles sont leurs tâches?
4. Comment répondez-vous à l'urgence / crise ?
5. Comment travaillez-vous avec le réseau de l'enfant?
6. Quel recours faites-vous au soutien externe en matière des soins et de santé?
7. Comment les rôles/périmètres d'action/responsabilité sont-ils définis sur le plan de la:
 - répartition des tâches
 - délégation des responsabilités
 - coordination
 - définition des collaborations
 - collaborations interprofessionnelles
 - transmission des informations/données médicales
 - gestion de la confidentialitéDans les situations suivantes notamment :
 - Entre professionnels au sein de l'institution?
 - Lors de collaboration avec des professionnels externes?
 - Dans les relations avec les parents?Et pour les domaines suivants:
 - soins spécialisés, y c. santé mentale
 - soins très complexes
 - réponse à l'urgence / crise
 - médication
 - hospitalisation
 - antalgie
 - bilan de santé global
 - soins de base (selon liste UPSPS)
 - prévention/promotion de la santé
 - autres aspects ?
8. Comment se passe l'orientation sur votre institution? Quels sont vos critères d'accueil (en relation avec la santé de l'enfant)?
Comment se passent les transitions? (en cas d'hospitalisation, notamment)
9. Quels sont les protocoles ou outils qui guident la réponse de l'institution aux différentes situations liées aux soins et à la santé des enfants

b) Test et évaluation du guide d'entretien

Structure :

Le test a montré que le guide est bien structuré. Les deux premières questions sont utiles pour la mise en confiance et une bonne compréhension de l'univers de l'institution par la chercheuse. L'entretien peut se dérouler ensuite de façon fluide: l'ordre des questions peut évoluer selon les enjeux prioritaires ressentis par l'institution. Le guide permet alors d'évaluer au fur et à mesure quelles sont les questions qui ont été suffisamment abordées, celles sur lesquelles il faut revenir et celles qui doivent être posées, car elle ne sont pas forcément sur le radar des interlocuteurs.

Adéquation et compréhension es questions :

La question 2 n'est pas posée telle quelle (trop abstraite) : la réponse apparaît au fil de la discussion.

La réponse à la question 9 est apportée au fil des sujets abordés. Il est pris note au fur et à mesure de l'existence et de la disponibilité des documents.

Les autres questions ont été bien comprises et ont pu être abordées une à une, pas forcément dans l'ordre proposé par le guide, selon la dynamique de l'entretien et les personnes présentes.

Approche réflexive

La réflexion sur les bonnes pratiques ou les soutiens utiles et sur les pistes de réponses aux problèmes a pu être abordée au fil des questions et a été reprise à la fin pour essayer de dégager des priorités.

Annexe 5a Echantillon des structures incluses dans le travail de terrain

9 institutions SESAF pour 13 structures SESAF, dont 4 UAT

6 institutions SPJ pour 7 structures

Tableau A5 : Structures incluses dans l'échantillon (travail de terrain) (état 2018)

Structures SESAF (secteur mineurs)	Type d'accueil			âges	nb places*	couverture	Type de handicap
	internat	externat	UAT				
Fondation Dr Combe La Cassagne	x	x		4 à 18	100	canton (internat)	Handicap physique/moteur polyhandicap
Perceval Le Petit Prince	x			0 à 18	98	canton	Handicap mental / Polyhandicap
L'Espérance Auguste Buchet	x	x		4 à 18	70	canton (internat)	Handicap mental - troubles de la personnalité
Perceval foyers mineurs	x			4 à 18	98	canton	Handicap mental / polyhandicap
Lavigny	x	x		4 à 18	127	canton (internat)	Troubles de la personnalité - troubles des apprentissages
Entre-Lacs Florère	x			4 à 18	174	région	Handicap mental/Troubles du langage, personnalité et comportement
Verdeil Préformation (Aigle et Broye)	x	x		16 à 18	753	région	Handicap mental
Le Foyer (EEAA, STRADA, SAT)	x		(x)	4 à 20	30	région	Autisme
Fondation Renée Delafontaine		x		4 à 20	150	région	Handicap mental - troubles de la personnalité / polyhandicap
Fondation Dr Combe UAT Le Pivert			x	0 à 10	100	région + canton	Tous
Entrelacs UAT La Carène			x	0 à 18	174		Tous
L'Espérance UAT La Galane			x	0 à 18	70		Tous
Verdeil UAT Aigle			x	0 à 18	753		Handicap mental

* nb de places au total dans l'institution, toutes prestations confondues

Institutions SPJ	Type d'accueil	âges	nb places	couverture
Abri Pouponnière	urgence	0 à 5	12	canton
Abri pouponnière Pyramide		0 à 5	12	
Rambarde - Cour		5 à 16	12	
Feuillère	accueil résidentiel + prestations associées	6 à 16	24	région
Sainte-Famille		6 à 16	13	
FJF - Pôle-Nord	accueil résidentiel ados	15 à 18	10	canton
Serix	internat avec ES	6 à 16	30	canton

Annexe 5b Personnes rencontrées pour le travail de terrain avec les structures SESAF et SPJ

Tableau A6 : Personnes rencontrées pour les structures/institutions SESAF

nom	localité	Présents possibles	Fonction	Date entretiens
SESAF (8 institutions - 10 rencontres) - par ordre chronologique des entretiens				
Fondation Dr Combe	Lausanne	Alban Resin Dre Cecile Holenweg Stefania Casto Bénédicte Hostaux Chantal Probst Céline Bieler	Directeur Dre référente Infirmière référente La Cassagne Responsble UAT Pivert Responsable La Cassagne Responsable thérapeutes	19 juin
Le Foyer	Lausanne	Marc Pannatier Myriam Ravessoud Ghiskan Sakijha Carolina fernandez Ludovic Patoureau	Directeur EEA -école) Doyenne école ("responsable pédagogique") Directeur STRADA et SAT Educatrice SAT (2ème partie de la rencontre) Educateur STRADA (2ème partie de la rencontre)	20 juin 2 juillet
L'Espérance (institution test)	Etoy	Jean-Claude Pittet Jean-Pierre Counet Isabelle Favre Ioana Crisan* Christelle Pierre* <i>*prévues, pas présentes</i>	Directeur Directeur Ecole Auguste Buchet Infirmières , Cheffe dpt santé Responsable UAT Adjointe dpt santé	26 juin
Fondation Entre-Lacs	Le Lieu/Yverdon	Line Mermoud Patrick Liengme Alain Chevalley Floriane Hentzler	Directrice Responsable UAT Responsable Florère (internat) Infirmière référente Florère	9 juillet 25 juillet
Fondation de Verdeil	Aigle/Vevey	Cédric Blanc Isabelle Fivaz José Barbera Marie-France Kupferschmid* Pierre Guillaume* Valérie Destraz* <i>*prévus, pas présents</i>	Directeur général Infirmière (UAT Aigle) Directeur adjoint UAT Aigle Ecole Chablais Aigle Assistante Cédric Blanc	20 août
Fondation Delafontaine	Mont s/Lausanne	Pascale Grivel Corine Minier	Directrice générale Infirmière	21 août
Institution Lavigny	Lavigny	Paul Gross Pavlos Papaevangelou.	Adjoint de direction - La Passerelle Educateur responsable La Passerelle	28 août
Fondation Perceval	St Prex	Pascal Devaux (fin réunion) Maria del Rosario Calatayud M. Emmanuel Eparvier	Directeur général Directrice secteur des enfants et adolescents Infirmier foyers mineurs	5 septembre

Tableau A7 : Personnes rencontrées pour les structures/institutions SPJ

SPJ (6 institutions, 6 entretiens) - par ordre chronologique des entretiens				
Ste Famille <i>(institution test)</i>	Renens	Claudia Matti Charlyne Clerc Jenny Crettenand	Directrice Educatrice, responsable santé au travail Educatrice, responsable pharmacie	prévu 22 juin, repoussé au 3 juillet
Fondation Serix	Palézieux	Frank Fontanellaz	Directeur	13 août
FJF - Pôle-Nord	Grandson	Lionel Bressoud* avec Hatice Torun Sylvain Jan <i>*intérim suite départ P.-Y. Buri</i>	Directeur Point Rencontre, ViFa & Foyers d'adolescents Responsable Foyer Educateur personne ressource santé	15 août
La Rambarde – Cour	Lausanne	Daniel Groebli Emilie Bébert	Direction Responsable Foyer de Cour	27 août
Fondation Pouponnière & Abri	Lausanne	Raphael Glassey Laura Teijeiro Lise Grandidier Marie Hauser Katia Sabia	Directeur Responsable Pyramide Educatrice Pyramide Educatrice Abri Responsable Abri	30 août
La Feuillère	Mont s/Lausanne	Ettore Morelli Stéphane Cialente	Directeur Directeur adjoint	31 août

Annexe 6 Complément d'information sur les cadres de régulation au niveau fédéral, régional et cantonal

Dans le domaine du handicap, un certain nombre de directives du domaine des établissements socioéducatifs pour adultes existant au niveau régional (Suisse latine) ou dans le canton de Vaud pourraient informer des évolutions possibles du domaine des mineurs :

- Critères de qualité requis pour les institutions sociales latines au sens des articles 3 et 4 de la Loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI) – document validé en 2014 par la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS).
- Processus DCISH (Dispositif cantonal d'indication et de suivi pour personnes en situation de handicap).
- Directives DSAS relatives à l'application de l'art.117 de la loi sur la santé publique (LSP) du canton de Vaud pour les pharmacies des ESE.

Dans le domaine de la protection des mineurs

- Les articles 13 à 19 de l'Ordonnance fédérale sur le placement d'enfants – OPE ainsi que les articles 306, 307, 308 et 310 du Code civil Suisse concernent spécifiquement les aspects de la santé et de l'accès aux soins des enfants en institutions pour mineurs.
- Le guide *Reconnaissance et examen périodique des conditions de la reconnaissance d'établissements pour mineurs et jeunes adultes* inclut notamment une liste détaillée des conditions de reconnaissance, dont certaines sont pertinentes pour évaluer l'accès aux soins dont doivent jouir les enfants au sein des institutions considérées par le projet. Les conditions de reconnaissance incluent des aspects liés aux soins.

Un cadre de régulation spécifique est par ailleurs mis en place par chaque service.

