

EXPLICATIF DES INSPECTIONS

Dans les établissements psycho-sociaux

TABLE DES MATIERES

1.	INTRODUCTION	4
2.	BUTS DE L'INSPECTION	4
3.	DEROULEMENT DE L'INSPECTION	5
	3.1 GRILLE D'EVALUATION	5
4.	CADRE DE REFERENCE	6
	4.1 VALEURS ET NORMES	6
	<i>Le respect des droits des résidents</i>	<i>6</i>
	<i>La sécurité</i>	<i>6</i>
	4.2 MODELE CONCEPTUEL DE LA FILIERE PSYCHIATRIQUE : LE MODELE DE RETABLISSEMENT	7
	4.3 AUTRES MODELES THERAPEUTIQUES	7
	<i>4.3.1 La réhabilitation psychiatrique</i>	<i>7</i>
	<i>4.3.2 L'approche psychothérapeutique</i>	<i>8</i>
	<i>4.3.3 La thérapie cognitivo-comportementale</i>	<i>8</i>
	<i>4.3.4 La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)¹¹</i>	<i>8</i>
1.	GRILLE D'EVALUATION	9
	NORME 1. LA MISSION DE L'ETABLISSEMENT EST FONDEE SUR LES VALEURS D'ESPOIR ET D'AUTODETERMINATION ET EXIGE LE RESPECT DES DROITS DES RESIDENTS	9
	<i>1.1 Les droits des résidents sont connus, respectés et exercés</i>	<i>9</i>
	<i>1.2 L'estime personnelle est préservée par une apparence valorisée</i>	<i>9</i>
	<i>1.3 La sphère privée et identitaire est respectée</i>	<i>10</i>
	<i>1.4 La vie affective et la sexualité sont reconnues</i>	<i>10</i>
	<i>1.5 Les interactions sont constructives et favorisent un climat social qui permet de développer des relations appropriées</i>	<i>10</i>
	<i>1.6 L'organisation des repas correspond aux normes hôtelières et prend en compte les goûts individuels</i>	<i>10</i>
	NORME 2. LA SECURITE ET L'ACCES A DES SOINS DE QUALITE SONT ASSURES	11
	<i>2.1 Les prestations de soins sont accessibles</i>	<i>11</i>
	<i>2.2 Des mesures en matière de promotion de la santé et de prévention sont mises en place</i>	<i>11</i>
	<i>2.3 La gestion des médicaments est conforme aux normes professionnelles</i>	<i>11</i>
	NORME 3. SELON LA MISSION DE L'ETABLISSEMENT, DES PRESTATIONS SOCIALES SONT DEVELOPPEES SELON LE MODELE DE RETABLISSEMENT	12
	<i>3.1 L'intégration sociale et l'autonomie sont encouragés</i>	<i>12</i>
	<i>3.2 Les habiletés socioprofessionnelles sont entraînées</i>	<i>12</i>
	<i>3.3 Des activités de loisirs et de développement personnel sont proposées</i>	<i>12</i>
	NORME 4. DES LIGNES DIRECTRICES ET DES CONCEPTS SONT DEFINIS ET APPLIQUES	13
	LE DOSSIER RETRACE LA REALISATION ET L'EVALUATION DES PROCESSUS D'ACCOMPAGNEMENT. .	13
	<i>4.1 Un concept général d'intervention est défini et déployé</i>	<i>13</i>

4.2 Pour chaque résident, un projet d'accompagnement est établi. Il comprend un planning de soins et d'activités individuel, adapté à ses besoins, ses capacités et ses ressources. 13

4.3 Les protocoles en lien avec les droits du résident sont appliqués de manière conforme au cadre législatif. 14

4.4 Le protocole de prévention et gestion de la violence ou la démarche institutionnelle est appliqué de manière conforme..... 17

4.5 Le protocole de prévention des comportements suicidaires ou le dispositif institutionnel est appliqué de manière conforme 17

4.6 Le protocole ou la démarche institutionnelle d'évaluation et régulation de l'état nutritionnel est appliqué de manière conforme 18

NORME 5 : LES PRESTATIONS SONT DELIVREES PAR DU PERSONNEL AYANT LES COMPETENCES

REQUISES 18

5.1 L'encadrement des collaborateurs est assuré et les ressources à disposition sont connues et utilisées..... 18

5.2 La politique du personnel encourage la formation 18

5.3 La collaboration interdisciplinaire y compris avec les proches aidants se concrétise régulièrement 18

1. Introduction

En 2010, le chef du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), M. Pierre-Yves Maillard, a souhaité un rapprochement entre l'organisme d'inspection du SPAS (OCESE) et celui du SSP/SASH (CIVEMS) aussi bien sur le plan des collaborations que de la méthodologie appliquée aux différents contrôles. Divers travaux ont été menés dans ce sens afin de faire converger une égalité de contrôle entre les établissements médico-sociaux, les homes non médicalisés et les foyers socio-éducatifs du domaine de la psychiatrie.

Sur le plan organisationnel, ces deux organismes ont rejoint l'organe de contrôle créé en 2013 : la **CIVESS** (coordination interservices des visites en établissements sanitaires et sociaux).

Parallèlement, les travaux de constitution d'une filière unique d'hébergement psychiatrique adulte débutaient en 2009. L'objectif de cette nouvelle filière est principalement d'améliorer la trajectoire des clients / patients dans le réseau des institutions désormais appelées établissements psycho-sociaux.

Durant l'année 2012, un projet de grille d'évaluation a été élaboré en reprenant des éléments présents à la fois dans les critères et indicateurs de qualité et de sécurité de l'OCESE et dans la grille d'évaluation des EMS psychiatriques de la CIVEMS. Ce projet a été soumis aux associations faitières.

