

**Master of Advanced Studies HES-SO en Direction et Stratégie d'institutions éducatives,
sociales et socio-sanitaires**

Travail de Master présenté par Kris Ricchetti

Développements et perspectives pour une infrastructure « Polyhandicap-Autisme »

*Une réflexion sur le développement de prestations institutionnelles pour
l'accompagnement de personnes présentant des troubles du spectre de
l'autisme au sein d'une population polyhandicapée.*

Directrice de travail de Master : Marcelle Gay

**CEFOC, Genève
30 juin 2014**

Développements et perspectives pour une infrastructure « Polyhandicap-Autisme »

Une réflexion sur le développement de prestations institutionnelles pour l'accompagnement de personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme au sein d'une population polyhandicapée.

La Fondation Echaud est un établissement socio-éducatif vaudois accueillant depuis plus de 20 ans des personnes adultes en situation de polyhandicap.

En parallèle d'une évolution et d'une croissance s'étalant sur un laps de temps relativement court, elle fait face depuis quelques années à l'émergence de nouvelles problématiques au sein du public d'origine pour lequel la mission a été établie en 1993.

Ces nouvelles situations ont mis en évidence la nécessité d'une profonde modification de paradigme, de nature à influencer les stratégies de direction d'un établissement de ce genre, que ce soit en termes de définition d'une mission ou en termes de management.

De telles situations questionnent fortement le cadre institutionnel sous plusieurs de ces aspects avec, en toile de fond, la réalité cantonale vaudoise à ce niveau.

Ce travail propose une réflexion sur l'émergence de ces nouvelles problématiques, relevant ici essentiellement des troubles du spectre de l'autisme (TSA).

En retraçant en premier lieu l'historique de la Fondation et de ses évolutions au fil du temps, ce travail développe ensuite l'idée d'une infrastructure, basée sur l'existante ou nouvellement créée, adaptée aux différentes réalités en présence et aux besoins qui y sont liés.

Il propose au final différentes perspectives en ayant préalablement étudié les partenariats et collaborations possibles avec d'autres entités existantes et compétentes en la matière.

Remerciements

Je tiens ici à remercier sincèrement toutes les personnes qui m'ont aidé et soutenu tout au long de ce travail, que ce soit consciemment et concrètement, ou totalement inconsciemment :

Juliane, mon épouse, pour son indéfectible confiance en moi et ses mots d'encouragement.

Zélia et Solène, mes filles, pour le simple fait de leur existence et pour leur capacité à remédier naturellement à mes doutes et mes coups de blues.

Alban Resin, mon directeur, pour sa confiance et pour les opportunités qu'il m'a donné en me nommant à mon poste actuel.

Andrée Resin, ma collègue, pour son soutien et son inébranlable optimisme.

Merci à eux 2 également pour l'équipe que nous formons, pour tous les moments de réflexion, de partage et pour leur capacité à rendre un travail complexe incroyablement drôle, agréable et détendu.

Marcelle Gay, ma directrice de mémoire, pour la richesse et la pertinence de ses apports et pour sa bienveillance face aux difficultés inhérentes à ce genre de travail.

Mes camarades de formation, que ce soit ceux des 2 premières années ou ceux avec qui j'ai traversé ces 3 dernières années, pour leur richesse humaine et professionnelle. Un merci tout particulier à Ghiskan et Joël, pour leur amitié et pour leur solidarité, pour les expériences et les nombreux rires inoubliables partagés, relativisant grandement les tracasseries du quotidien professionnel.

Les résidents et résidentes de la Fondation Echaud, anciens et nouveaux, pour la profonde source d'inspiration qu'ils et elles ont représenté et représentent encore.

Un immense et sincère merci à eux !

Table des matières

Avant-propos	p. 1
1. Présentation de la Fondation Echaud et axes de la problématique	p. 2
Organigramme de la Fondation Echaud	p. 5
Types de handicaps présents	p. 6
Le polyhandicap	p. 7
L'infirmité motrice cérébrale (IMC)	p. 8
La maladie de Huntington	p. 8
Les Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA)	p. 9
Les comportements-défis	p. 10
Un exemple de situation réelle	p. 11
2. Analyse globale de la problématique	p. 14
3. Quelques éléments de statistiques	p. 16
4. Identification des ressources extérieures en termes de dispositifs et d'infrastructures	p. 20
L'Association Le Foyer	p. 20
La Fondation Les Perce-Neige	p. 20
La Section de psychiatrie du développement mental du CHUV	p. 21
L'Unité de psychiatrie du développement mental des HUG	p. 22
5. Développements et perspectives	p. 28
Compétences présentes et nécessaires chez les professionnels	p. 28
Axes de travail pour la direction	p. 29
Coûts	p. 33
Financements envisagés	p. 35
Partenariats	p. 36
Adaptabilité et positionnement institutionnel vis-à-vis des personnes accueillies, des familles et du Canton	p. 40
Positionnement et gestion de la communication	p. 44
Perspectives	p. 46
6. Conclusion	p. 48
Bibliographie	p. 50
Sites Internet	p. 51
Annexes	p. 52

Avant-propos

Mon idée d'un travail sur le développement d'une infrastructure mêlant polyhandicap et autisme est née de l'évolution identifiée du type de population admise au sein de la Fondation Echaud, dans laquelle j'exerce depuis 17 ans, dont 4 comme directeur adjoint.