Tableau A8 : Cadre de régulation au niveau cantonal (état été 2018)

(la liste ci-dessous pas forcément exhaustive)

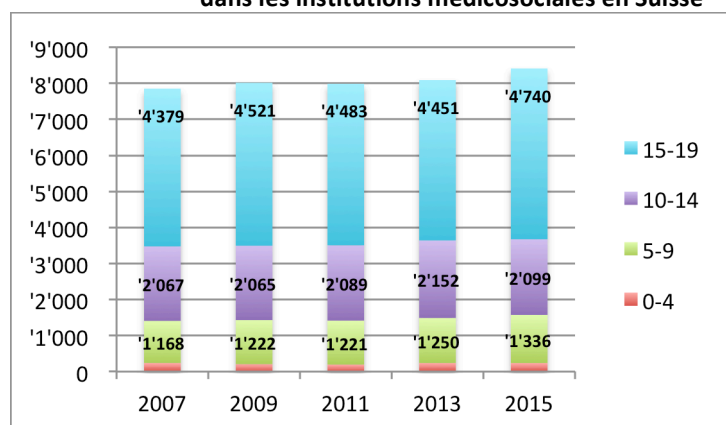
SESAF	SPJ
Cadre de régulation au niveau cantonal (Directives, processus obligatoires, recommandations, etc.) • Contrat de prestations avec les institutions • Procédure d'évaluation standardisée (PES) • «Recommandations concernant l'organisation de la délégation des soins et de la médication dans les structures relevant du SESA F » (ajustement du document de 2012 pour le secteur adulte (2017) document non validé par l'Office du médecin cantonal) • Directives concernant les mesures de contrainte dans les établissements de pédagogie spécialisée (avril 2017)	Cadre de régulation au niveau cantonal (Directives, processus obligatoires, recommandations, etc.) • Contrat de prestations avec les institutions • Manuel de direction et d'organisation du SPJ (révisé en 2010) • Protocole qualité : visite annuelle • Procédures formalisées pour les signalements, évaluations, orientation • Référentiel d'évaluation du danger encouru par l'enfant et des compétences parentales (2008) • Directives concernant les mesures de contrainte dans les établissements de pédagogie spécialisée (avril 2017)

Annexe 7a Nombre de mineurs en situation de handicap (complément)

Enfants en situation de polyhandicap en Suisse, selon l'âge

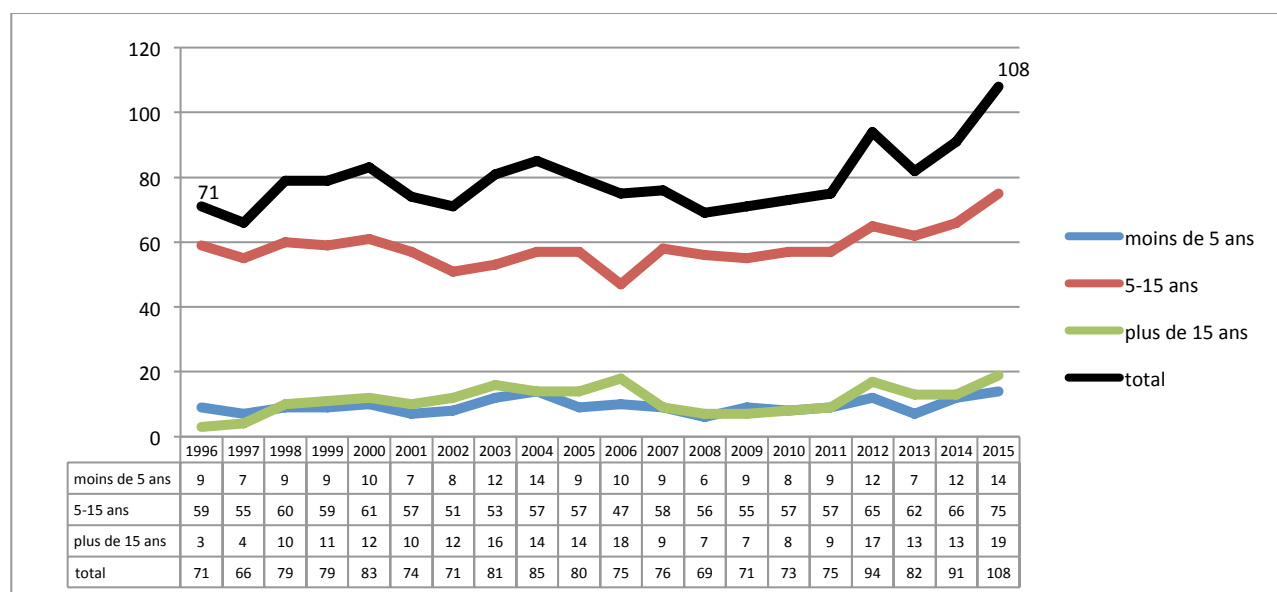
Sur le plan national, le nombre d'enfants en situation de handicap accueillis dans les institutions médicosociales passe de 7'854 à 8'413, entre 2007 et 2015, soit une augmentation de 7.1%

Graphique A1 : Évolution du nombre d'enfants en situation de handicap dans les institutions médicosociales en Suisse



Source : Statistiques des institutions médico-sociales OFS

Graphique A2: Evolution du nombre d'enfants en situation de polyhandicap– canton de Vaud



Sources : Données SESAF ³⁾

- augmentation du nombre d'enfants porteurs de sondes gastriques, avec des détresses respiratoires ou des épilepsies pharmaco-résistantes est observée par le corps médical.¹
- depuis 2011, pratiquement la moitié des enfants (0-5 ans) avec déficit auditif accompagnés par Ecole cantonale pour enfants sourds (ECES) ont un multi handicap.²
- augmentation du nombre d'enfants (0 à 5 ans) avec un déficit auditif diagnostiqué était la suivante : 21 en 2014, 30 en 2015 et 37 en 2016³

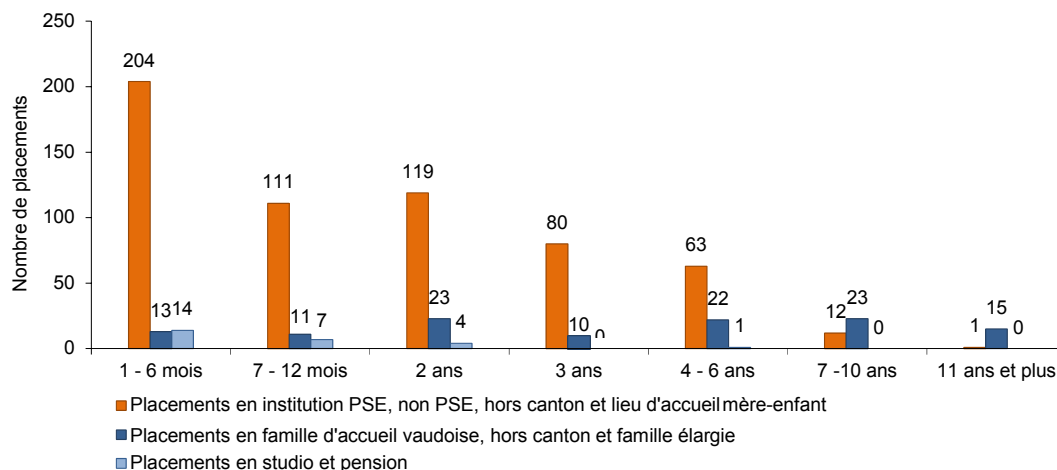
¹ Table ronde Le chemin de vie et les droits de l'enfant handicapé. Journées d'étude organisées par le Centre interfacultaire en droits de l'enfant de l'Université de Genève, 23-24 septembre 2016

² Nathalie Bluteau, George Hoefflin et Philippe Nendaz Le chemin de vie et les droits de l'enfant handicapé Actes des journées d'étude organisées par le Centre interfacultaire en droits de l'enfant de l'Université de Genève 23-24 septembre 2016.

³ Table ronde Le chemin de vie et les droits de l'enfant handicapé. Journées d'étude organisées par le Centre interfacultaire en droits de l'enfant de l'Université de Genève, 23-24 septembre 2016

Annexe 7b Durée des placements SPJ

Graphique A3 : Durée totale des placements (placements en cours au 31.12.2016)



Source : Protection des Mineurs. Statistiques 2016. SPJ

¹⁾ Institutions PSE: institutions relevant de la politique socio-éducative (PSE) du canton de Vaud.

²⁾ Institutions non PSE: institutions qui ne dépendent pas de la PSE, mais où des enfants peuvent être placés par le SPJ

Pour 2016, la durée moyenne des placements (calculée pour les placements en cours au 31.12.2016, tous types de placement confondus) est de moins de 2 ans (688 jours), la médiane étant d'une année (365 jours). La très grande majorité des placements, 81% en 2016, est de courte durée (moins de six mois) ou de durée moyenne (un à trois ans).⁴

⁴ Ibid. Page 14

Annexe 8a Analyse plus détaillée des besoins de soins des enfants concernés et des réponses données par les structures/institutions pour mineurs

Enjeux particuliers selon les types de besoins

S'agissant d'une vue d'ensemble, les situations et perceptions en matière d'accès aux soins peuvent se présenter de façon plus ou moins aiguë selon les structures de l'échantillon.

1. Besoins en soins somatiques de base courants

Les mineurs en institution ont accès aux soins somatiques de base courants, pour des problèmes en principe de faible gravité. Les aspects suivants ont été mentionnés: infections des voies respiratoires, troubles de gastro-intestinaux, douleurs musculaires, maux de tête, blessures superficielles, piqûres d'insectes, intolérances et allergies, etc. qui peuvent survenir dans le quotidien de tous les enfants. Lorsqu'ils vivent en institution, celle-ci doit être en mesure de répondre à ces besoins de façon efficace.

Enjeux

La réponse à ces besoins ne semble en principe pas poser de problèmes dans les institutions. Ceci dit, de tels problèmes peuvent prendre plus d'ampleur pour des enfants dont l'état de santé est fragilisé.

2. Maladies chroniques somatiques

Des cas de diabète, SIDA ou maladie cardiaque ont été mentionnés. Ces situations sont assez rares et les institutions y font face sans trop de problèmes. Elles nécessitent cependant un accompagnement spécifique de la part du médecin traitant ou d'une infirmière pour l'administration de la médication ou pour certains gestes de soin (diabète, par exemple).

Enjeux et pistes d'amélioration

Une information pertinente, en amont de l'admission manque parfois, notamment concernant la gravité de l'affection. Cette information est importante pour que les structures/institutions puissent se préparer à y faire face en amont de l'admission (formation des professionnels, organisation interne, mobilisation du réseau de soutien externe).

3. Epilepsie

Elle est fréquemment mentionnée comme un des problèmes de santé émergeant des enfants accueillis.

Enjeux

Sa gestion n'est en général pas problématique (sensibilisation du personnel et protocoles d'urgence sont en place partout). Ceci dit, les epilepsies graves qui demandent des suivis très pointus peuvent vite devenir compliquées à gérer pour les institutions (activités de groupes perturbées).

Les cas d'épilepsie résistante à la médication sont aussi mentionnés comme un problème émergeant.

4. Antalgie

Les structures pour mineurs disent gérer assez bien l'antalgie, avec toutefois des lacunes dans l'évaluation de la douleur.

Enjeux et pistes d'amélioration

Il a quand même été mentionné fréquemment qu'elle pouvait poser problème, dans la mesure où la douleur peut être difficile à évaluer, être sous-estimée et/ou s'exprimer par des troubles du comportement. La cause des douleurs peut aussi être relativement simple, mais la réponse plus difficile à mettre en place (par exemple pour les douleurs menstruelles : trouver un ou une gynécologue, fixer un rendez-vous, préparer la consultation, dégager du temps pour accompagner la jeune fille, etc.). Certains professionnels relèvent aussi que la douleur est parfois trop peu reconnue et donc insuffisamment prise en compte par le réseau externe, notamment pour des enfants non verbaux.

Il faudrait pouvoir mieux repérer les troubles du comportement en lien avec la douleur ressentie.

L'évaluation de la douleur et les réponses à donner devraient se travailler dans une pratique collaborative interprofessionnelle. Les échelles de la douleur ne sont pas toujours adaptées et devraient être revues.. Des outils communs d'aide à l'observation des symptômes et changements de comportements par les éducateurs seraient utiles, surtout à l'adolescence.

Certaines structures ont mis en place des pratiques qu'il pourrait être utile de partager avec les autres institutions.

5. Soins complexes liés au polyhandicap

Les soins somatiques complexes (notamment pour une trachéostomie, certains soins liés à l'alimentation par gastrostomie, à des difficultés respiratoires et neurologiques, l'épilepsie réfractaire...) sont parfois peu connus et/ou lourds pour les équipes des structures pour mineurs du SESAF. Ils nécessitent notamment une organisation des horaires et/ou un aménagement des locaux, du temps, voire un renforcement des compétences de soin). Certains enfants ont besoin d'une prise en soins complexe et constante impliquant la présence d'une infirmière diplômée.

La réponse à ces besoins est vécue de façon plus ou moins problématique selon notamment que la structure peut compter sur des ressources médicales ou infirmières à l'interne ou dans le réseau communautaire de proximité, et selon le moment de la journée (qui définit l'équipe présente dans la structure).

Enjeux et pistes d'amélioration

Ces soins concernent certes un nombre limités d'enfants d'un point de vue statistique (enfants avec polyhandicap), mais questionnent plusieurs dimensions dont la compétence du personnel, l'adaptation des lieux et du matériel dans les institutions, la répartition des tâches et responsabilités, et la qualité de la communication entre les professionnels de la santé, les éducateurs, les enseignants et les parents.