Les inspections se déroulent sur une journée, élaboration et remise du rapport d'inspection inclus.

Dans un souci de transparence, les normes de référence et la méthode d'inspection sont diffusées à l'ensemble des établissements d'hébergement psychiatrique, afin de porter à leur connaissance les normes, critères et indicateurs qui seront évalués.

2. Buts de l'inspection

L'objectif est que l'ensemble des établissements psycho-sociaux représentant 858 lits/places d'hébergement. (46 établissements = 24 EMS, 13 ESE, 3 PPP, 5 HNM) soit inspecté régulièrement.

Les inspections ont pour but de vérifier que les prestations répondent aux besoins et respectent les droits et la dignité des résidents 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 :

1. 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 de l'établissement avec les félicitations de la CIVESS.
2. 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 :

3. 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 CIVESS.

Ces inspections permettent aux responsables du DSAS d'obtenir de manière régulière des informations sur le réseau des établissements psycho-sociaux, pour viser des améliorations et le cas échéant, d'appliquer les sanctions prévues par la législation.

3. Déroulement de l'inspection

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

Selon la taille de l'établissement, la durée de l'inspection varie d'une journée à une demi-journée.

A leur arrivée, les inspecteur-trice-s s'annoncent à la réception, demandent d'avertir la direction et organisent le déroulement de la visite. Ils s'enquière des résidents qu'il est préférable de ne pas solliciter afin de ne pas les perturber. Si la direction le souhaite, elle peut accompagner les inspecteur-trice-s pour les introduire auprès des collaborateurs.

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

Ces documents sont :

- Le concept d'accompagnement
- Le concept de sécurité
- Le règlement de maison
- Le planning d'activités du mois en cours
- Les protocoles existants dans les domaines
 - des droits des résidents (mesures de contrainte, directives anticipées, représentant légal dans le domaine médical)
 - de la prévention et gestion de la violence,
 - de la prévention et gestion du risque suicidaire
 - du suivi nutritionnel.
- Le plan de formation de l'année en cours
- Le dernier rapport de la diététicienne sur l'équilibre nutritionnel des menus

Les inspections sont conduites par au minimum deux inspecteur-trice-s. 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.

Puis, une mise en commun est effectuée entre les inspecteur-trice-s 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.

3.1 Grille d'évaluation

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

1. Le premier axe contient des critères centrés sur l'accompagnement quotidien (normes 1-2-3).
2. Le deuxième axe recherche la congruence entre les éléments observés et les écrits (norme 4 - dossiers des résidents rencontrés, concepts).
3. Le troisième axe examine l'organisation de l'établissement, l'encadrement ainsi que la formation des collaborateurs (norme 5).

Les moyens utilisés par les inspecteur-trice-s pour évaluer un maximum de critères sont :

- La visite des chambres et des locaux communs
- L'observation des interactions entre les résidents et le personnel (lors d'un soin, atelier, repas)
- Des entretiens informels avec des résidents et avec le personnel sur le terrain
- La lecture des documents remis
- La consultation des dossiers des résidents rencontrés.

Cette consultation est autorisée par les articles de loi suivants :

- art 23 sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (LAIH du 17 mars 2009)
- art 19 du Règlement sur les établissements sanitaires (RES du 16 juin 2004)

4. Cadre de référence

En vue de l'élaboration d'un Plan d'action global sur la santé mentale 2013 -2020, l'OMS a élaboré un rapport intitulé : les risques pour la santé mentale : aperçu des vulnérabilités et des facteurs de risque (27.08.12)

Dans ce rapport, il est précisé que « *le bien-être mental est une composante de la capacité d'un individu à mener une vie épanouissante, notamment de son aptitude à nouer des relations, à étudier, à travailler ou à exercer des activités de loisirs ou encore à prendre les décisions ou à faire les choix dans sa vie quotidienne* ».

En effet, la santé psychique constitue un élément central de la personnalité de l'individu. Une bonne santé psychique est tout aussi importante qu'une bonne santé physique.

4.1 Valeurs et normes

Le respect des droits des résidents

« *Le respect des droits individuels implique que les résidents ne soient pas privés de leurs droits fondamentaux de citoyen et qu'ils aient le pouvoir d'exercer leurs droits dans la gestion de leurs ressources, un accès aux activités occupationnelles et au travail, l'accès aux loisirs et aux contacts sociaux* ». ¹

Pouvoir exercer ses droits individuels contribue à préserver sa dignité.

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

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* ». ²

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.

La sécurité

Travailler en psychiatrie c'est être confronté aux notions de liberté, d'autonomie et de contrainte ; il faut apprendre à conjuguer avec elles, pour le bien de celui qui souffre de troubles mentaux.

Le personnel doit tenter de concilier le respect des libertés individuelles et son devoir de soigner l'autre en souffrance, ce dernier y fût-il opposé. Seul le questionnement éthique permet de prendre la décision d'intervenir, d'imposer ou d'attendre afin de choisir la juste intervention pour un individu donné à un moment donné.

« *Dans ce contexte, le personnel doit engager sa responsabilité en prenant des risques mesurés, car le soin en psychiatrie fait partie de la vie et celle-ci ne peut être sans danger. Le pouvoir confié au personnel de restreindre les libertés au quotidien est considérable. Il importe d'avoir à l'esprit qu'il est non pas une fin mais un moyen destiné à soutenir l'autre vers un mieux-être.* » ³

Les mesures sécuritaires doivent limiter les risques institutionnels tout en intégrant la liberté de choix du résident. Le recours à des cadres thérapeutiques doit également s'inscrire dans cette double contrainte.