Le terme d'admission est très particulier, car il peut à la fois définir un processus d'entrée, mais également relever d'une question d'acceptation. L'évolution dans la demande pour des personnes recherchant une place en institution a mis très fortement en évidence ces 2 sens du terme « *admission* ». En effet, pour entrer dans une institution, il faut répondre à des critères d'admission, le plus souvent définis par l'institution elle-même, mais parfois également par l'Etat. Mais qui dit admission, dit également, dans certains cas, exclusion. C'est le cas des personnes ne répondant pas strictement aux critères d'admission définis.

Ce sont justement ces questions de critères d'admission et d'exclusion en lien avec l'évolution perçue du type de population accueillie au sein de la Fondation Echaud qui m'ont mené à une réflexion plus poussée sur le développement de prestations institutionnelles spécifiques. J'avais d'ailleurs posé déjà quelques bases de ce genre de réflexions plus tôt dans la formation, lorsque j'avais imaginé un projet institutionnel visant à développer des prestations pour des personnes atteintes de la maladie de Huntington.

J'ai cette fois-ci orienté cette réflexion vers la particularité de la question des troubles du spectre de l'autisme (TSA), car il y a une forte émergence à ce niveau au sein de la population de type polyhandicapée « habituelle » de l'établissement, identifiée notamment au travers d'interpellations récurrentes et de grandes difficultés rapportées par les professionnels de terrain face à des situations auxquelles ils n'étaient pas préparés, voire même dont ils n'avaient jamais imaginé la possibilité au sein d'un tel public.

Plusieurs situations apparues dans l'établissement, en particulier avec des résidants ou des externes nouvellement admis, ont mis à rude épreuve les professionnels de terrain, parfois même jusqu'à la limite de « l'explosion » pour certaines équipes. De tels extrêmes ne sont pas anodins et dénotent surtout à mon sens une modification profonde de paradigme, influençant potentiellement les stratégies de direction d'un établissement, que ce soit en termes de définition de la mission ou en termes de management.

De telles situations sont donc de nature pour une direction d'établissement à re-questionner le cadre institutionnel, notamment au niveau de l'adéquation de l'admission de ce genre de situations et des conséquences qui s'ensuivent pour la structure en général, la gestion des ressources humaines, de la formation, etc.

1. Présentation de la Fondation Echaud et axes de la problématique

La Fondation Echaud voit le jour le 1^{er} septembre 1993. Elle est née du travail de parents d'enfants polyhandicapés et IMC, regroupés en une association dont le but était la création d'un lieu d'accueil pour leurs enfants au moment où ceux-ci deviendraient majeurs. La mission de cet établissement socio-éducatif est donc l'accueil et l'accompagnement de personnes adultes en situation de polyhandicap.

L'institution existe aujourd'hui depuis bientôt 21 ans et peut être considérée comme relativement jeune et de taille petite à moyenne en comparaison d'autres établissements socio-éducatifs du même genre dans le Canton de Vaud, autrement plus conséquents (Cité du Genévrier, Institution de Lavigny, L'Espérance, etc).

Si la capacité d'accueil était de 24 places à son ouverture, en internat uniquement à l'époque, elle a été portée à 26 en 1997, puis à 28 en 1998 (4 lieux de vie accueillant chacun 7 résidents). Elle est ensuite restée stable et inchangée durant presque 8 ans.

Sous l'impulsion du nouveau directeur, arrivé en 2004, ont été créés consécutivement :

- En 2007, un externat situé alors en dehors du site principal, aux abords de l'aérodrome de la Blécherette à Lausanne et d'une capacité d'accueil maximum d'environ 4 à 5 personnes.
- En 2007 également, un appartement dit thérapeutique, pour le différencier d'un appartement protégé, accueillant 4 personnes en ville d'Yverdon.

En 2008, l'externat a vu sa capacité augmenter à 10 personnes, 12 au grand maximum et a dans cette même année été rapatrié sur le site principal à Cugy. A cette occasion, bénéficiant de locaux le permettant désormais, l'externat a commencé à proposer la possibilité de 2 nuits par semaine aux externes.

En 2009, un second appartement a été ouvert, accueillant 3 personnes à l'ouverture, toujours sur Yverdon.

En 2012, suite à des problèmes insolubles avec le voisinage n'acceptant pas la présence de personnes en situation de handicap à proximité, un nouveau lieu est choisi ailleurs en ville d'Yverdon, dans une maison cette fois-ci, ce qui a permis en parallèle l'augmentation de la capacité d'accueil de cette structure, portant celle-ci à 4 places.