Les institutions doivent pouvoir compter sur le renfort infirmier adéquat dès que la santé des enfants l'exige

Pour donner des réponses adéquates, il faut également recourir à un soutien extérieur, avec des compétences nombreuses et variées. Une vision transdisciplinaire et une approche interprofessionnelle de l'analyse et de la construction des réponses deviennent nécessaires.

6. Soins palliatifs

Ils concernent surtout les situations de polyhandicap.

Enjeux et pistes d'amélioration

Les soins palliatifs sont sous-estimés et sous-utilisés.

Une meilleure reconnaissance des besoins et le recours aux compétences spécialisées existant dans le réseau externe de soutien sont à encourager

7. Troubles psychiques/troubles du comportement

C'est un des besoins en soins que les professionnels jugent le moins bien couvert et où les lacunes les mettent le plus en difficulté. Les besoins en soins dans ce domaine sont importants dans toutes les structures. Les comorbidités sont courantes. Une augmentation de la fréquence des TSA est observée. Des problèmes liés à l'abus de substance (alcool, drogues, médicaments), que ce soit la consommation des adolescents ou le sevrage des bébés nés de mères consommatrices, font également partie des situations mentionnées par les structures SPJ.

Au sein des structures SESAF, les troubles psychiques et du comportement font partie des comorbidités communes. Un risque souvent mentionné est que le handicap moteur, mental ou intellectuel éclipse les troubles psychiques, insuffisamment reconnus des spécialistes du handicap, et par conséquent, que ces troubles soient insuffisamment traités. De plus, certaines structures de soins psychiatriques sont inaccessibles en fauteuil roulant.

Dans les foyers SPJ, les troubles psychiques et du comportement, émergents ou installés, et parfois assez graves, sont très communs. Globalement, environ la moitié des enfants dans ces institutions sont sous médication en raison de ces troubles.

Enjeux

Les enjeux cités (au moment des entretiens en été 2018) sont multiples :

- Accès inadéquat à des pédopsychiatres: manque de pédopsychiatres dans le réseau communautaire de proximité ; délais trop longs pour des rendez-vous ; discontinuité de la prise en charge dans les structures institutionnelles (changements fréquents de médecins) ; trop grand éloignement des lieux de soins.
- Couverture géographique inégale : trop peu d'offres de soins d'urgence pédopsychiatriques dans les régions périphériques ; autres offres aussi insuffisantes dans certaines régions (hospitalisation, centre de jour, équipes mobiles).
- Réponse du réseau externe de soutien lacunaire/insuffisante pour certaines tranches d'âge. Cette lacune est particulièrement patente pour les 12-18 ans avec des besoins sanitaires et socioéducatifs surajoutés, qui ne disposent d'une prestation stationnaire combinant soins + socioéducatif + pédagogie que dans la région Centre.
- Réponse à l'urgence souvent inadéquate, trop lente ; solitude et sentiment d'impuissance des professionnels des structures SESAF et SPJ et parfois des médecins traitants, face à la difficulté à se faire entendre du réseau externe de soutien.
- Hospitalisation d'urgence : trop difficile à mettre en place ; retour en institution souvent mal géré (trop rapide, mal préparé).
- Manque d'un lieu intermédiaire entre hôpital et institution pour mettre en place des moments de time-off hors institution, des temps d'observation ou pour gérer les sorties d'hôpital et/ou les réorientations de façon plus progressive/adaptée.
- Collaboration qui peut s'avérer difficile entre éducateurs/enseignants spécialisés et médecins : difficulté pour les non médecins à se faire entendre des psychiatres ; partage de l'information médicale pertinente insuffisant et fastidieux ;

incompréhension réciproque entre professionnels des institutions pour mineurs et monde médical.

- Médication souvent vécue comme problématique et pouvant mener à des décompensations : inadaptée ou absente, difficile à faire accepter par les parents ou par certains professionnels, fenêtres thérapeutiques mal gérées, etc.

8. Urgences

Les urgences somatiques sont relativement peu fréquentes. Elles n'ont pas été mentionnées comme particulièrement problématiques. L'accès passe souvent par la centrale des médecins de garde, puis le 144.

Enjeux et pistes d'amélioration

La prise en charge des enfants en situation de handicap non verbaux ou avec des TSA devrait être améliorée notamment en cas d'urgence somatique. Cet aspect devrait être mieux intégré dans les procédures de prise en charge en mettant en place une formation, ou du moins une sensibilisation, des professionnels des services d'urgence, ambulanciers compris.

Une attention particulière doit être portée aux urgences pédopsychiatriques qui sont celles qui posent de réels problèmes aux institutions rencontrées, en terme d'accès aux soins, y compris pour l'accès à l'hospitalisation, ceci notamment dans les situations de décompensation avec violence.

9. Prévention, promotion de la santé, santé scolaire

La santé scolaire intervient peu dans la plupart des structures SESAF. Le travail de prévention et promotion de la santé est en principe réalisé ou complété à l'interne, dans le cadre des activités éducatives et/ou pédagogiques, avec le soutien de l'infirmière de l'institution le cas échéant. Le travail réalisé par la santé scolaire de l'école ordinaire (contrôle vue, poids, taille, santé buccale, vaccinations, etc.) est souvent pris en charge par les médecins traitants des enfants, soit à l'interne, parfois en collaboration avec l'infirmière scolaire ou le médecin scolaire.

La santé scolaire n'a pas de mandat pour intervenir dans les institutions SPJ (sauf si elles ont une école SESAF en leur sein). Les enfants en institutions SPJ sont ainsi suivis par la santé scolaire dans le cadre de l'école ordinaire. Un travail complémentaire important est cependant souvent réalisé à l'interne dans ces structures. Il concerne l'hygiène de vie, l'utilisation des réseaux sociaux, la nutrition, l'éducation sexuelle, la prévention de la violence, etc., Il est réalisé de façon collective et/ou individualisée, en fonction des besoins de chaque enfant. Des intervenants externes sont parfois appelés (police, pompiers, Profa...).

Enjeux

Une attention particulière et des améliorations sont nécessaires dans les domaines de :

- La santé bucco-dentaire : souvent mentionnée comme un enjeu particulier à ne pas oublier (prophylaxie, hygiène dentaire, douleurs et soins), notamment pour les enfants avec TSA. Il est à noter que l'hygiène dentaire comme certains autres examens impliquant de toucher l'enfant ou des procédures inhabituelles (scanner) peuvent se révéler compliqués à réaliser chez ces enfants
- La santé sexuelle : elle doit être abordée et adaptée à l'âge. Elle est essentielle au moment de l'adolescence, lors des changements physiques et hormonaux qu'elle implique, ceci tant pour les filles que pour les garçons. Il est aussi relevé que les visites chez un ou une gynécologue peuvent être problématiques.

Le recours à la santé scolaire est souvent faible, voire inexistant dans les écoles spécialisées du SESAF. Parmi les facteurs explicatifs :

- Pas de besoins ressentis par les institutions
- Les infirmières scolaires (IS) ont souvent très peu de temps à consacrer aux institutions spécialisées.
- Le cahier des charges de IS est souvent méconnu des institutions.

Les bonnes collaborations, où elles existent, semblent dépendre de la direction de l'établissement scolaire (ordinaire), des infirmières scolaires en place et de la motivation de l'institution pour mineurs.

L'Unité PSPS pour sa part déplore que ses ressources soient souvent encore insuffisamment connues et sollicitées. L'UPSPS devrait pouvoir être proactive dans les institutions en matière de prévention et promotion de la santé, mais les ressources actuelles sont insuffisantes pour y arriver.

Enjeux transverses

Le travail de terrain a permis de révéler quelques enjeux transverses au sein des institutions pour mineurs SESAF, en relation avec les Services de l'Etat :

- Meilleure reconnaissance du besoin de renforts passagers de type infirmier ou ASSC, en lien avec des situations particulières, pour s'ajuster à des besoins de soins qui peuvent évoluer vite.
- Un financement plus clair des prestations de soins qui doivent être fournies par les institutions quand le besoin d'un mix de compétences soins et pédagogie spécialisée est avéré.

Des clivages entre soins et éducation ou pédagogie spécialisée peuvent représenter un obstacle dans l'accès aux soins au sein des structures/institutions pour mineurs et/ou dans le réseau externe de soutien.

- Ce clivage est sous-jacent entre les institutions pour mineurs et le réseau externe de soutien, mais il peut aussi représenter un enjeu au sein de certaines institutions où des compétences de pédagogie, d'éducation et de soins sont déjà présentes conjointement
- Dans des institutions plus petites, où la compétence éducative est souvent seule présente, se pose la question des modalités d'introduction de compétences soignantes, dans une approche interprofessionnelle, sans cliver santé et éducation.

Annexe 8b Cas particulier des UAT

Les enjeux y sont particuliers du fait de la diversité des situations et des problèmes de santé des enfants accueillis, de la fluctuation des mix de situations au fil des jours et de la relative non prévisibilité des présences (taille et mix du groupe) en raison de la souplesse du système d'annulation. Ces caractéristiques propres aux UAT génèrent un certain nombre d'enjeux spécifiques concernant l'accès aux soins:

- Le travail engendré par l'organisation de la prestation (gestion des réservations et engagement, puis planification du personnel, y compris pour les soins) est ressenti comme très (trop) lourd, causant de grandes surcharges de travail. Ces surcharges pourraient être résolues avec un meilleur système de gestion des inscriptions ; des liens plus étroits avec les parents devraient aussi pouvoir alléger ce travail.

Le nouveau système de réservation mis en place facilite certes certains aspects de l'organisation, mais a aussi pour conséquence d'affaiblir les liens directs avec les parents qui sont pourtant essentiels au bon déroulement de la prise en soins (notamment pour la transmission des informations de santé et de soins). Le risque à terme est que les parents deviennent de purs consommateurs de prestations, et non des partenaires.

La solution informatique ne doit pas forcément aboutir à ce résultat. Au contraire, la digitalisation devrait permettre d'une part de ne laisser personne sur le pavé et d'autre part de mettre la technologie au service du lien, plutôt qu'à son affaiblissement.

- La question de la taille des UAT se pose aussi : à partir de quelle taille l'organisation des UAT devient-elle trop difficile à gérer, voire 'surréaliste' pour reprendre les termes d'une responsable rencontrée?
- La qualité et la sécurité des soins sont ressenties comme problématiques : dotation pas adaptée dans certains cas (absence de compétences infirmières dédiées à l'UAT, pourtant jugées indispensables) et planification/organisation/conditions du travail des équipes (horaires, difficulté de la tâche) très compliquée, ce qui peut rendre le recrutement, la motivation, et la fidélisation plus difficile.
- Certaines équipes en place, se questionnent sur la mission des UAT : doivent-elles être considérées uniquement comme un lieu de 'garderie' ? Ne pourrait-on pas aussi inclure une dimension éducative ? Si certains professionnels estiment que des projets éducatifs sont impossibles à mener dans les UAT, d'autres pensent au contraire qu'une telle approche, à adapter aux spécificités de l'accueil en UAT, est possible et doit être tentée.

Les UAT sont encore relativement récentes et le concept peut/devrait encore évoluer. Elles sont un maillon essentiel de la prise en charge. Les institutions s'efforcent de répondre au mieux à ces enjeux, de façon assez différenciée selon les UAT. Une mise à plat du fonctionnement des diverses UAT.

Une réflexion plus approfondie devrait être menée quant à leur mission, le mode d'accès pour les parents (y compris la digitalisation de l'outil de réservation mis en place), le mix de compétences professionnelles à mettre en place, etc.