Dans la pratique, cela se traduit par un accompagnement individualisé encourageant l'autonomie.

¹ Ch. Bonsack *Nomenclature et catégories d'hébergement psychiatrique : revue de littérature et analyse de terrain (2011)*

² Eric Fiat *Petit traité de dignité, Ed.Larousse – mars 2010*

³ Patrick Touzet *Entre liberté et contrainte, le soin en psychiatrie, Soins cadres- no70 – mai 2009*

4.2 Modèle conceptuel de la filière psychiatrique : le modèle de rétablissement

Les références choisies, afin de construire l'outil d'évaluation en terme de valeurs et principes, sont basées sur le rapport de Ch. Bonsack ¹ et celui de J. Favrod ⁴

Ces deux rapports, établis dans le cadre des travaux de mise en place de la filière d'hébergement psychiatrique, retiennent comme modèle celui du rétablissement.

A la différence d'un modèle traditionnel de guérison, qui suppose la disparition complète des troubles, le modèle de la filière psychiatrique se centre sur la capacité des résidents à vivre une vie riche et pleine, malgré la persistance de troubles. Ce modèle est fondé sur les valeurs d'espoir et d'autodétermination, exige le respect absolu des droits des résidents et donne une grande importance aux connexions avec l'environnement naturel.

« *Le rétablissement est un cheminement profondément personnel de changement et de travail sur soi, ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses buts, ses compétences, ses rôles et ses projets de vie* » (W. Anthony) ⁵

Le modèle de rétablissement définit différentes étapes qui ne se déroulent pas forcément de manière linéaire dans le temps. On distingue 4 phases :

1. de moratoire : besoins de protection, de stabilité et d'aide pour s'engager avec espoir dans les soins avec des exigences minimales
2. de conscience : besoins d'informations et relations de partenariat, gestion du stress et de la dépression
3. de préparation et de reconstruction : les besoins de réhabilitation prédominent. Renforcement des compétences
4. de croissance : besoin de relève à la communauté et de soutien dans l'acquisition d'une vie autonome

Selon Hélène Provencher ⁶ (Directrice du programme de doctorat en sciences infirmières à l'Université Laval – Canada), il existe 4 dimensions dans le concept de rétablissement :

- identitaire : le résident se redéfinit, reconnaît son trouble de santé mentale, se détache du rôle de patient et s'investit vers les rôles de citoyen, il retrouve l'estime de soi.
- le pouvoir d'agir : « *d'impuissante, elle retrouve goût à la vie* ».
- relationnelle : sortir de l'isolement et construire des relations réciproques avec les autres.
- temporelle : retrouve l'espoir d'une vie future.

4.3 Autres modèles thérapeutiques

Même si le modèle de rétablissement est celui qui est retenu pour la nouvelle filière, d'autres modèles sont appliqués dans les établissements de la filière psychiatrique, notamment :

4.3.1 La réhabilitation psychiatrique

Le but essentiel des approches de réadaptation est l'amélioration du fonctionnement et de la satisfaction du résident dans des environnements spécifiques (résidentiel, éducationnel, social et professionnel).

Les cibles de la réadaptation sont bien définies :

- Au niveau de l'individu : il s'agit de développer les compétences, les habiletés autant sociales qu'instrumentales dont l'individu a besoin pour vivre avec succès et satisfaction dans l'environnement de son choix.
- Au niveau de son environnement : il s'agit d'adapter les demandes et pressions exercées sur l'individu et d'aménager les soutiens dont il a besoin pour vivre avec succès et satisfaction dans cet environnement.

⁴ J. Favrod, *Proposition de nomenclature d'interventions pour définir les prestations et les compétences dans le cadre de la filière de l'hébergement*

⁵ Anthony W. , *Pour un système de santé axé sur le rétablissement*. Douze points de repère pour l'organisation d'ensemble des services, 2002

⁶ Provencher Hélène, *Santé Mentale au Québec*, 2002

Le cadre conceptuel est bien établi. Il s'agit ici du modèle « *vulnérabilité - stress - compétences adaptatives* », qui est un modèle biopsychosocial qui intègre selon une causalité circulaire des facteurs tant biologiques, psychologiques que socio environnementaux dans l'apparition et l'évolution de la maladie psychiatrique (P. Lalonde).⁷

Parmi les interventions thérapeutiques, les *programmes d'entraînement aux habiletés sociales* développées par R.P. Lieberman⁸ permettent l'apprentissage, par les résidents, des habiletés sociales nécessaires à une vie adaptée et de bonne qualité dans la communauté. Par exemple, « les habiletés relationnelles », « les habiletés de résolution de problèmes », « la gestion du traitement neuroleptique et connaissance de la maladie », « la gestion du stress et des difficultés de la vie quotidienne », etc.

4.3.2 L'approche psychothérapeutique

Les approches psychothérapeutiques agissent sur l'une ou l'autre des cinq cibles suivantes : le contexte social et interpersonnel, les cognitions (images, représentations, fantasmes, pensées, croyances), les affects (et les émotions), les comportements et les sensations (Chambon, 1999).⁹

Elles utilisent des cadres conceptuels variés et différents en fonction des nombreuses formes de psychothérapies existantes (près de 400) et qui sont empruntés à la psychologie, à la sociologie, à la philosophie. Elles utilisent des méthodes thérapeutiques, de nature psychologique, également variées et différentes selon les formes. Dans le champ si complexe des psychothérapies, le temps des querelles de chapelles semble cependant révolu et de nombreux chercheurs travaillent à dégager au-delà des explications propres à chaque école, les faits, les bases communes et les facteurs spécifiques d'efficacité.