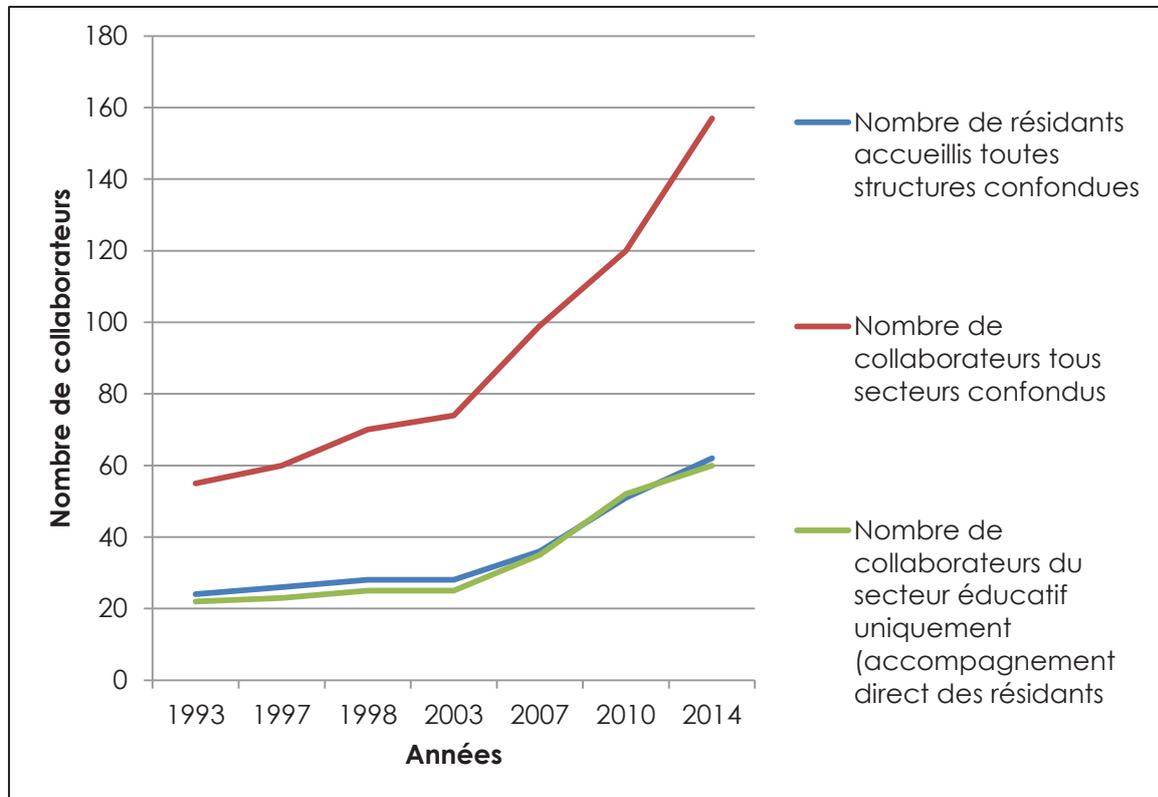
Léger flashback : en février 2009, débutent des travaux d'extension de l'institution, visant à créer 7 nouvelles places d'internat, pour un total visé de 35, 2 à 3 places supplémentaires d'externat (14 externes aujourd'hui) et une Unité d'Accueil Temporaire (UAT), pouvant accueillir, en urgence ou pour permettre une relève à des parents, jusqu'à 6 personnes, de manière limitée dans le temps : 1x 6 mois, renouvelable 6 mois supplémentaires si une solution d'accueil existe et est confirmée à l'issue de ceux-ci. Cette structure a également la possibilité d'offrir un accompagnement en soins palliatifs et/ou de fin de vie aux résidents internes et aux externes.

Les travaux se sont achevés, avec les grands déménagements y consécutifs, à l'automne 2010. Bien évidemment, là où la capacité d'accueil a augmenté, la dotation en personnel a dû suivre en conséquence :

- En 1997, l'institution comptait environ 60 collaborateurs.
- Le nombre total de collaborateurs, tous secteurs confondus, avoisine aujourd'hui les 130 (un peu plus de 100 postes équivalents plein temps, ci-après EPT).