Annexe 9a Rôles et prestations des institutions du réseau de soutien

Tableau A9: Réseau externe de soutien institutionnel (état : mars 2019)

C = région centre ; N = région nord ; E = région est ; O = région ouest

*C# : situé dans la région centre, mais avec couverture cantonale, en tout cas pour certaines prestations

Structure/service	Région *	Age
1. Environnement de l'enfant – Santé scolaire		
UPSPS - Unité de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire et PPLS (psychologues, psychomotriciens et logopédistes en milieu scolaire)	C #	
2. Equipes mobiles		
AIMEA CHUV Antenne d'intervention dans le milieu pour enfants et adolescents	C/E/N/O	
DINO - Dispositif Nord de pédopsychiatrie et de pédagogie spécialisée – SPN DP-CHUV	N	4-12
EMA - Equipe mobile adolescents	C	13-18
EMDM - Equipe mobile du développement mental pour mineurs / CCA	C	13-18
EPM - Equipe de psychiatrie mobile et d'intervention précoce SPN-CHUV	N	16+
Soins pédiatriques à domicile : SIPeD/CMS	C #	
Soins palliatifs pédiatriques CHUV	C #	
Interventions SUPEA au Centre communal pour adolescents de Valmont	C #	
3. Prestations spécialisées (2^{ème} ligne) non mobiles		
Les Boréales CHUV (Consultation violence	C/N/O	0-18
CCA - Centre cantonal autisme	C #	
ESS - Equipe Soins et soutien CHUV/SESAF	C #	
DISA - Division interdisciplinaire de santé des adolescents CHUV	C #	12-20
HEL - Hôpital enfance Lausanne (HEL)	C #	
Neuro-réhabilitation pédiatrique CHUV	C #	
Soins palliatifs pédiatriques CHUV	C #	
Soins intensifs en pédiatrie	C #	
SPDM - Section de psychiatrie du développement mental CHUV	C #	18+
SPEA - Service de psychiatrie pour enfants et adolescents SPN DP-CHUV	N	0-18
SPPEA - Service Psychiatrie et Psychothérapie d'Enfants et d'Adolescents – Fondation de Nant	E	
Consultations SUPEA CHUV - Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	C/N/O	
UHPA –SUPEA CHUV – Unité d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents-	C #	13-18
UHPEA – Unité Hospitalière de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (Fondation de Nant)	E	
UHPP – SUPEA CHUV Unité Hospitalière de Pédopsychiatrie en Pédiatrie intégrée aux eHnv	N	
4. Urgences pédiatriques		
144	canton	
Centrale des médecins de garde	canton	
4. Urgences pédopsychiatriques		
HEL - Hôpital enfance Lausanne (HEL)	C #	
UHPEA - Unité Hospitalière de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (Nant)	E	
Les Toises	C #	0-18
5. Centre de jour et hospitalisation		
Ateliers thérapeutiques SUPEA CHUV	C	10-18
CITE - Centre d'interventions thérapeutiques pour enfants CHUV	C #	0-13
CPT- Centre psychothérapeutique de l'Hôpital de l'enfance SUPEA – CHUV	C #	4-12
CTJA- Centre thérapeutique de jour pour adolescents CHUV	C #	13-18
CTJ - Centre thérapeutique de jour SPO-CHUV	O	3-11
CTJE –SUPEA CHUV – Centre thérapeutique de jour pour enfants + unité d'accueil thérapeutique à temps partiel	C	4-7
CTJE - Centre thérapeutique de Jour pour Enfants Nant/SPE-CHUV	E	4-12

Structure/service	Région *	Age
CTPE - Centre thérapeutique pour Petits Enfants Nant/SPE-CHUV	E	0-4
DINO - Dispositif Nord de pédopsychiatrie et de pédagogie spécialisée SPN DP-CHUV	N	4-12
DISA - Division interdisciplinaire de santé des adolescents CHUV	C #	12-20
HEL - Hôpital enfance Lausanne (HEL)	C	
SPDM - Section de psychiatrie du développement mental CHUV	C #	18+
SPEA - Service de psychiatrie pour enfants et adolescents SPN DP-CHUV	N	0-18
SPPEA - Service Psychiatrie et Psychothérapie d'Enfants et d'Adolescents Nant	E	
SUPEA - Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent-CHUV	C	
UHPA - Unité d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents-CHUV	C	13-18
UHPEA - Unité Hospitalière de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (Nant)	E	
UHPP - Unité Hospitalière de Pédopsychiatrie en Pédiatrie eHnv (Yverdon)	N	
6. Pédopsychiatrie de liaison		
SUPEA (HEL, CHUV, Hôpital de Morges)	C#	

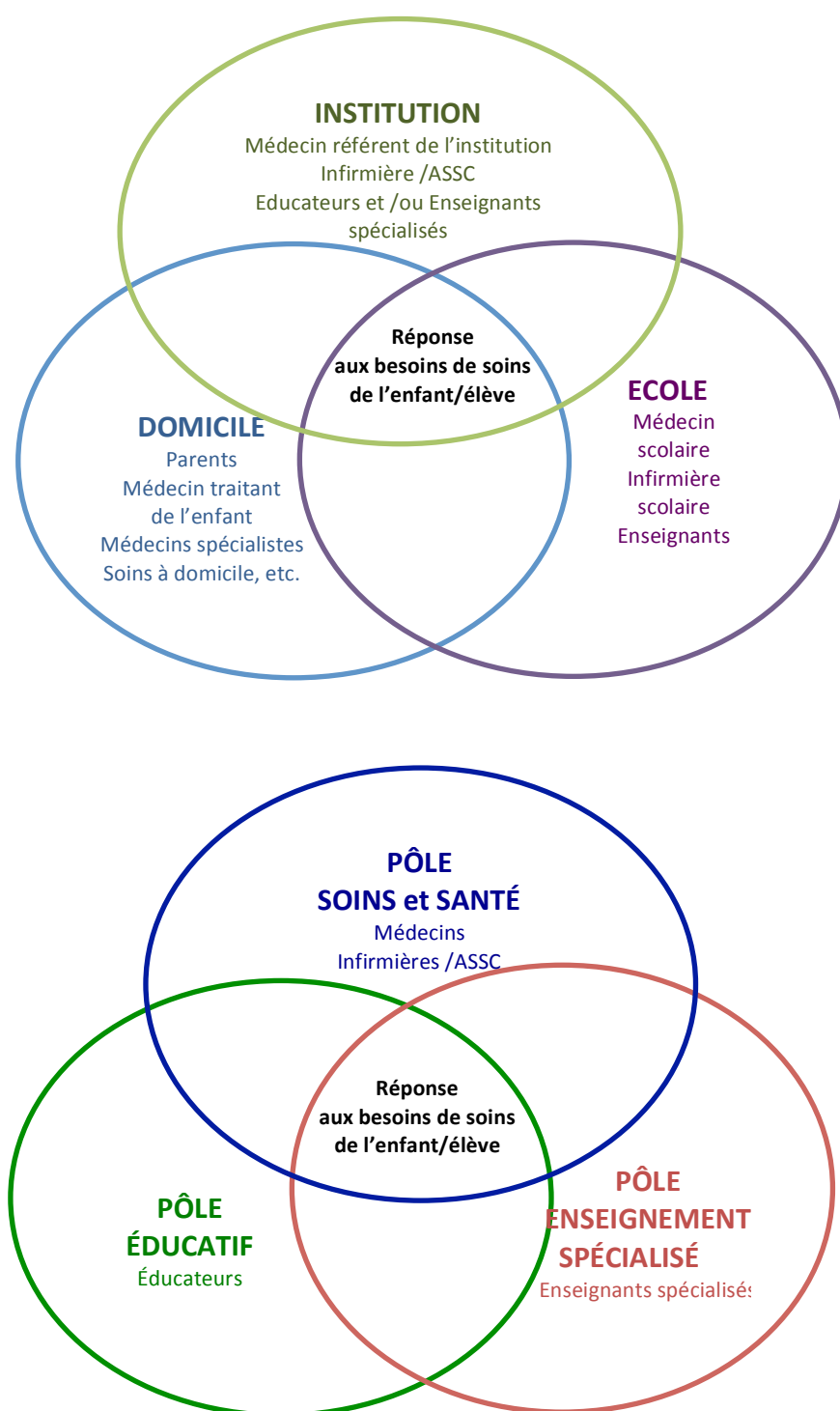
Sources : sites internet des différentes institutions (état : mars 2019)

Annexe 9b Enchevêtrement des lieux et rôles des acteurs

Des interactions à divers niveaux dans trois lieux dans lesquels l'enfant passe du temps (+ hôpital en cas d'hospitalisation) sont observées. Cet enchevêtrement est caractérisé par :

- des cultures et univers professionnels multiples → incompréhension entre acteurs et collaboration interprofessionnelle souvent difficile/insuffisante ;
- une définition insuffisante de la place et les rôles des parents ou du représentant légal ;
- des acteurs médicaux multiples et parfois un manque de clarté du rôle « médical » de chacun ;
- un risque de confusion des rôles, notamment lorsqu'un même acteur médical a plusieurs casquettes ;
- des rôles définis de manière quasi identiques entre intervenants (infirmiers vs éducateurs/enseignants) → responsabilité diffuse / pas claire / articulation difficile ;
- des protocoles et outils d'aide à la décision insuffisamment formalisés, imprécis, voire inadéquats.

Schéma A2 : Double enchevêtrement des lieux et rôles des acteurs



Annexe 9c Compléments d'analyse quant aux enjeux et problématiques en lien avec le réseau externe de soutien

Les professionnels des institutions pour mineurs ont relevé les aspects suivants concernant le réseau lui-même et la collaboration avec celui-ci. Les avis ci-dessous ne sont pas forcément partagés par tous les professionnels rencontrés.

Responsabilités peu claires

- Les processus de prise de décision ne sont pas toujours très clairs.

Manque de lisibilité d'un réseau de soutien externe complexe

- Procédures d'accès peu claires et/ou laborieuses. Il faudrait simplifier les procédures et voies d'accès au réseau externe de soutien.
- Multiplicité de prestations et d'intervenants, qui peut rendre parfois difficile l'accès à certaines prestations du réseau: la multiplication des intervenants complique la prise en soins au sein des institutions, alors que l'intervention du réseau externe de soutien devrait la faciliter. Ainsi, c'est parfois l'organisation des soins qui augmente, voire crée, la complexité de la situation de l'enfant.
- Au-delà du nombre d'acteurs, la structuration et certains fonctionnements institutionnels du réseau sont assez complexes et ne simplifient pas non plus l'accès aux prestations.

Sous-utilisation du réseau externe ou appel trop tardif

- Le réseau de soutien déplore une sous-utilisation, tout en reconnaissant que les prestations du réseau sont lacunaires dans les régions périphériques. Les professionnels de ce réseau avancent les raisons suivantes pouvant expliquer la sous-utilisation du réseau:
 - Méconnaissance des prestations existantes.
 - Méfiance vis-à-vis de ce réseau, conséquence de mauvaises expériences passées.
 - Appel au réseau de soutien vécu par certains comme un échec éducatif (le recours à l'hôpital psychiatrique ne se fait alors qu'en dernier ressort, lorsque la sécurité des autres résidents et/ou des professionnels est en jeu).

Continuité et cohérence de la prise en charge / liaison

- Liaison et transitions souvent difficiles entre les structures du réseau de soutien et celles des institutions pour mineurs (notamment entre hôpital et foyer ou internat).
- Manque de relais médical dans la communauté et/ou dans les institutions pour mineurs pour faciliter la liaison avec les hôpitaux.
- Manque de prise en compte des temporalités différentes entre types d'institutions :
 - Temps de réaction trop lents du réseau externe de soutien par rapport aux demandes des institutions pour mineurs.
 - Temporalité décalée entre les institutions pour mineurs et le réseau médical institutionnel : les situations de crise ou situations complexes demandent une plus grande réactivité – pour qu'elles ne deviennent pas une urgence hospitalière.
 - Processus d'admission dans les institutions pour mineurs peut rallonger inutilement les séjours hospitaliers.

Clivages entre approche médicale et approches socio-éducative ou d'enseignement spécialisé.