4.3.3 La thérapie cognitivo-comportementale

J. Cottraux a favorisé son introduction dans les années 80.¹⁰

Si la thérapie comportementale agit au moyen de mises en situation et d'expositions graduées aux situations provoquant une anxiété, les thérapies cognitives sont apparues comme un complément nécessaire à l'approche comportementaliste pure. Elles mettent l'accent sur l'importance des schémas inconscients de pensée chez l'être humain et la manière dont les schémas dysfonctionnels peuvent générer et/ou entretenir divers troubles mentaux.

En pratique, les professionnels formés à ces techniques mélangent les approches comportementales et cognitives dans un même projet thérapeutique dans le but d'améliorer l'efficacité.

Cf. Afforthecc - Association Francophone de **F**ormation et de **R**echerche en **T**hérapie **C**omportementale et **C**ognitive

4.3.4 La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)¹¹

C'est une psychothérapie cognitivo-comportementale reposant sur une théorie du langage (théorie des cadres relationnels). Cette théorie explique comment les modalités de fonctionnement du type particulier d'intelligence, que ses capacités langagières confèrent à l'être humain, impliquent inévitablement un niveau élevé de souffrance dans un large éventail de situations.

L'ACT cherche à favoriser l'acceptation des événements privés (pensées, images, sensations) désagréables dans les situations, où leur évitement conduit soit au renoncement, soit à la persistance en fonction des valeurs choisies par l'individu. Le but poursuivi par l'ACT est une plus grande flexibilité comportementale.

⁷ G. Barbès-Morin, MD, P. Lalonde *La réadaptation psychiatrique du schizophrène* (2006)

⁸ R. P. Liebermann, *Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques*. Masson, Paris, 1991

⁹ O. Chambon *Les bases de la psychothérapie* (1999)

¹⁰ J. Cottraux, *Les Thérapies comportementales*, Masson, 1978

¹¹ Benjamin Schoendorff, *Faire face à la souffrance. Choisir la vie plutôt que la lutte avec la thérapie d'Acceptation et d'Engagement*, 2009

1. Grille d'évaluation

Norme 1. La mission de l'établissement est fondée sur les valeurs d'espoir et d'autodétermination et exige le respect des droits des résidents

1.1 Les droits des résidents sont connus, respectés et exercés

Ce critère met en avant un aspect essentiel du processus de rétablissement en termes de responsabilité individuelle. Le résident doit pouvoir prendre des décisions concernant sa santé et son traitement, faire ses propres choix de vie et prendre des risques mesurés.

Dans ce sens, l'établissement doit aussi garantir le respect d'un certain nombre de droits aux résidents.

Certains d'entre eux se réfèrent à la législation cantonale en termes de droits des patients : droit à l'information, accès au dossier.

Le respect de certains de ces droits a été renforcé dans le cadre des modifications du Code civil suisse - Protection de l'adulte, droit des personnes et droit de la filiation (19 décembre 2008).¹²

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 entre en vigueur au 1^{er} janvier 2013.¹³

Dès lors, les inspections vérifient que le résident est associé, dans la mesure du possible, aux choix et orientations de prise en charge le concernant.

Des droits essentiels doivent être respectés comme :

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

Les inspecteur-trice-s étudient les protocoles concernés et le règlement de maison. Ils s'entretiennent avec les résidents et le personnel afin de vérifier l'application de ces droits.

1.2 L'estime personnelle est préservée par une apparence valorisée

Une attention particulière est portée à l'image corporelle du résident. Des moyens lui sont offerts pour préserver son estime de soi.

Lors des différents contacts, les inspecteur-trice-s sont attentifs à l'apparence des résidents (cheveux, ongles, peau, etc.) et au soin porté à leur hygiène buccale et dentaire. S'il y a lieu, les inspecteur-trice-s vérifient avec le personnel les actions mises en place et/ou les motifs expliquant une apparence « négligée ».

¹² Code civil suisse (protection de l'adulte, droits des résidents et droit de la filiation) Modification du 19 décembre 2008

¹³ Loi d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant du 29 mai 2012

1.3 La sphère privée et identitaire est respectée

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

La chambre étant le seul espace privé qui lui appartienne, le personnel doit respecter son espace avant d'y pénétrer. De la même manière, il respecte les effets et biens personnels des résidents.

Les inspecteur-trice-s sont attentives tant à l'attitude du personnel à cet égard qu'à la personnalisation de la chambre.

Hormis une contre indication, le résident peut disposer de la clé de sa chambre.

1.4 La vie affective et la sexualité sont reconnues

Divers travaux ont permis d'affirmer que le besoin d'amour et d'affection est un besoin fondamental de tout être humain. Ce besoin d'amour peut s'exprimer de différentes manières. L'amitié, la tendresse, la complicité, l'amour filial ou encore les relations sexuelles contribuent à l'équilibre physique et psychique de l'être humain.

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

Pour la population concernée, il faut également tenir compte que la modification du schéma corporel liée aux troubles psychiatriques et l'absorption de psychotropes peut avoir un impact sur la vie sexuelle et affective du résident.

Ce sujet est abordé avec le personnel et les résidents lors de l'inspection afin de prendre connaissance de la réflexion institutionnelle, de l'information et des moyens mis à disposition des résidents (par ex. contraceptif adapté).

Les inspecteur-trice-s vérifient que les informations sur la sexualité, la contraception, les infections sexuellement transmissibles sont accessibles : brochures, cours de prévention, etc.