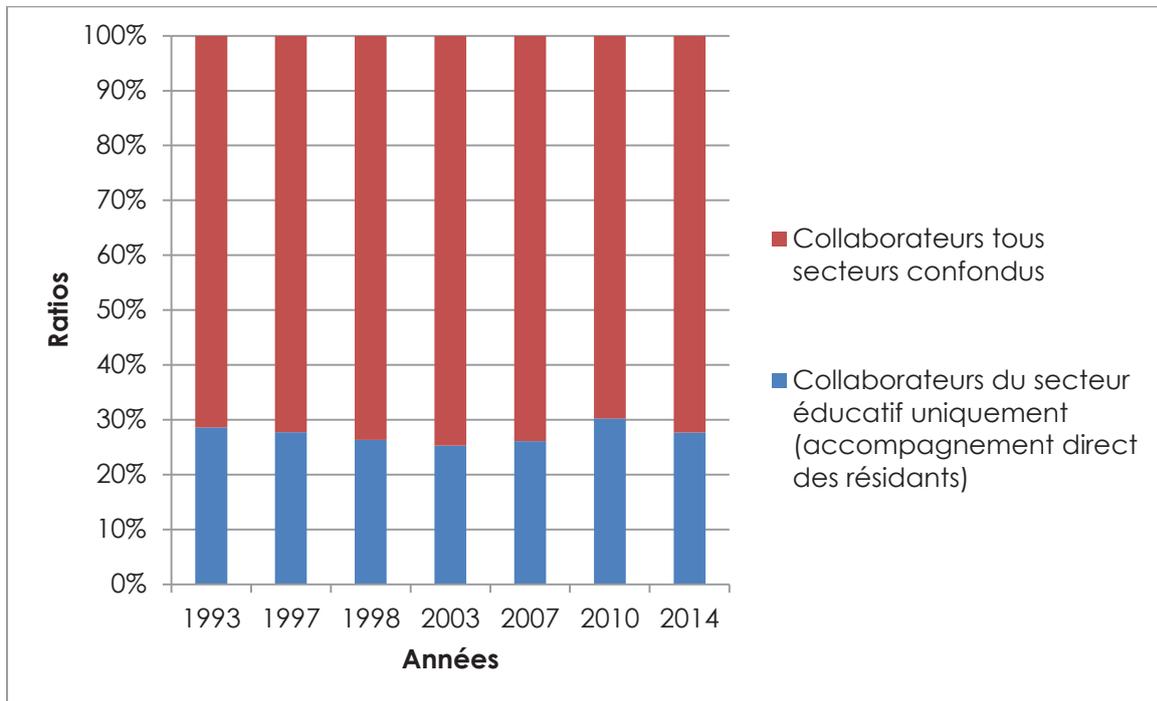
- Hors EPT, c'est donc un doublement de l'effectif total en l'espace de 16 ans, ce qui à l'échelle de cette institution est tout de même conséquent, en particulier en termes de management.

Le graphique ci-dessous image ces augmentations :



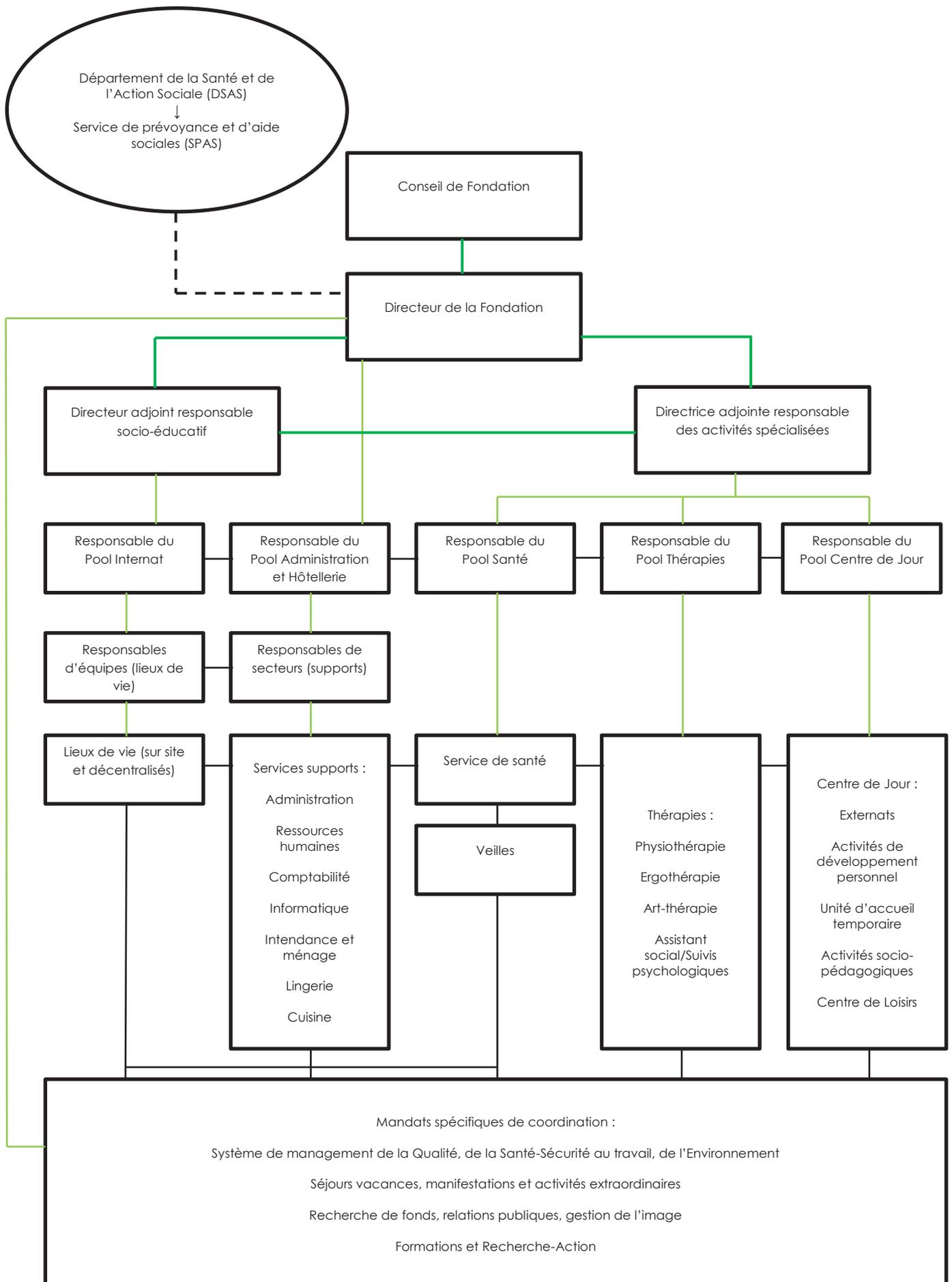
On peut constater que la courbe du nombre de collaborateurs du secteur éducatif suit la même évolution, voire se confond par moments, avec celle du nombre de résidents. Ce qui tendrait à démontrer que la dotation en personnel éducatif est bonne, voire très bonne, puisqu'il y a à l'approximation un ratio de 1 pour 1.