- Défaut de compréhension entre professionnels de métiers/domaines différents
- Manque de reconnaissance des pratiques professionnelles respectives, des compétences et moyens d'action des uns et des autres.
- Postures professionnelles parfois figées, de part et d'autre, face à un environnement en mutation. Début de prise de conscience que les postures professionnelles vont évoluer pour répondre aux situations complexes rencontrées dans la pratique quotidienne.

Communication parfois difficile

- Dialogue difficile voire impossible entre les équipes pédagogiques ou éducatives et le monde médical :
 - Incompréhension de la part du monde médical des demandes et besoins de soutien des institutions pour mineurs.
 - Manque d'écoute et de prise en considération de la part des médecins de l'expertise des non soignants par rapport à la situation de l'enfant: les éducateurs n'ont pas l'impression d'être des interlocuteurs crédibles ou légitimes aux yeux des médecins, alors que ce sont souvent eux (et non pas les médecins, ni même parfois les parents) qui passent le plus de temps avec les enfants.
- Partage insuffisant des informations médicales pertinentes nécessaires :
 - Discontinuité de la transmission des informations et du dialogue avec les institutions de soins (notamment en raison du tournus des médecins).
 - Oublis, longs délais, manque de rigueur dans la mise à jour et la transmission, voire rétention volontaire ?
 - Ecoles souvent exclues des réseaux (autour d'une situation).
 - Médecins qui communiquent avec les parents des enfants et négligent ou ne comprennent pas l'importance de s'assurer que les informations pertinentes arrivent aussi aux éducateurs et aux enseignants: certaines informations médicales sont essentielles pour les équipes éducatives ou enseignantes pour adapter l'accompagnement.
 - Exclusion trop fréquente de l'éducatif ou du pédagogique lors de demandes de soutien (coupure de la communication).

Interprofessionnalité

- De nombreux enjeux en lien avec la collaboration, la communication, les conflits de territoire, le défaut de reconnaissance réciproque des compétences, etc. mentionnés aux points précédents sont en réalité des défis courants d'une approche interprofessionnelle dont il est difficile de faire l'économie dès que des situations complexes sont concernées et que plusieurs métiers ou domaines d'activité doivent travailler ensemble pour assurer des prestations adéquates.
- Un travail important de construction de collaborations interprofessionnelles reste à faire et concerne tous les professionnels. De rares institutions ont inscrit une telle construction dans leur approche institutionnelle.
- Des approches interprofessionnelles amèneraient une meilleure compréhension réciproque des postures et cultures professionnelles des uns et des autres et une autre manière de vivre les frontières et les champs de compétences entre les métiers. Elles pourraient bien entraîner aussi des évolutions des métiers d'éducateur et d'enseignant spécialisé. Ces professionnels pourraient alors être plus nombreux à acquérir des compétences qui permettent de leur déléguer en toute sécurité certains actes médico-techniques.

Connaissances et compétences

- Manque de compétences/connaissances dans le domaine du handicap de la part des services/professionnels généralistes du réseau de soutien.

Soins pédopsychiatriques

En plus des enjeux mentionnés ci-dessus, des lacunes et des difficultés particulières ont été mentionnées dans ce domaine :

- Disparité entre les régions pour l'urgence pédopsychiatrique : trop peu d'offre de soins d'urgence dans les régions périphériques.
- Réponse aux urgences pédopsychiatriques ou soutien pendant des crises (décompensations) insuffisante.
- Transitions, laborieuses/inadéquates :
 - En amont pour prévenir les hospitalisations, sur le moment pour obtenir des hospitalisations et en aval pour faciliter les sorties et les retours dans les institutions pour mineurs. Des enfants et des jeunes restent ainsi à l'hôpital (alors qu'ils sont stabilisés) parce qu'aucune solution d'hébergement n'a pu être trouvée à temps (situations très complexes rendant l'intégration dans une institution difficile). A l'inverse, les retours en institutions trop rapides et/ou insuffisamment accompagnés posent aussi problème.
 - Manque de solutions transitoires entre l'hôpital et le retour en institution ; manque de relais pour faciliter les transitions qui sont à coordonner et à préparer en amont, surtout dans le cas de situations complexes avec des besoins de soins importants ou délicats à mettre en place.
- Manque d'une approche globale intégrée pédopsychiatrie et handicap :
 - Deux cultures différentes qui doivent apprendre à travailler ensemble pour les problématiques complexes, notamment pour les enfants avec handicap mental et trouble psychiatrique.
 - Besoin de clarifier les complémentarités : certains psychiatres se mettent en retrait, avec pour position que les enfants en situation de handicap mental ne relèvent pas de leur compétences. Mais parfois ce n'est pas le handicap mental qui est à l'avant-plan et le psychiatre joue un rôle essentiel, comme par exemple lors de mise en place de fenêtres thérapeutiques.

Enjeu transverse, valable pour tous les soins et tous les acteurs intervenant auprès des enfants :

Place des parents

Pas assez d'attention n'est portée et de moyens dévolus au « prendre soin » des parents, à leurs propres difficultés de santé (émotionnelle, psychique, somatique) qui peuvent avoir un impact sur les soins qu'ils peuvent donner à leurs enfants et sur les décisions qu'ils peuvent prendre. Cet aspect a été relevé surtout par les structures SPJ, en relation avec la mission de réhabilitation des compétences éducatives des parents.

Il faudrait aussi mieux prendre en considération les difficultés que peuvent avoir certains parents issus de la migration à comprendre le système de soins. Ces difficultés se combinent avec des conceptions différentes de la santé, de l'éducation et du handicap, à quoi peuvent encore s'ajouter d'éventuels traumatismes liés au parcours migratoire. Autant d'aspects dont il est insuffisamment tenu compte et qui eux aussi peuvent avoir un impact sur l'accès aux soins pour l'enfant.

Annexe 10 Différences entre institutions SESAF et SPJ dont il faut tenir compte pour la réponse aux besoins de soins

Tableau A10 : Différences entre SESAF et SPJ

Institutions SESAF	Institutions SPJ
Processus d'orientation et raisons menant à l'accueil des enfants	
Les enfants en situation de handicap (souvent complexe) sont accueillis dans des structures avec internat une fois leurs besoins de soins formellement reconnus et évalués. Processus en général bien planifié et préparé à l'avance. Dossier santé assez complet.	Le défaut de soins est un des éléments déterminant des rapports de signalement qui émanent majoritairement des professionnels de la santé (carence de soins). Les enfants arrivent souvent en urgence, ce qui limite la possibilité de préparation d'un dossier santé complet en amont de l'admission.
Durées d'accueil	
L'accueil dans des structures SESAF avec internat concernent des enfants dont l'autonomie est limitée et qui, selon l'évolution de leurs difficultés, vont avoir besoin d'une solution d'hébergement à long terme. L'objectif n'est pas de limiter la durée des séjours, mais d'offrir des solutions permettant de maintenir et développer au maximum l'autonomie de l'enfant.	La durée du placement des enfants en institution socioéducative SPJ est par définition limitée dans le temps et la plus courte possible, sauf pour les enfants qui sont aussi en situation de handicap et peuvent avoir besoin d'un accueil à long terme. ⁵
Réseau de soins des enfants à leur arrivée en institution	
Le réseau de soins des enfants dans les institutions SESAF est la plupart du temps très étoffé, voire surdéveloppé. Certains enfants ne voient toutefois régulièrement que des spécialistes, avec le risque d'une vision morcelée de leurs besoins et la possibilité d'angles morts pour des besoins de base, la priorité étant mise sur les problèmes liés au handicap. Dossier de santé bien documenté.	Les besoins de base de ces enfants, y compris sur le plan des soins, ont pu être négligés dans leur environnement familial. Le travail des institutions consiste à réactiver ou construire un réseau de soins dans la communauté, avec l'idée qu'il puisse continuer éventuellement de fonctionner quand l'enfant quitte la structure d'accueil. Dossier de santé souvent lacunaire.
Rôle et responsabilité des parents	
Parents en général très attentifs et soucieux de la santé de leur enfant. Soins de base sous la responsabilité des parents (sauf si mandat SPJ).	Le défaut de soins est un des éléments déterminant des rapports de signalement. Le type de mandat SPJ définit les champs de responsabilité des parents en matière de santé.
Santé somatique	
Santé somatique peut être très fragile. Soins complexes souvent nécessaires.	Santé de base somatique en général bonne, mais mise à niveau à faire en raison d'un éventuel défaut de soins jusqu'ici.
Santé psychique	
Hiatus possible entre santé mentale et handicap (les deux peuvent se combiner pour le même enfant).	La santé mentale est souvent le problème numéro 1 dont l'institution doit s'occuper.

⁵ 81% des placements en 2016, est de courte durée (– de 6 mois) ou de durée moyenne (1-3 ans). La durée moyenne des placements est de moins de 2 ans (688 jours), la médiane étant de 365 jours. La durée est calculée pour les placements en cours au 31.12.2016, tous types de placement confondus. Source : Protection des Mineurs. Statistiques 2016. SPJ.

Annexe 11 Détail des dispositifs de réponse aux besoins de soins dans les structures pour mineurs

Ces dispositifs ont été présentés et discutés lors de la séance du COPIL du 20.02.19.