1.5 Les interactions sont constructives et favorisent un climat social qui permet de développer des relations appropriées

Les inspecteur-trice-s portent un intérêt spécifique aux échanges et interactions entre les résidents et le personnel. Elles tiennent compte aussi des moyens mis en place pour favoriser l'échange. La réponse aux demandes, y compris non verbales, est empreinte d'empathie.

Il est observé que les interventions sont adaptées aux troubles présents chez l'interlocuteur et à ses besoins spécifiques.

Le personnel vouvoie, en principe, les résidents et utilise le prénom seulement à la demande du résident. Toute exception à cette règle est autorisée explicitement et doit être consignée dans son dossier. Le vocabulaire utilisé avec le résident évite toute familiarité et infantilisation.

1.6 L'organisation des repas correspond aux normes hôtelières et prend en compte les goûts individuels

Les normes hôtelières (vaisselle, rythme du service, présentation des mets normaux, hachés et mixés, décoration de table, aménagement de la salle à manger) sont respectées. Le mode self service est possible selon la clientèle.

Les mets (entrée, plat, dessert, café ou thé) sont servis les uns après les autres (séquençage). Par rapport à la vaisselle, il est recommandé d'éviter la vaisselle en plastique ou de type hospitalier (bol en inox, etc.).

Les horaires des repas en salle à manger assurent une répartition correcte sur la journée et sont socialement acceptables, au plus tôt dès 11h45 pour le dîner et au plus tôt dès 17h45 pour le souper. Les inspecteur-trice-s s'assurent que l'aménagement de ces lieux est approprié.

Afin de préserver l'identité du résident, les repas proposés tiennent compte de ses goûts et habitudes antérieures. Préférences, aversions, habitudes de consommation (culture, religion, etc), souhaits spécifiques sont consignés par écrit et mis à jour régulièrement.

Ces données sont transmises au personnel de cuisine.

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

2.1 Les prestations de soins sont accessibles

Les résidents bénéficient d'un suivi médical régulier tant sur le plan somatique que psychique.

Chaque résident consulte régulièrement son psychiatre. Un contrôle de santé chez un médecin généraliste est organisé au minimum 1x / année.

Le recours à des spécialistes (gynécologue, dentiste, ophtalmologue, etc.) est organisé selon les besoins.

2.2 Des mesures en matière de promotion de la santé et de prévention sont mises en place.

Afin de promouvoir la santé, l'établissement :

- propose des activités physiques et sportives régulières (balade, piscine, sport, etc.)
- organise des ateliers d'éducation à la santé (soin du corps, gestion du stress, alimentation, etc.)
- fixe les règles en matière de consommation de substances addictives (alcool, drogue, tabac, etc.). Cf. GREA | Groupement Romand d'Etudes des Addictions
- repère les risques de carences et excès alimentaires et fait des propositions en conséquence en collaboration avec le secteur de la cuisine.

Les établissements doivent faire appel annuellement à une diététicienne pour une analyse des menus et son rapport est transmis aux inspecteur-trice-s.

Les inspecteur-trice-s examinent les documents y relatifs et s'entretiennent avec le personnel afin de vérifier leur application.

2.3 La gestion des médicaments est conforme aux normes professionnelles

Afin de vérifier le respect de la législation en vigueur (art. 117 LSP et art. 35-41 de son règlement d'application), les inspecteur-trice-s vérifient que la préparation des médicaments est faite sur la base d'ordres médicaux signés. Les médicaments ne sont pas laissés sans surveillance. Il existe une pharmacie fermée à clé.

La préparation, la distribution des médicaments est conforme aux règles professionnelles (par exemple, les règles concernant le stockage et la gestion des stupéfiants).

L'administration est adaptée aux capacités du résident et aux risques liés à son entourage, par exemple le risque d'absorption d'un médicament ne lui étant pas destiné. Les inspecteur-trice-s vérifient que le personnel non qualifié distribuant les médicaments a reçu une formation ad hoc.

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

Norme 3. Selon la mission de l'établissement, des prestations sociales sont développées selon le modèle de rétablissement

3.1 L'intégration sociale et l'autonomie sont encouragés

L'intégration sociale de chaque résident passe par l'intégration de l'établissement au sein de la collectivité. Des moyens sont mis en place afin de favoriser les échanges entre l'établissement et son environnement.

Les résidents sont informés des ressources existantes dans la communauté et sont incités à les utiliser (centre administratif, club, bibliothèque, banque, lieux de culte, cafés, commerces locaux...).

Ils sont aussi encouragés à maintenir, développer ou retrouver leurs liens sociaux. Par exemple, participation aux événements locaux, sorties, vacances, invitations des proches à des manifestations organisées par l'établissement.

Des ateliers d'entraînement aux habiletés sociales, des entretiens motivationnels et autres programmes de réhabilitation (jeu de compétences, par ex.) sont mis en place. Lorsque les compétences le permettent, des stages ou emplois en entreprises sont proposés.

Pour certains résidents, les objectifs peuvent viser la réhabilitation voire la réinsertion sociale et professionnelle. Les moyens mis à disposition peuvent être alors un programme d'entraînement aux habiletés sociales avant une réinsertion progressive et assistée dans le monde extérieur.

Cf. GRAAP - Groupe romand d'accueil et d'action psychiatrique

L'environnement du résident, en particulier sa chambre, est aménagé pour pallier les déficits cognitifs. En effet, les travaux de DI Velligan¹⁴ ont démontré l'utilité, pour des patients ayant des difficultés à leur domicile, des techniques de compensation cognitive par le biais d'affichettes, de simplification des tâches, de suppression des stimuli inutiles.