Le graphique suivant superpose de manière plus détaillée le nombre de collaborateurs du secteur éducatif uniquement sur le nombre total de personnes travaillant à la Fondation :



A la page suivante est présenté un organigramme simplifié de la Fondation Echaud, afin de mieux appréhender le fonctionnement global de l'établissement. Les liens en vert, plus prononcés pour les niveaux stratégiques, représentent les liaisons hiérarchiques directes.

Organigramme de la Fondation Echaud



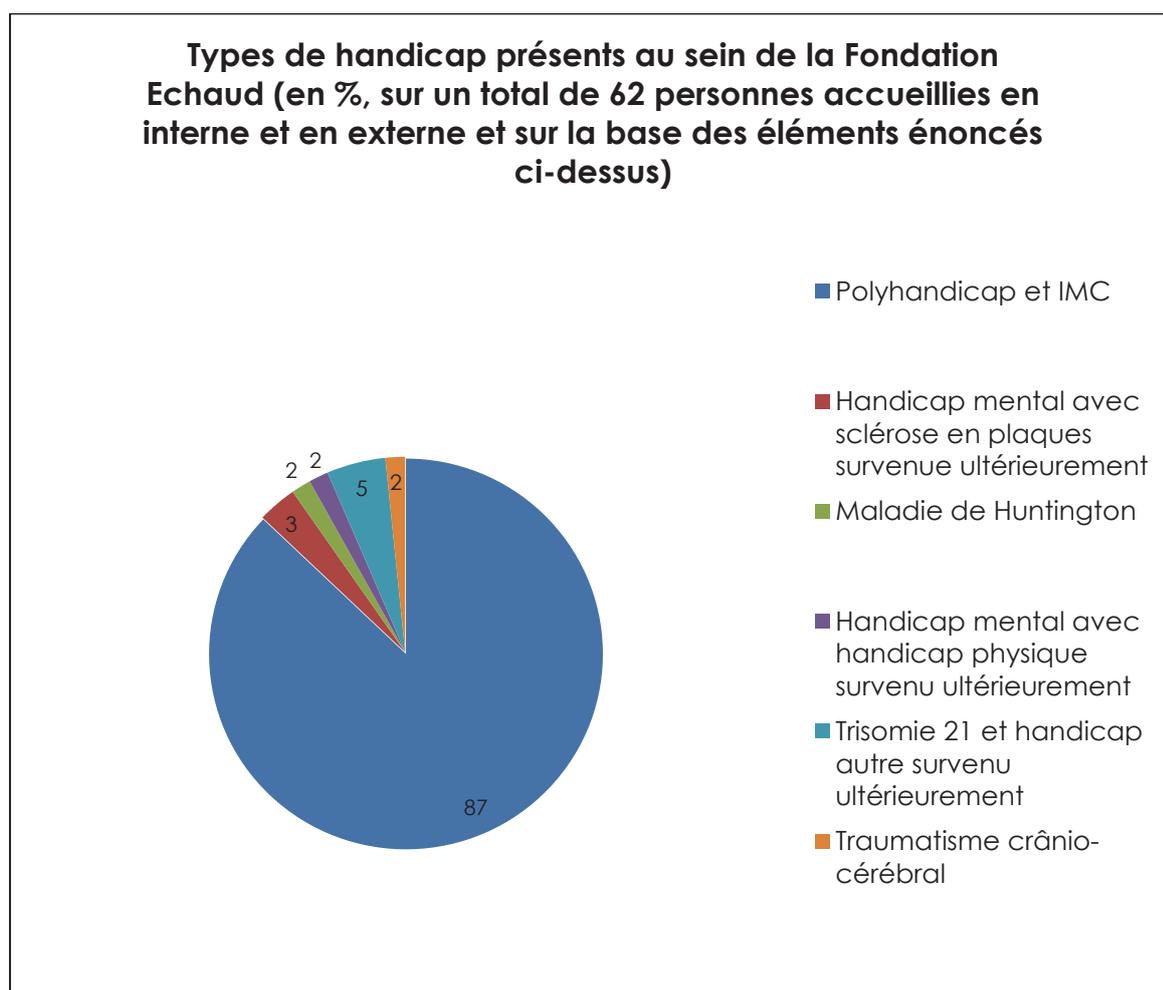
On peut considérer que l'institution, de par sa relative petite taille, sa philosophie d'accompagnement et sa disposition architecturale concentrée à l'origine, a toujours eu une dimension et une dynamique qui se voulaient familiales. La mission pouvait en parallèle être accomplie dans le cadre de ce qui avait été défini à sa création. La rapide expansion exposée ci-dessus a quelque peu mis à mal ces concepts, que ce soit au niveau du management ou au niveau de la mission.