1. Compétences médicales

Schéma A3 : Modèles et constats généraux pour la présence médicale

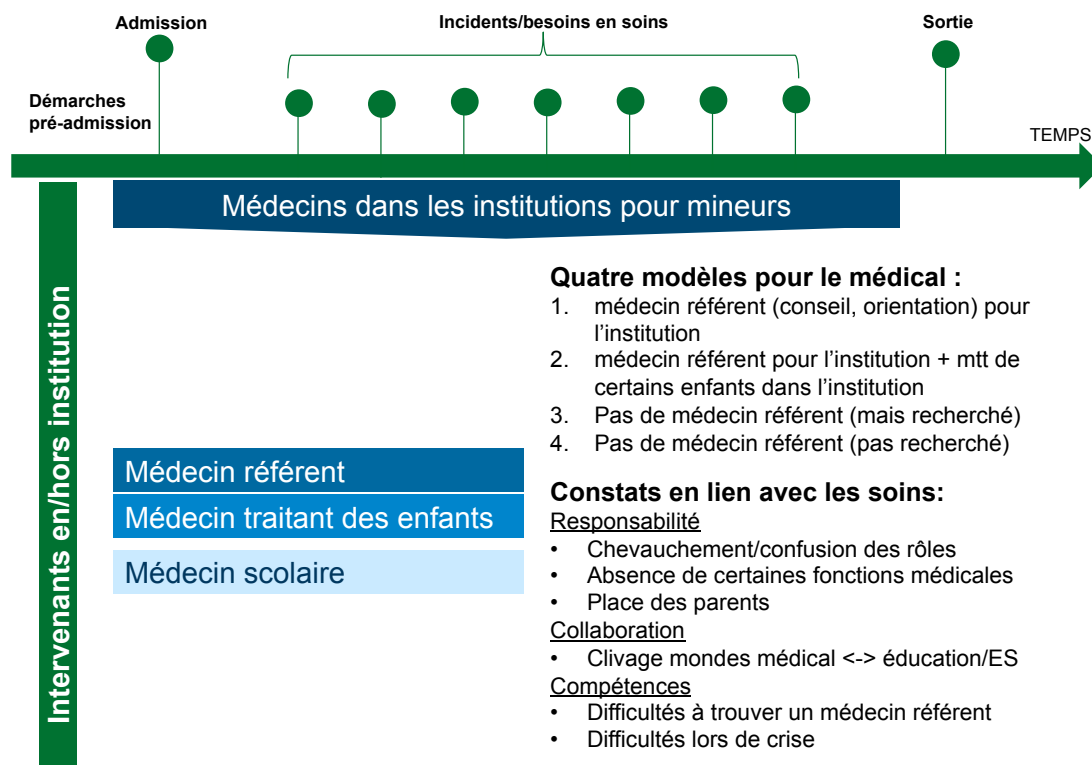


Schéma A4 : Mission, rôles et tâches des médecins

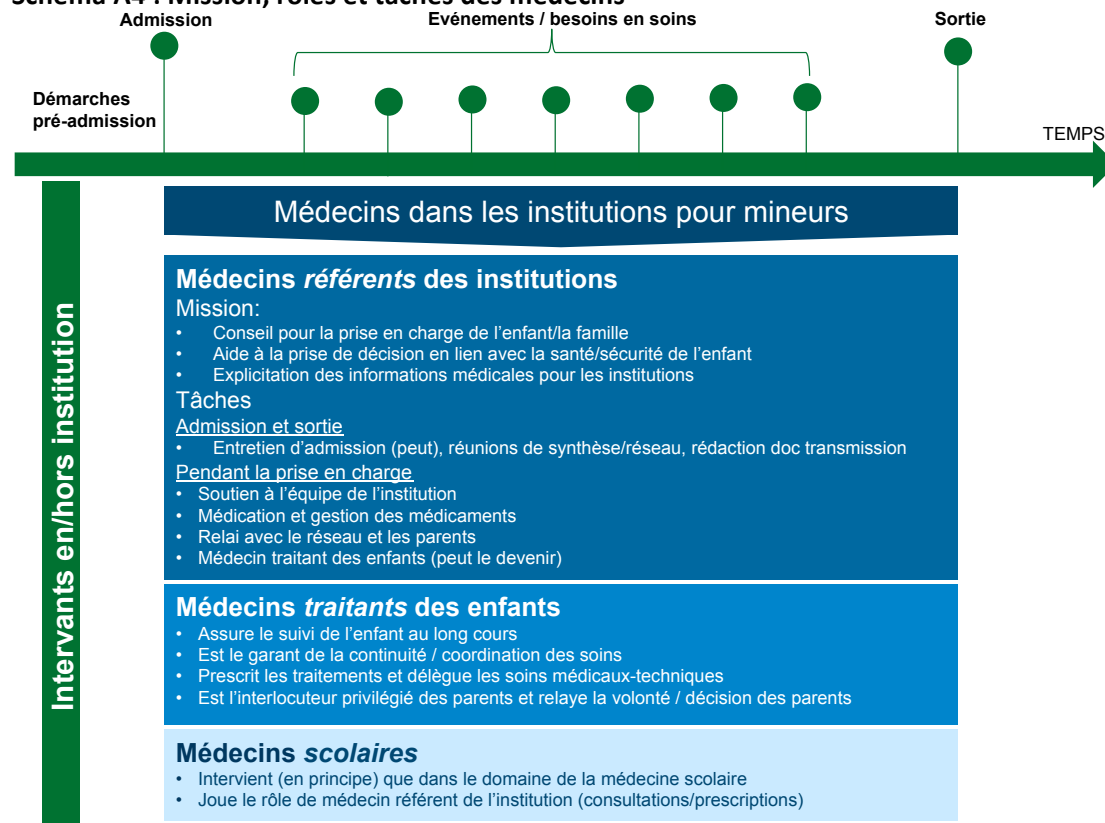
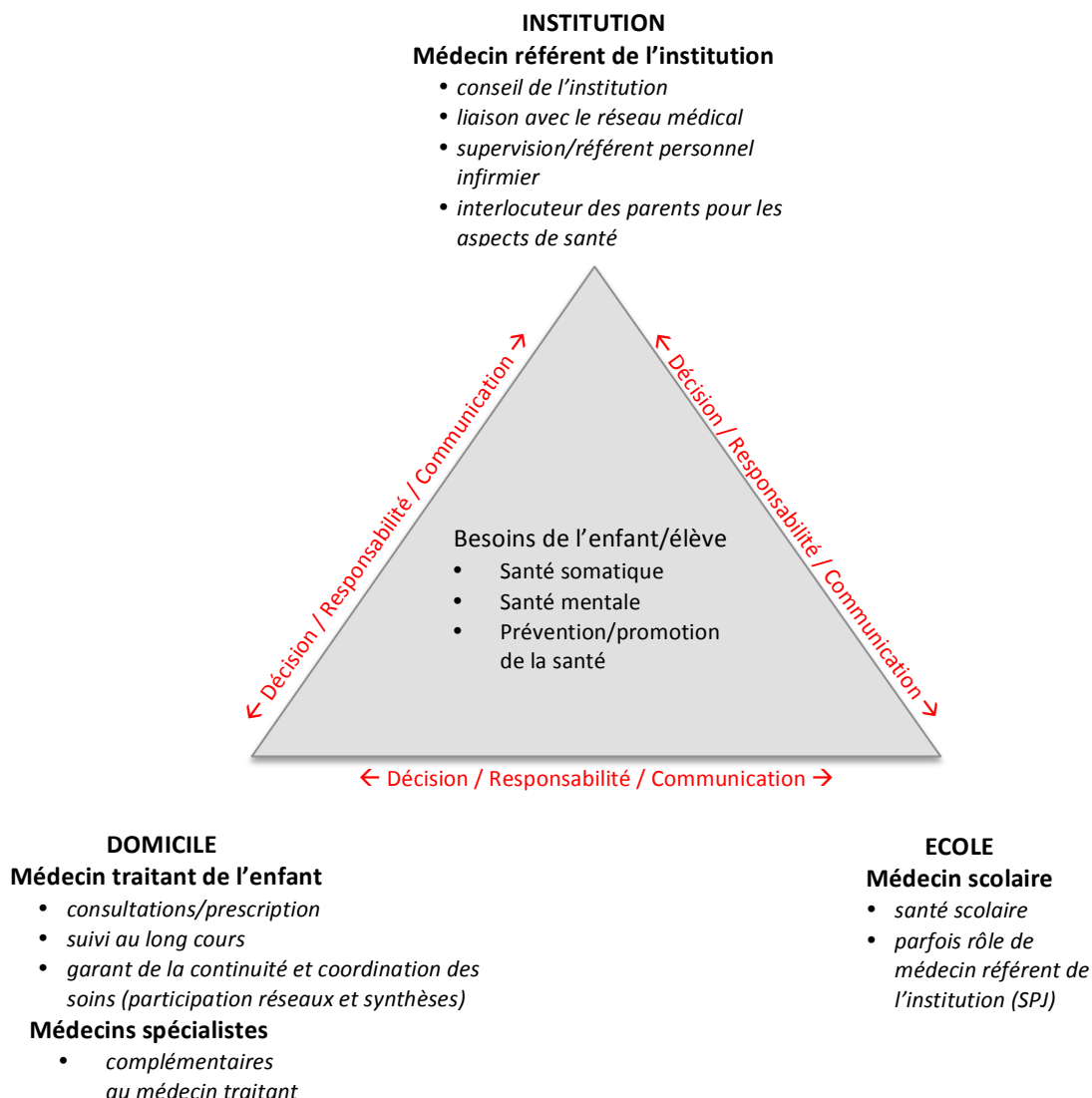


Schéma A5 : Présence médicale autour d'un enfant



Avantages de la présence d'un médecin référent au sein de l'institution, notamment :

- ressources pour la direction et pour le personnel infirmier ou ASSC et les éducateurs et enseignants spécialisés : conseil/soutien. Eclairage complémentaire
- relais avec le réseau, facilite la liaison, bonne connaissance de la réalité institutionnelle, du cadre de vie des enfants
- médiation avec les parents et/ou le reste du réseau de soin
- relais possible en cas d'urgence ou d'absence du médecin traitant de l'enfant

Quelques enjeux :

- financement des prestations à l'institution
- difficile de trouver des remplaçants, la bonne personne
- doubles casquettes (médecins référent et traitant ; médecin référent et membre du Conseil de fondation) peuvent créer des confusions des rôles

2. Compétences infirmières

Schéma A6 : Modèles et constats généraux pour la présence infirmière

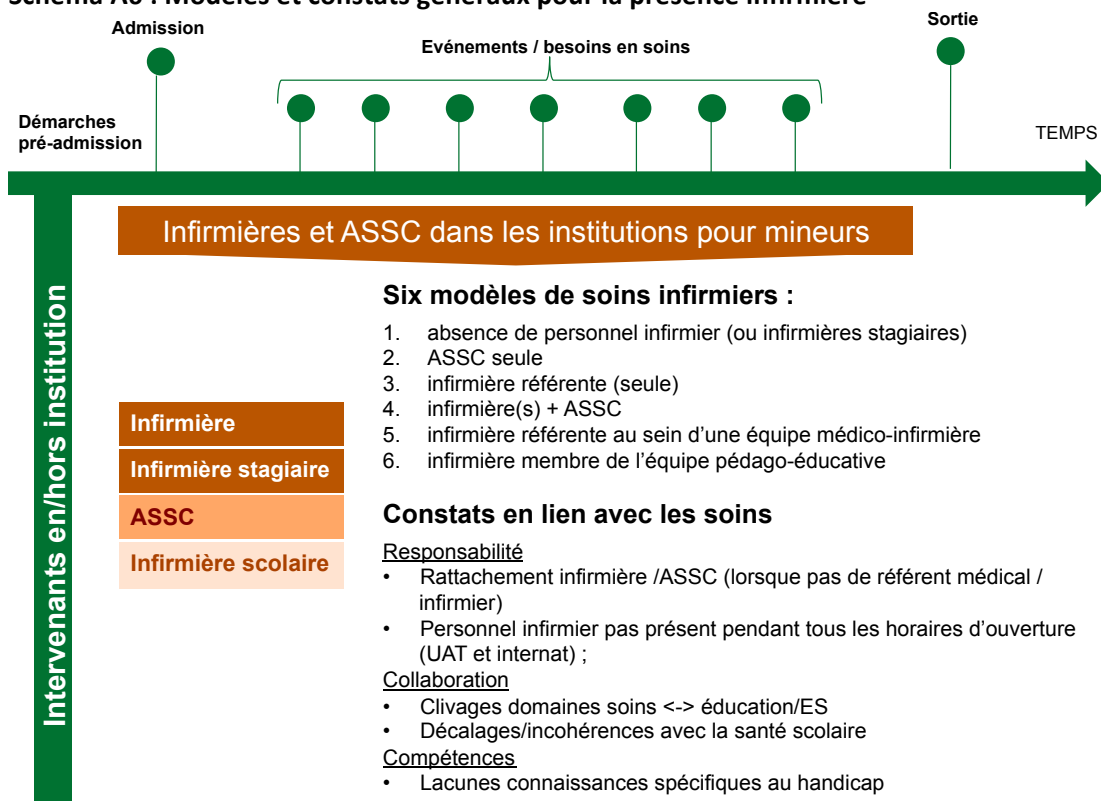


Schéma A7 : Mission, rôles et tâches des infirmières



3. Compétences en éducation et enseignement spécialisé

Schéma A8 : Modèles et constats généraux pour les éducateurs et enseignants spécialisés