3.2 Les habiletés socioprofessionnelles sont entraînées

L'établissement collabore avec des associations voire des entreprises afin de faire en sorte que les résidents puissent travailler en atelier d'occupation (interne ou externe) ou en atelier productif.

Des formations peuvent être suivies.

3.3 Des activités de loisirs et de développement personnel sont proposées

Complémentaires aux activités dites thérapeutiques, des activités de loisirs sont proposées aux résidents.

En effet, si une activité peut toujours être envisagée avec une visée thérapeutique, il est nécessaire de conserver des espaces où le plaisir de vivre le moment présent est le principal objectif.

Diverses activités de développement personnel sont proposées (art thérapie, relaxation, affirmation de soi). Les résidents participent à des activités créatrices en fonction de leurs intérêts et capacités.

L'offre est adaptée à leurs goûts et intérêts.

¹⁴ DI Velligan, *Use of environmental supports among patients with schizophrenia*, Psychiatric Serv., Février 2006

Norme 4. Des lignes directrices et des concepts sont définis et appliqués. Le dossier retrace la réalisation et l'évaluation des processus d'accompagnement.

Sur la base des observations et des résidents rencontrés, les inspecteur-trice-s examinent les dossiers individuels afin de trouver les liens entre l'accompagnement et sa traçabilité.

Concernant les documents de référence (protocoles), elles les parcourent afin de vérifier leur application. L'évaluation n'est pas modifiée par l'existence ou non de ces protocoles mais uniquement leur application retracée dans le dossier individuel.

4.1 Un concept général d'intervention est défini et déployé

L'établissement dispose et porte à la connaissance de ses collaborateurs un certain nombre de documents de référence. Ceux-ci fondent les valeurs et principes institutionnels.

Les documents demandés à l'institution en début d'inspection sont parcourus par les inspecteur-trice-s. Il s'agit en particulier du concept d'accompagnement, du concept de sécurité et du règlement de maison.

Pendant l'inspection, elles interrogent le personnel afin de vérifier s'il a connaissance de ces documents.

Une politique institutionnelle en matière de sécurité est fondée sur une analyse des risques potentiels. L'organisation du travail tient compte de l'évaluation des risques en particulier la nuit.

Lors de l'inspection, il sera vérifié l'affichage, dans les lieux communs ou celui du personnel, des instructions en cas d'urgence, notamment en cas de fugue, incendie, violence physique, etc. Le personnel bénéficie de formation sur la gestion de la violence.

Si l'état physique ou psychique du résident le nécessite, il doit pouvoir disposer d'un système d'appel (ou téléphone interne) ou de consignes écrites sur la surveillance renforcée.

4.2 Pour chaque résident, un projet d'accompagnement est établi. Il comprend un planning de soins et d'activités individuel, adapté à ses besoins, ses capacités et ses ressources.

Les inspecteur-trice-s consultent les dossiers des résidents et recherchent des éléments comme le parcours de vie, les intérêts personnels, les ressources et difficultés, le projet individuel, les observations régulières et interdisciplinaires, le suivi des entretiens de réseau et les entretiens thérapeutiques.

Le projet individuel, fixé en interdisciplinarité, permet au personnel d'ancrer son activité auprès du résident en lien avec un ou des objectifs fixés. Il donne du sens, un sens, à toutes les interactions avec le résident. Le projet individuel est élaboré en collaboration avec le résident et son réseau (répondant légal, proches, médecin).

Pour le résident, c'est l'assurance que le personnel tient compte de ce qu'il veut, peut et sait. Dans la mesure du possible, il est partie prenante de l'élaboration de son projet.

En lien avec les objectifs, les inspecteur-trice-s recherchent les moyens de mise en œuvre et les indicateurs d'évaluation. Ils vérifient que le suivi des objectifs est réalisé selon les délais fixés et que le projet est réévalué au minimum 1x/an.

Les inspecteur-trice-s vérifient aussi le fait que chaque résident dispose d'un planning d'activités qui découlent du projet individuel.

4.3 Les protocoles en lien avec les droits du résident sont appliqués de manière conforme au cadre législatif.

Sur la base des observations de l'inspection et des informations recueillies, les inspecteur-trice-s prennent connaissance des protocoles concernés par certains éléments du droit fédéral et cantonal relatifs aux droits de la personne.

En effet, comme déjà mentionné en page 9, la Confédération a entrepris une révision conséquente du Code Civil¹⁵ (CC ; protection de l'adulte et de l'enfant) qui a demandé au canton de Vaud de mettre en place une loi d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant (29 mai 2012). Cette loi entre en vigueur au 1^{er} janvier 2013.

Des thèmes se dégagent de cette révision, notamment :

- **Encouragement de la personne à disposer d'elle-même**
- **Personnes incapables de discernement**

1. Encouragement de la personne à disposer d'elle-même (art. 360 – 373 n-CC)

Parmi ces dispositions, nous retenons :

- **Mandat pour cause d'inaptitude art. 360 du Code civil**

1 Toute personne ayant l'exercice des droits civils (mandant) peut charger une personne physique ou morale (mandataire) de lui fournir une assistance personnelle, de gérer son patrimoine ou de la représenter dans les rapports juridiques avec les tiers au cas où elle deviendrait incapable de discernement.

2 Le mandant définit les tâches qu'il entend confier au mandataire et peut prévoir des instructions sur la façon de les exécuter.

3 Il peut prévoir des solutions de remplacement pour le cas où le mandataire déclinerait le mandat, ne serait pas apte à le remplir ou le résilierait

- **Directives anticipées art. 370 du Code civil¹⁶**

1 Toute personne capable de discernement peut déterminer, dans des directives anticipées, les traitements médicaux auxquels elle consent ou non au cas où elle deviendrait incapable de discernement.