Il faut également ajouter à ce dernier point que la population accueillie a évolué et que l'institution n'est désormais plus, depuis 3-4 ans, cantonnée à l'accueil et l'accompagnement de « simples » personnes en situation de polyhandicap et d'infirmité motrice cérébrale. Elle a par exemple accueilli dès 2010 des personnes présentant une trisomie 21 et s'étant retrouvées tétraplégiques suite à un accident ou à des complications de santé caractéristiques, des personnes présentant un handicap mental léger à moyen et une sclérose en plaques ou encore des personnes souffrant de la maladie de Huntington.

C'est en quelque sorte cet élargissement dans les critères d'admission qui a fait apparaître, ou plutôt qui a permis de percevoir, des troubles différents, jusqu'alors ignorés ou mal identifiés, tels que les Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) présents chez des personnes souffrant d'un handicap « classé » dans le polyhandicap.

Types de handicaps présents

Le graphique ci-dessous donne une représentation de la proportion des différents types de handicap présents aujourd'hui au sein de la Fondation Echaud :



Quelques commentaires s'imposent ici pour une meilleure compréhension, notamment concernant les mentions *handicap physique* ou *handicap autre* survenu ultérieurement.

Tout comme la mention avec *sclérose en plaques survenue ultérieurement*, le *handicap physique survenu ultérieurement* traduit une ou plusieurs situations où la personne accueillie présentait à l'origine « uniquement » un handicap mental plus ou moins léger et qu'un accident (chute, atteinte au niveau des vertèbres, etc) a eu lieu dans son histoire de vie, ajoutant donc à sa réalité un handicap physique plus ou moins important.

Dans le cas de personnes présentant une trisomie 21, la mention *handicap autre survenu ultérieurement* traduit les situations où la personne présente une atteinte au niveau neurologique, en lien avec son avancée en âge, telle que la maladie d'Alzheimer ou plus simplement une démence sénile, ce qui peut être courant dans ce type de population.

A noter que les situations définies différemment que par la mention *polyhandicap et IMC*, n'étaient donc pas des situations communément admises au sein de la Fondation à l'origine et qu'elles ne l'ont été que dès 2010.

Voici quelques définitions afin de mieux comprendre ces différences et de percevoir également quelques similitudes :

Le polyhandicap, terme datant des années 70, peut être défini comme suit : « La personne polyhandicapée est un être atteint de déficiences à expressions complexes et multiples sur un plan cognitif, moteur et sensoriel de façon grave. Le dysfonctionnement cérébral dû à une lésion ou à une mauvaise programmation génétique est non-progressive. Elle est définitive. La personne se trouve fortement diminuée dans ses capacités d'autonomie, ainsi que dans ses possibilités de perception, d'expression et de relation. Il se peut que des troubles du comportement soient aussi associés aux troubles moteurs et cognitifs, comme des stéréotypies, de l'auto-vulnérance, du repli. La personne polyhandicapée reste plutôt au niveau d'activités motrices de type réflexe qui, naturellement, ne permettent qu'un échange limité avec l'environnement. Au niveau des conséquences, c'est la dominance latérale provoquée par la lésion qui pèse le plus. Cela signifie que l'activité se concentre surtout sur un côté du corps, l'autre côté sera moins activé. Il s'en suit une asymétrie sur le plan musculaire et moteur. A la longue, cela empêche l'usage symétrique des mains et des jambes, ainsi que le positionnement central de la tête. Avec les années, cela provoque aussi des déformations du squelette qui peuvent nuire à la santé ». Les causes, aujourd'hui déterminées grâce à des diagnostics toujours plus pointus, en particulier au niveau génétique sont à 30% inconnues, à 50% prénatales, à 15% périnatales et à 5% postnatales.¹