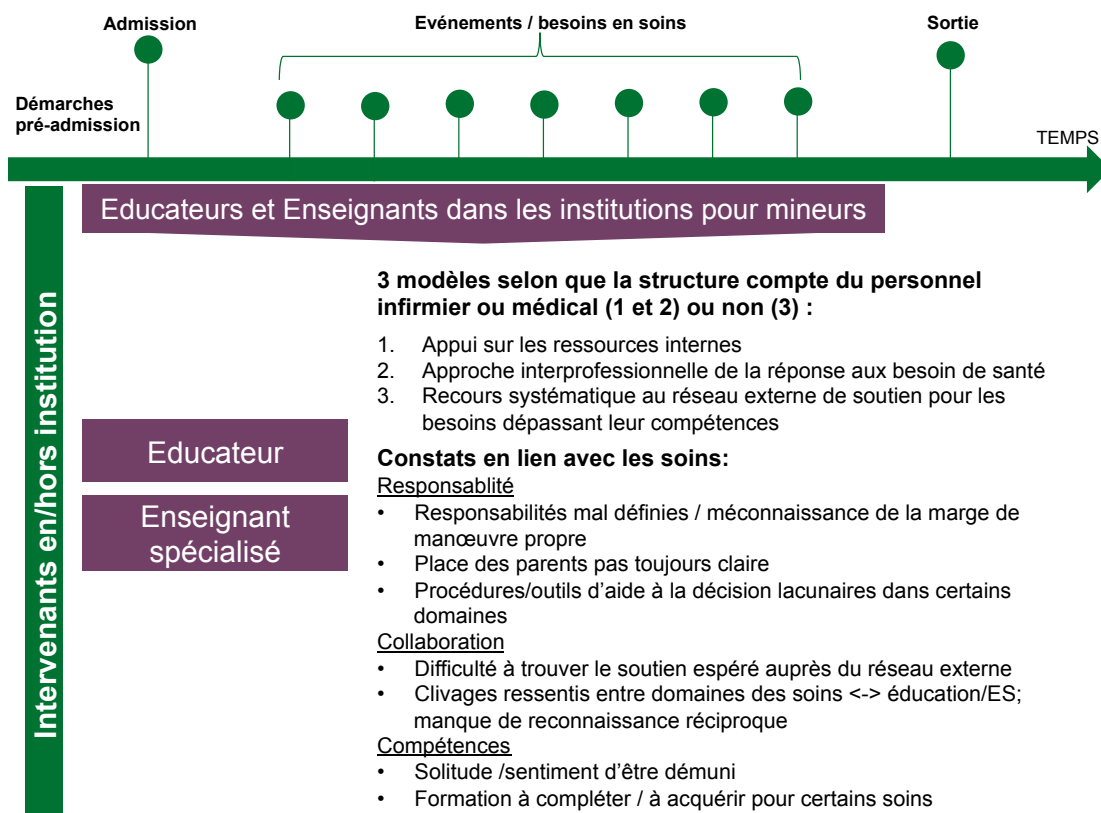
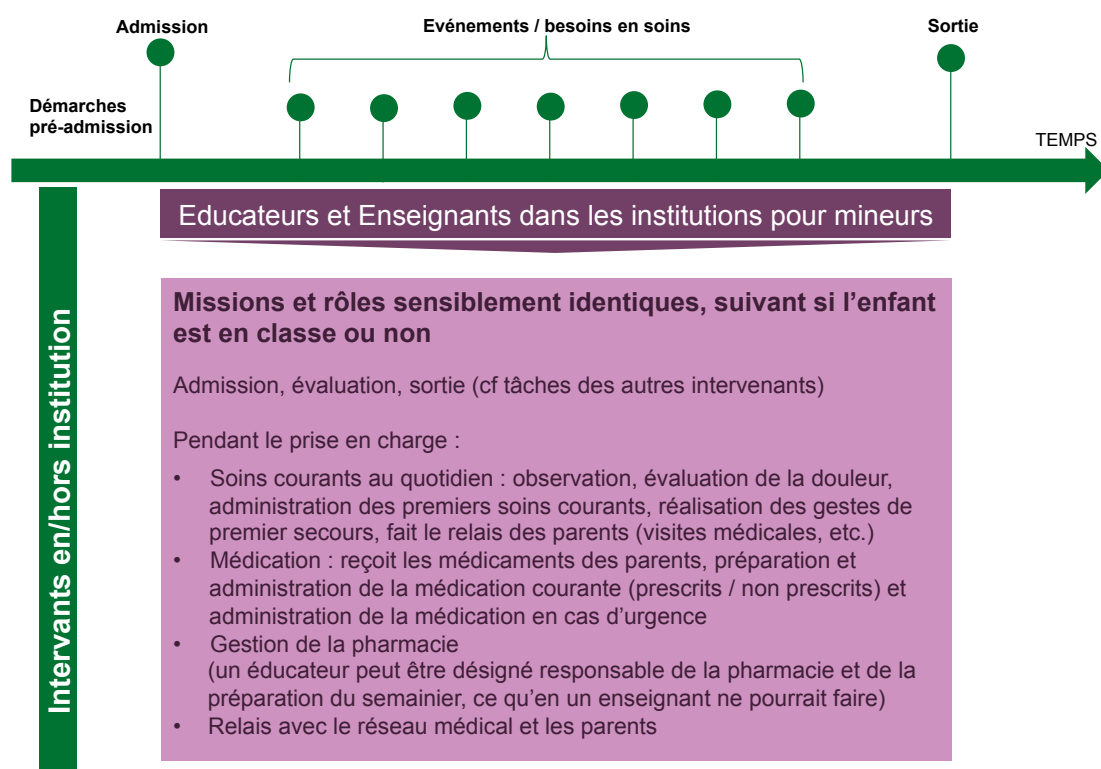


Schéma A9 : Mission, rôles et tâches des éducateurs et enseignants spécialisés



Annexe 12 Compléments d'information quant aux pistes d'amélioration/d'action évoquées au cours des entretiens

Ces pistes ont été mentionnées au cours des entretiens réalisés avec les professionnels des structures/institutions de l'échantillon. Elles n'ont pas été mentionnées systématiquement par tous les professionnels rencontrés et ne font pas forcément l'unanimité. Elles ne reflètent pas forcément les positions des professionnels du réseau externe de soutien.

1. Dans les structures/institutions pour mineurs

Instaurer un socle de base pour toutes les institutions

(A différencier et adapter selon type d'accueil et d'enfants concernés)

- Définir une offre minimale pour tous les enfants, quelle que soit leur situation, dont (à discuter) :
 - Médecin traitant connu de l'institution
 - Bilan de santé global à l'entrée (si pas fait par l'école obligatoire)
 - Vaccinations à jour
 - Médication connue et procédure médication en place
 - Procédure de délégation des actes de soins et médico-technique en place (adaptée à chaque structure)
- Pouvoir disposer d'un soutien infirmier pour le conseil et l'orientation.

Clarifier et appliquer des normes de délégation de soins et pour l'administration des médicaments

- Dans certaines institutions, protocoles à mettre en place/consolider/clarifier (comme aide à la décision du personnel non soignant).
- Dans les structures qui accueillent des enfants avec des besoins de soins complexes (polyhandicap notamment), évaluer l'adéquation du dispositif en place pour assurer l'accès aux soins et la sécurité de ceux-ci.
- Identifier avec les institutions du terrain quels sont les ajustements éventuels souhaitables et possibles des recommandations développées par l'Equipe soins et soutien.
- S'assurer que les protocoles développés pour les institutions SESAF restent applicables dans les structures sans personnel médical ou infirmier, comme dans la plupart des structures SPJ où les enjeux de santé et le personnel disponibles sont assez différents.

Mieux se préparer à la gestion des crises

- Admettre que la crise est inhérente à la population accueillie.
- Anticiper les crises pour se préparer à y répondre (pas à les éviter forcément), entre créativité et respect du protocole institutionnel.
- Remettre l'hospitalisation à sa juste place : reconnaître sa nécessité, ne pas la voir comme un échec et mieux identifier les situations à risque de façon explicite et assumée.
- Réfléchir aux temporalités (amont, pendant, aval de la crise) pour améliorer les collaborations et soutiens lors de crises.

Renforcer le soutien aux parents

- Développer les prestations de soutien aux parents d'enfant en institution SPJ pour atteindre l'objectif de réhabilitation du rôle parental.

- Evaluer l'offre existante en matière de soutien aux parents, recenser les bonnes pratiques et les diffuser.
- Mutualiser les ressources et compétences entre institutions.

2. Au sein du réseau externe de soutien

Améliorer l'accès au réseau de soutien

- Eviter la dispersion des prestations.
- Favoriser l'accès de proximité.
- Clarifier les rôles de chacun et les collaborations (par des protocoles de collaboration, par exemple).
- Simplifier l'accès, les procédures, limiter le nombre d'intervenants, mieux assurer la continuité lors de rotation de personnel responsable.

Améliorer l'accès aux prestations hospitalières, y compris consultations aux urgences

- Mettre en place des procédures pour un accès adapté (facilité et rapide) pour les enfants en institutions pour mineurs SEASF et SPJ lors de consultation aux urgences (économie sur le temps d'accompagnant et bénéfice pour l'enfant).
- Désigner/former des répondants « handicap » dans chaque hôpital (mettre en place au CHUV + hôpitaux régionaux une démarche similaire à celle des HUG ?)
- Prévoir une seule porte d'entrée (qui ouvre sur une diversité de prestations).

Faciliter la liaison pour les hospitalisations

- Trouver des manières de faciliter la liaison (par exemple, documenter les bonnes pratiques et les diffuser) :
 - Hospitalisation crise /urgence
 - Hospitalisation programmée

Adapter le soutien infirmier/thérapeutique dans les institutions

- Mettre en place un processus clair et unique pour faire face à la variation des besoins selon les enfants présents et à la difficulté d'obtenir des renforts (infirmiers ou thérapeutes) – aujourd'hui : démarche ad hoc, à réinventer à chaque fois.
- Meilleure utilisation des soins infirmiers pédiatriques à domicile (SIPeD) dans les institutions (y compris pour les régions périphériques?) – revoir le financement (une partie étant actuellement à la charge des parents).

Equipes mobiles

- Evaluer l'adéquation des équipes mobiles existantes: dotation et... mobilité (rayon d'action, délai de réponse et compétences).
- Renforcer les équipes mobiles psychiatriques dans les régions périphériques.
- Evaluer le besoin d'une équipe mobile infirmière pour la prise en charge des enfants avec des soins somatiques complexes.

Médecins en pratique privée

- Trouver des moyens pour que les institutions puissent mieux s'appuyer sur les médecins de premiers recours.
- Soutenir des collaborations avec les cabinets privés.

Adapter le dispositif de pédopsychiatrie

Tous les aspects concernant la pédopsychiatrie devraient être intégrés à la réflexion en cours sur l'organisation de ce secteur dans le canton de Vaud. Ils sont présentés ici indépendamment de cette réflexion (pour l'instant) et correspondent aux informations récoltées sur le terrain.

a) Point de vue des institutions pour mineurs

Accès aux prestations pédopsychiatriques dans les régions périphériques

- Renforcer l'efficacité / faciliter l'accès aux équipes mobiles et de liaison.
- Créer des pôles de compétence interinstitutionnels régionaux, qui s'appuient sur les ressources déjà présentes, afin d'assurer la continuité de la prise en charge (éviter les délais inutiles, les ruptures ou les orientations par défaut lors de transitions).

Maillons manquants entre hôpital psychiatrique et institution pour mineurs

- Prévoir des possibilités de courts séjours hospitaliers pour observation.
- Prévoir des lieux transitoires intermédiaires pour éviter le passage direct trop brutal/rapide entre hôpital et institution, voire pour laisser du temps à une réorientation, sans maintenir l'enfant à l'hôpital.

b) Point de vue interne à la pédopsychiatrie

- Favoriser une circulation plus fluide entre lieux (hôpital et structures d'accueil pour mineurs).
- Augmenter le nombre de lits hospitaliers en pédopsychiatrie.
- Créer des lits de très courts séjours pédopsychiatriques (pour orientation).
- Prévoir une seule porte d'entrée pour les urgences pédopsychiatriques.
- Favoriser une meilleure utilisation des équipes mobiles (plus souvent et plus vite, pour ne pas laisser des situations dégénérer) : équipes mobile et de liaison plus efficaces pour une meilleure utilisation des ressources.
- Soutenir les lieux d'hébergement SESAF et SPJ: ne pas concentrer les situations difficiles (mieux les répartir dans les institutions) et prévoir un soutien complémentaire pour que ces lieux puissent vraiment répondre aux besoins de soins des enfants dans les situations pédopsychiatriques complexes.