2 Elle peut également désigner une personne physique qui sera appelée à s'entretenir avec le médecin sur les soins médicaux à lui administrer et à décider en son nom au cas où elle deviendrait incapable de discernement.

Elle peut donner des instructions à cette personne.

3 Elle peut prévoir des solutions de remplacement pour le cas où la personne désignée déclinerait le mandat, ne serait pas apte à le remplir ou le résilierait.

Ces deux aspects mettent en avant l'importance de l'autodétermination du résident et/ou de la personne désignée comme son représentant. Concernant les directives anticipées, les inspecteur-trice-s vérifient qu'elles soient rédigées, datées et signées par le résident.

¹⁵ Code civil suisse (protection de l'adulte, droits des résidents et droit de la filiation) Modification du 19 décembre 2008

¹⁶ Pro Mente Sana / Directives anticipées

2. Personnes incapables de discernement

Le nouveau droit accorde une protection accrue aux personnes incapables de discernement vivant dans des établissements de type résidentiel.

Parmi ces mesures, on relève certains principes qui existaient déjà dans la législation cantonale comme :

- **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.

- **Mesures de contrainte - art 23d de la LSP vaudoise – (révisée au 29.05.12) ¹⁷**

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.

3 Abrogé.

Afin de respecter le principe de proportionnalité, la liberté de mouvement (surveillance électronique, fermeture des portes et les entraves telles que des liens ou des barrières visant à éviter les chutes) ne peut être limitée que si des mesures moins rigoureuses ont échoué.

La CIVESS distingue les mesures de contrainte des contrats/cadres thérapeutiques.

Dans les situations où la restriction est acceptée par le résident, un contrat est établi et la mesure n'est pas considérée comme une contrainte. Néanmoins les contrats doivent être documentés de manière précise. De même, pour les cadres thérapeutiques imposés au résident.

Les inspecteur-trice-s recherchent dans les dossiers individuels si l'équipe interdisciplinaire a élaboré un descriptif détaillé du contrat/cadre, de ses évaluations et des conséquences prévues en cas de non respect.

Si des restrictions individuelles de liberté sont appliquées, elles ne doivent pas relever d'un caractère punitif et doivent faire l'objet d'un protocole.

Dans les cas où l'établissement héberge des résidents relevant du SPEN (Service Pénitentiaire), les inspecteur-trice-s consultent le dossier concerné afin d'y trouver les mesures sécuritaires concernant les restrictions individuelles fixées par le SPEN.

¹⁷ Loi modifiant celle du 29 mai 1985 sur la santé publique (adopté le 29 mai 2012 et entré en vigueur le 1.1.2013)

Comme prévu précédemment dans la loi cantonale, le Code Civil exige la tenue d'un protocole ne relevant pas obligatoirement d'un ordre médical signé :

- **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.

Toute mesure devant faire l'objet d'un protocole, les inspecteur-trice-s vérifient que celui-ci contient notamment le nom de la personne ayant décidé la mesure ainsi que le type et la durée de la mesure.

Il incombe à l'institution de décider qui est autorisé à ordonner la mesure limitant la liberté de mouvement : directeur, cadre, médecin. Il est vérifié également que la personne habilitée à représenter le résident dans le domaine médical ait été avisée de la mesure. La justification de la mesure doit être reconsidérée à intervalles réguliers.

Ces mesures peuvent faire l'objet d'un recours auprès de l'autorité de protection de l'adulte, en l'occurrence, la Justice de Paix dans le canton de Vaud :

- **Intervention de l'autorité de protection de l'adulte - Art. 385 du Code civil**

1 La personne concernée ou l'un de ses proches peut, en tout temps, en appeler par écrit à l'autorité de protection de l'adulte au siège de l'institution contre la mesure limitant la liberté de mouvement.

2 Si l'autorité de protection de l'adulte constate que la mesure n'est pas conforme à la loi, elle la modifie, la lève, ou ordonne une autre mesure. Si nécessaire, elle en informe l'autorité de surveillance de l'institution.

3 Toute requête sollicitant une décision de l'autorité de protection de l'adulte doit lui être transmise immédiatement.

- **Appel au juge - Art. 439 du Code civil**

1 La personne concernée ou l'un de ses proches peut en appeler par écrit au juge en cas:

1. de placement ordonné par un médecin;
2. de maintien par l'institution;
3. de rejet d'une demande de libération par l'institution;
4. de traitement de troubles psychiques sans le consentement de la personne concernée;
5. d'application de mesures limitant la liberté de mouvement de la personne concernée.

2 Le délai d'appel est de dix jours à compter de la date de la notification de la décision. Pour les mesures limitant la liberté de mouvement, il peut en être appelé au juge en tout temps.

3 Les dispositions régissant la procédure devant l'instance judiciaire de recours sont applicables par analogie.

4 Toute requête d'un contrôle judiciaire doit être transmise immédiatement au juge compétent.

4.4 Le protocole de prévention et gestion de la violence ou la démarche institutionnelle est appliqué de manière conforme

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

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

On peut citer, par exemple, la formation à l'utilisation de l'échelle d'observation des comportements agressifs (EOCA) :

« L'absence d'une définition claire de la dangerosité et de la violence en psychiatrie, ainsi que le constat d'échec général des outils de prédiction ne doivent pas interrompre le développement du management des risques dans l'institution. Nous proposons l'utilisation d'une **échelle d'observation des comportements agressifs** qui s'inspire largement du modèle de l'OAS (Overt Aggression Scale) développée par Yudofsky et ses collaborateurs. Il s'agit d'améliorer la qualité de l'observation infirmière et, ce faisant, d'utiliser l'OAS comme un médium pluridisciplinaire d'une part, et comme outil de communication avec le patient concerné, d'autre part. Entre banalisation et stigmatisation, nous restons attentifs au besoin de sécurité du personnel soignant et aux risques d'exclusion des patients "dérangeants" ». ¹⁸

Des conditions d'admission et ou de transfert sont définies en fonction de l'analyse des risques. Le règlement de maison, diffusé systématiquement aux résidents et aux collaborateurs, en fait mention.