Plus largement, « avoir un handicap, c'est être contraint à une réduction ou une incapacité totale à accomplir de manière attendue, « normale », un acte, une tâche, physiquement et/ou mentalement. Le handicap se trouve donc être le trajet entre le « à faire et le possible de faire ».² On peut également citer quelques handicaps ou déficiences physiques spécifiques tels que le handicap sensoriel (surdité, cécité, surdi-cécité, etc), le handicap moteur « simple » (paraplégie, tétraplégie, infirmité motrice cérébrale, etc) ou encore le handicap chronique (épilepsie, cardiopathie, mucoviscidose, etc).³

De même qu'au niveau physique, il faut pouvoir « graduer » le handicap mental. Ainsi, une personne présentant une déficience intellectuelle légère dispose de capacités d'apprentissage et d'autonomie réelles, une personne présentant une déficience intellectuelle moyenne rencontre des difficultés lors de l'apprentissage et dispose d'une

¹ Resin, A. (2009). *Pour que 3x1 ne fasse pas 2 !* (document de présentation pour formation interne). Cugy : Fondation Echaud, citant en partie : *La stimulation basale, le concept*, ed szh page 50

² Ibidem

³ Ibidem

autonomie relative et une personne présentant une déficience intellectuelle grave a très peu, voire pas du tout de possibilités d'apprentissage, ainsi que très peu ou pas d'autonomie. On peut également ajouter à cette liste de repères les personnes présentant une IMOC, c'est-à-dire une infirmité motrice d'origine cérébrale avec atteinte cognitive, qui est à distinguer de l'infirmité motrice cérébrale (IMC), citée plus haut.⁴

L'infirmité motrice cérébrale (IMC) est définie « *comme étant (...) due à des lésions survenues durant la période péri-natale* ». ⁵

A noter cependant que les personnes présentant des pathologies neurologiques dégénératives, comme la maladie de Huntington par exemple (voir par après), ou un retard moteur lié à une déficience intellectuelle, comme dans le cas de la trisomie 21 (voir également par après), ne sont pas à considérer dans la catégorie des personnes IMC.

*« Il s'agit d'un état pathologique (puisque non évolutif) non héréditaire comportant diverses atteintes neurologiques. Une cause exacte n'est pas toujours retrouvée mais elle est liée à la prématurité, l'hypoxie périnatale, les traumatismes cérébraux et l'ictère néonatal ».*⁶ Le degré d'atteinte neurologique peut être variable selon les cas.

Ces 2 notions, le polyhandicap et l'infirmité motrice cérébrale, englobent donc la majorité des personnes accueillies à la Fondation Echaud.

Parmi les autres types de problématiques énoncées plus haut, il me paraît également important de définir plus précisément ce qu'est la maladie de Huntington, car celle-ci intègre dans son tableau clinique des éléments relevant du comportement, éléments s'ajoutant au sein de l'établissement à ceux en lien avec les situations de TSA :

La maladie de Huntington, également appelée chorée de Huntington, est une maladie neurologique qui a également des implications d'ordre psychiatrique. Il s'agit d'une affection héréditaire, principalement caractérisée cliniquement par l'apparition progressive de :

- Troubles du mouvement, habituellement des mouvements involontaires choréiques.
- Déficits cognitifs évoluant vers une démence d'un type particulier.
- Troubles du comportement.

Cette maladie est relativement rare. A noter qu'il ne semble pas exister à ce jour d'étude épidémiologique spécifique pour la Suisse. Il est cependant possible d'extrapoler certaines données médicales qui suggèrent une prévalence de 3 à 7 cas pour 100'000 habitants dans les populations originaires d'Europe de l'Ouest, ce qui donne, pour la Suisse, une estimation comprise en 240 et 500 personnes. Il n'y a à priori pas de raison qu'il y ait des différences inter-cantoniales significatives. On parle, pour le Canton de Vaud de 20 à 30 personnes touchées. La maladie se déclare le plus souvent autour de l'âge de 40-50 ans, dans sa forme dite classique. La forme juvénile, lorsqu'elle apparaît autour des 20 ans, est très rare. On ne dénombre d'ailleurs qu'un seul cas de ce type sur le Canton de Vaud en 2012. Une personne souffrant de la maladie a 50% de chance de la transmettre à sa descendance. Son taux de pénétrance est lui de 100%: si elle est diagnostiquée, ce qu'il est aisément possible de faire, elle se développera à coup sûr.⁷

⁴ Resin, A. (2009). *Pour que 3x1 ne fasse pas 2 !* (document de présentation pour formation interne). Cugy : Fondation Echaud, se basant sur : Pilar Blanco 2008, *Critères diagnostiques de la déficience intellectuelle*.