3. Articulations et collaborations entre les structures pour mineurs et le réseau de soutien

Soutenir la coordination et la collaboration

- En inventant des collaborations interinstitutionnelles inédites, et en soutenant les collaborations interprofessionnelles, au-delà des silos existants.
Des démarches déjà en cours dans d'autres domaines des soins (maladies chroniques), devraient inspirer et informer les réponses dans le domaine de l'accès aux soins dans les institutions pour mineurs.
- Envisager éventuellement des postes de modérateur en situation complexe.⁶

Développer et soutenir la collaboration interprofessionnelle

- Concevoir des stratégies, des réponses organisationnelles et des processus, des actions ou projets spécifiques, qui permettent et soutiennent la construction de l'interprofessionnalité au sein du dispositif de réponse aux besoins de soins.
- Développer des instruments/canaux pour construire et faciliter le dialogue et les échanges de pratiques interprofessionnels,
- Développer des outils communs ou toute autre manière de construire un langage commun partagé qui facilite l'écoute et le respect entre professionnels de champs différents
- Créer des espaces de dialogue pour promouvoir l'échange interinstitutionnel et interprofessionnel, aussi hors des moments de crise ou de résolution de situation pratique.

⁶ Selon le modèle présenté dans Pages Romandes 12/17. p.20-21. www.reseau-romand-asa.ch

Systématiser le travail en amont / anticipation

- Repérer les dégradations de situation, plutôt qu'essayer de les contenir à tout prix.
- Développer des outils pour travailler sur la probabilité d'une hospitalisation (signes précurseurs d'une telle probabilité) en collaboration avec les hôpitaux psychiatriques. Le processus de développement de ces outils doit être envisagé dans une perspective interprofessionnelle.
- Préparer les admissions des situations complexes : prévoir le soutien à l'institution pour mineurs, lui donner les outils d'anticipation et répondre présent en cas de besoin de soutien de l'institution, une fois l'enfant admis.

Faire un bon usage de la digitalisation pour soutenir une bonne communication

- Faire un bon usage de la digitalisation des services pour créer du lien, le susciter et le soutenir et non pour éviter les relations avec les usagers et à terme affaiblir le lien (exemple de l'outil de réservations dans les UAT)

Assurer une offre et un accès équitables à tous les enfants en matière de prestations de promotion de la santé et prévention

- Construire une collaboration (à géométrie variable selon les besoins) entre la santé scolaire (UPSPS) et les institutions avec écoles SESAF, et créer des synergies avec les infirmières d'institutions ; adapter le mandat des infirmières scolaires.
- Mettre sur pied une équipe PSPS qui intervient à la demande dans les différentes institutions (sur le modèle de l'activité physique ou de PROFA).

4. Dans les structures pour mineurs et dans le réseau de soutien

Formation des professionnels

- Renforcer la formation de base et continue des professionnels du domaine médico-infirmier, ambulanciers, secteurs éducatif et pédagogie spécialisée. Envisager des modules interprofessionnels.
- Proposer plus des formations courtes ciblées (données par Espace compétences ? par l'ESS ?) / sensibilisation (santé somatique et psychique) pour les équipes des institutions pour mineurs. Privilégier les formations interprofessionnelles.
- Développer des espaces (inter)institutionnels permettant la transmission des savoirs.
- Partager entre professionnels, par exemple au sein de groupes ressources thématiques interinstitutionnels, notamment sur la complexité⁷
- Encourager le suivi de CAS (par exemple : CAS en accompagnement de situations complexes dans le domaine de la déficience intellectuelle⁸, CAS autisme HES-SO « Troubles du spectre de l'autisme : mieux comprendre pour mieux intervenir »⁹)

⁷ Page Romande 12/17 p. 20

⁸ <https://www.eesp.ch/formation-continue/formations-certifiantes/cas/cas-en-accompagnement-de-situations-complexes-dans-le-domaine-de-la-deficience-intellectuelle/>

⁹ <https://www.eesp.ch/formation-continue/formations-certifiantes/cas/cas-en-troubles-du-spectre-de-lautisme-mieux-comprendre-pour-mieux-intervenir/>

Annexe 13 Détail des champs d'action proposés pour assurer la sécurité et l'accès aux soins dans les institutions pour mineurs

Document élaboré lors de :

- une séance de travail le 30.04.19 avec B. Martinelli (SPJ) et A. Lavanchy + P. Nendaz (SESAF) ; puis données consolidées au cours d'échange courriels.
- deux séances de travail avec M. Taddei Petit (DGS) et M.-C Grivat (DGS), les 6.05.19 et 20.05.19 et une séance de finalisation, avec S. Pin (DGS) et M. Taddei Petit (DGS) le 22.08.19.

CHAMP D'ACTION 1 ET PRIORITÉS Socle de base des soins et prestations de santé (Axe stratégique 1)	
PRIORITÉS SELON SESAF et SPJ → Définir les soins et prestations de santé qui doivent être assurés au sein des institutions, quel que soit le personnel en place et dans une vision globale de la santé de l'enfant 1. Catalogue de base à établir, y compris : • Check santé + vaccinations à jour (SPJ) • Administration des médicaments • Pharmacie (matériel soins de base + organisation) • Soins de base • Réponse aux urgences somatiques et pédopsychiatriques • Santé mentale des enfants et des jeunes (à travailler avec le SUPEA, EMDM...) • Prophylaxie et soins bucco-dentaires • Soins spécifiques liés au handicap (soins complexes) • Foyers surtout : soins liés à des pathologies spécifiques, par ex. VIH, diabète, leucémie... • Promotion de la santé et prévention : éducation en amont des problèmes (santé sexuelle, alimentation, sécurité routière, etc.)	PRIORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE /DGS 1. Accès aux prestations de soins de santé mentale/pédopsychiatrie : → Assurer la continuité et fluidité du parcours de soins • Ambulatoire • Urgences : réflexion spécifique à poursuivre pour la pédopsychiatrie, (déjà initiée pour les urgences psychiatriques adultes) • Hospitalisation (y compris transition/retour vers le domicile ou l'institution) → Nécessité d'un renfort au niveau communautaire, y compris pour soutenir les médecins de 1 ^{er} recours → Dossier pédopsychiatrie en cours à la DGS : le SESAF et le SPJ font partie de la commission de suivi pédopsychiatrique 2. Réponse à l'urgence : initier, coordonner et/ou participer aux réflexions concernant cette réorganisation afin de garantir des réponses aux besoins des institutions 3. Promotion de la santé et prévention → Doit être un axe spécifique en soi ; travail initié par Unisanté, en collaboration avec la DGS, pour les adultes, à réaliser aussi pour les enfants et les jeunes → Renforcer la collaboration avec le SPJ (0-4 ans)/PEJ → A insérer dans le contexte de la mise en œuvre du concept 360° (mené par le DJFC-) → Renforcer l'articulation avec la santé scolaire

CHAMP D’ACTION 2 ET PRIORITÉS Compétences médicales et infirmières auxquelles les enfants doivent avoir accès Délégation des responsabilités en matière de soins et de santé (Axe stratégique 1)	
PRIORITÉS SELON SESAF et SPJ → Définir les compétences nécessaires à l’interne, ou la voie d’accès à ces compétences via le réseau de soutien externe → Définir dans une grille commune qui décide quoi et qui fait quoi, sous la responsabilité de qui, y compris rôles et responsabilités des parents, qui peut varier selon les situations PRIORITÉS : 1. Définition des fonctions médicales et infirmières nécessaires selon la structure et les enfants accueillis 2. Cahiers des charge du personnel médical/soignant/enseignant/éducatif à revoir/à définir clairement : socle commun pour fonction similaire 3. Grille de délégation pour les actes des soins relatifs aux besoins spécifiques des enfants accueillis (grille SESAF actuelle indicative : non validée par l’Office du Médecin cantonal) : à adapter afin d’inclure les soins de base courants (SPJ)	PRIORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE / DGS 1. Bien définir et cadrer les besoins et identifier les compétences nécessaires qui en découlent 2. Définir les fonctions et cahiers des charges : élaborer/adapter des cahiers des charges qui tiennent aussi compte aussi de l’évolution des métiers et de la nécessité de développer et soutenir les collaborations interprofessionnelles 3. Définir la délégation des actes des soins : A discuter ultérieurement avec l’Office du Médecin cantonal

CHAMP D’ACTION 3 ET PRIORITÉS Outils et processus de communication, transmission et liaison (Axe stratégique 3)	
PRIORITÉS SELON SESAF et SPJ → Assurer la traçabilité et la bonne compréhension et transmission des informations de santé pertinentes nécessaires entre les professionnels des structures pour mineurs et ceux de la santé, et avec les parents PRIORITÉS : 1. Carnet de santé 2. Rapport de visite médicale et paramédicale – délégation de soins 3. ...	PRIORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE / DGS 1. Documentation et processus internes aux structures pour mineurs : L’état des lieux montre l’existence de lacunes dans certaines institutions et d’une marge de progression, mais aussi que des bonnes pratiques existent déjà, sur lesquelles les services et les institutions peuvent s’appuyer. 2. Transmission des informations entre les institutions pour mineurs et les professionnels du réseau externe de soutien, liaison : → analyser les implications pour les institutions et le réseau externe de soutien et les besoins d’évolution. <i>La DGS devrait participer à ces réflexions puisqu’il s’agit de collaboration avec le réseau externe dont l’organisation est sous l’égide de la DGS</i>

CHAMP D’ACTION 4 ET PRIORITÉS Accès aux ressources soins et santé réseau de soutien externe 1^{ère} ligne et 2^{ème} ligne (Axes stratégiques 2 et 3)	
PRIORITÉS SELON SESAF et SPJ → Clarifier les ressources disponibles, simplifier l'accès et le rendre non dépendant des personnes en place à un moment donné → Assurer aux structures pour mineurs un accès à un soutien infirmier, voire médical, ou le renforcer (éventuellement élargissement du mandat de l’ESS ?) PRIORITÉS : 1. Relevés des ressources existantes (médicales et infirmières) au sein du réseau externe, pour une meilleure lisibilité 2. Assurer la continuité dans la gestion des procédures de demandes/d'accès pour des soins : lier les procédures aux institutions (et non pas aux personnes) 3. Mettre en place un processus d'accès à du soutien et du conseil infirmier et médical pour les équipes des structures pour mineurs (aide à la décision) 4. Procédures d'accès aux urgences et autres ressources du réseau externe de soutien à préciser/simplifier 5. ...	PRIORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE / DGS <i>Le rôle de la DGS pourrait être :</i> - Poursuivre une cartographie du réseau externe de soutien avec les missions, prestations délivrées, financement, suivi des activités (indicateurs ?) - Identifier, du point de vue du réseau externe, les facteurs facilitant ou entravant la collaboration avec les institutions - Définir les adaptations nécessaires afin de répondre aux besoins des institutions pour mineurs <i>Les UAT devraient être traitées dans un second temps, une fois que le travail avec les institutions sera bien avancé.</i> <i>Les structures d’UAT, avec des spécificités propres, pourraient d’abord bénéficier de certaines adaptations mises en place pour répondre aux besoins des institutions. Ainsi les lacunes relatives au fonctionnement particulier de ces structures pourraient être plus facilement identifiées.</i>

ACTION COMMUNE 5 (position SESAF et SPJ) Renforcer la formation du personnel en matière de soins et santé dans les structures, à tous les niveaux et pour tous les métiers (Axe stratégique 4)	
PRIORITÉS SELON SESAF et SPJ → Favoriser l'autonomie et la sécurité au sein des structures → Contribuer à une compréhension et collaboration interprofessionnelles accrues 1. Systématiser la formation pour les soins et la santé de base pour les enfants en situation de handicap et/ou vulnérables sous mandat de protection du SPJ 2. Mettre en place un concept/projet de formation pour chaque structure/institution 3. Favoriser des modules interprofessionnels (à l'interne des structures ou interstructures/interinstitutionnels) 4. ...	PRIORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE / DGS L'action concerne le temps long et le temps lent. La DGS peut sensibiliser les acteurs de la formation, les professionnels de santé et soutenir les initiatives de formation / sensibilisation au handicap auprès des professionnels de santé.