Pour le résident pouvant présenter un danger pour lui-même ou pour autrui, des restrictions individuelles sont fixées.

4.5 Le protocole de prévention des comportements suicidaires ou le dispositif institutionnel est appliqué de manière conforme

Le suicide existe depuis toujours et se retrouve partout dans le monde. Les causes n'ont jamais vraiment changé : on se suicide pour cesser de souffrir.

Prévenir le suicide ce n'est pas essayer d'empêcher quelqu'un de mourir (confrontation) mais de l'aider à trouver du sens à sa vie (saisir ce qu'est le résident au delà de sa souffrance)

En institution d'hébergement psychiatrique, il est important de s'en préoccuper car la maladie mentale est un facteur de risque important mais pas la cause.

Les équipes d'accompagnement devraient pouvoir repérer les comportements suicidaires grâce à des outils comme le **RUD** = évaluation des Risques, de l'Urgence et de la Dangerosité. Cet outil se base notamment sur le modèle de compréhension et d'évaluation de la crise suicidaire développé par M. Séguin et J.-L. Terra. ¹⁹

Dans ce sens, des formations comme « *Faire face au risque suicidaire* » ²⁰ sont vivement encouragées. Cette formation est proposée dans le cadre du programme *Lutte contre les conduites suicidaires* précisée dans le rapport « *Politique de santé mentale, plan d'actions 2007 – 2012* ». ²¹

La formation du personnel s'inscrit dans un **dispositif institutionnel** plus large qui devrait comprendre :

- Finalités et logiques d'intervention (pourquoi, comment, qui)
- Responsabilités et champs de compétences des différents acteurs
- Type de démarche et d'intervention
- Ressources disponibles et public cible
- Procédures formelles et administratives

¹⁸ L'Ecrit no 33, revue du DUPA, novembre 2000

¹⁹ J.-L. Terra, *Prévenir le suicide : repérer et agir* (décembre 2003)

²⁰ *Faire face au risque suicidaire* (Unil)

²¹ *Politique de santé mentale, plan d'actions 2007 - 2012* (novembre 2008)

4.6 Le protocole ou la démarche institutionnelle d'évaluation et régulation de l'état nutritionnel est appliqué de manière conforme

Les résidents sont pesés régulièrement (au min. 1x par mois) et une courbe pondérale est tracée. Pour améliorer la lisibilité des courbes de poids, une histoire pondérale ou le poids d'entrée doit être présent sur le support de cette courbe.

Les prises ou pertes de poids anormales doivent être identifiées et traitées. Le cas échéant, des mesures correctives sont prises et documentées dans le dossier individuel du résident.

Le cas échéant, des outils tels qu'une évaluation nutritionnelle et une feuille de suivi sont utilisés. Le bilan des facteurs de risque de dénutrition sont connus et utilisés par le personnel.²²

Le suivi et l'évaluation des mesures correctives sont mentionnées dans le dossier.

Si l'équilibre alimentaire est menacé (par les goûts et aversions d'un résident ou par les effets de son traitement médicamenteux), une réflexion sur les modifications à apporter à l'offre alimentaire est à mener.

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

5.1 L'encadrement des collaborateurs est assuré et les ressources à disposition sont connues et utilisées

Le personnel d'encadrement bénéficie de formation dans le domaine de la gestion d'équipe. Il assure le suivi des collaborateurs par le biais des entretiens d'appréciation réguliers. Les collaborateurs peuvent bénéficier de supervision et/ou analyse de situation.

Le personnel dispose de ressources internes ou externes pouvant être mobilisées en cas de situation de crise.

Il connaît et mobilise les équipes mobiles (psychiatrie de liaison, psychiatrie de l'âge avancé, soins palliatifs, Dispositif de Collaboration Psychiatrie Handicap Mental - DCPHM).

5.2 La politique du personnel encourage la formation

L'amélioration continue des compétences du personnel constitue l'un des facteurs essentiels d'évolution de la qualité des prestations d'un établissement.

Dans ce sens, l'établissement met en œuvre un plan annuel de formation, visant à consolider l'existant et accompagner les changements. Il tient compte des besoins des résidents hébergés tant sur le plan psychique que somatique.

Dans un souci de perfectionnement collectif, des formations sont organisées intra-muros et dans un souci d'ouverture des cours peuvent être suivis à l'extérieur.

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

5.3 La collaboration interdisciplinaire y compris avec les proches aidants se concrétise régulièrement

L'interdisciplinarité implique l'ensemble des intervenants ayant une action directe ou indirecte auprès du résident, qu'ils soient des professionnels de l'établissement ou des partenaires du réseau, y compris les proches aidants.

Les inspecteur-trice-s vérifient la concrétisation de l'interdisciplinarité au travers :

- Des colloques dans lesquels les différents secteurs sont représentés
- Le travail en référence et co-référence
- L'élaboration des projets individuels
- La rédaction des concepts et/ou documents de référence

²² PAGE, groupe d'experts de l'alimentation et la nutrition de la personne âgée et Société Suisse de Nutrition [SSN](#)