⁵ Source : http://fr.wikipedia.org/wiki/Infirmité_motrice_cérébrale

⁶ Ibidem

⁷ Ligue Huntington Francophone Belge (2003). *Huntington : Maladie et Problématique. Manuel à l'intention des professionnels de langue française*. a.s.b.l

Je ne m'attarde pas ici à définir sur les différents autres types de problématiques et passe directement à celle des **Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA)**. Ceux-ci traduisent l'existence de différentes formes de troubles ayant tous en commun la difficulté dans les relations sociales et la communication. Des désordres sont présents et varient par :

- La sévérité des symptômes
- L'âge d'apparition
- L'association à d'autres troubles

On parle ici d'un continuum qui intègre également des aspects sensoriels.⁸

A noter également que « en 2010, la classification internationale des maladies par l'OMS regroupe les troubles du spectre autistique dans les troubles envahissants du développement.

Dans le DSM-IV, pour identifier un trouble autistique on décrit un ensemble de troubles affectant la personne dans les trois domaines suivants :

1. la communication (on observe des déficiences qualitatives) ;
2. les interactions sociales (on observe également des déficiences qualitatives) ;
3. les centres d'intérêt (on note qu'ils sont restreints, répétitifs, stéréotypés).

Mais si cette triade tend à être appliquée à la définition de l'autisme (...), elle reste représentative d'un spectre plus large que cette première définition. La notion de troubles du spectre autistique, introduite en 1988, permet d'inclure les autres troubles représentatifs de ces critères sans pour autant les confondre avec l'autisme infantile. On peut par exemple lire en 2008 dans le cadre de la neuropsychiatrie :

La classification internationale des maladies (CIM) publiée par l'OMS présente une classification des troubles du spectre autistique dans la rubrique (...) troubles envahissants du développement (...). Ils sont définis dans la classification internationale des maladies (CIM10) et dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV). Les catégories diagnostiques retenues incluent :

- l'autisme (CIM-10 : F84.0-F84.1)
- le syndrome de Rett (CIM-10 : F84.2)
- le trouble désintégratif de l'enfance (CIM-10 : F84.3)
- le syndrome d'Asperger (CIM-10 : F84.5)
- le trouble envahissant du développement non spécifié (CIM-10 : F84.9) ».⁹

⁸ Froidevaux, C. (2014). *Troubles du spectre de l'autisme* (document de présentation pour formation interne). Cugy : Fondation Echaud

⁹ Source : http://fr.wikipedia.org/wiki/Troubles_du_spectre_autistique

A relever également que « certaines affections connues et identifiées distinctement sont souvent associées à un diagnostic d'autisme, et contrairement aux maladies associées elles sont considérées comme une cause connue des troubles autistiques. C'est le cas des affections suivantes :

- Le syndrome de Rett, une maladie génétique¹⁰
- (...)

Dans l'ensemble, le fait de parler d'autisme dans ces cas n'est pas consensuel. Ainsi pour faire les comptes épidémiologiques le syndrome de Rett a été tantôt inclus, tantôt exclu des décomptes. Il est à noter que leur appartenance au spectre des troubles autistiques est actuellement en cours de discussion ».¹¹

Il est souvent question dans les situations de TSA de **comportements-défis**, terme apparu dans les années 80. Il s'agit de conduites de personnes se révélant être « de véritables défis à l'organisation des structures d'accueil et à l'intégration communautaire, plus particulièrement dans la nature des services permettant de répondre aux besoins de la personne qui présente une déficience intellectuelle ».¹²

De nombreuses conduites peuvent être considérées comme des comportements-défis. Les 3 plus couramment citées sont cependant :

- Les stéréotypies
- Les automutilations
- Les agressions, physiques et/ou verbales.¹³

En guise de conclusion de ces quelques définitions synthétisées, on peut constater que bien qu'il semble s'agir au demeurant de domaines très différents, le polyhandicap et les TSA se « rejoignent » sur certains points. Il n'est dès lors pas étonnant d'identifier de plus en plus souvent des situations de TSA dans un établissement spécialisé dans l'accompagnement de personnes polyhandicapées.

Si l'on se concentre uniquement sur la question des comportements au sein de la population accueillie, on peut relever qu' « un comportement peut être défini comme problématique ou perturbé si :

- Il ne correspond pas à l'âge chronologique de la personne ou à son niveau de développement;
- Il est dangereux pour la personne et/ou pour autrui;
- Il constitue un handicap additionnel pour la personne et interfère avec la réalisation de nouveaux apprentissages;
- Il empêche la personne de participer à des activités collectives et sociales;

¹⁰ « Le syndrome de Rett est une maladie génétique neurologique atteignant les filles et apparaissant après 6 et 18 mois de développement normal chez la petite fille. Le signe le plus distinctif du syndrome de Rett est entre autres la disparition des mouvements coordonnés de la main qui sont remplacés par des mouvements répétitifs stéréotypés ». Source : http://fr.wikipedia.org/wiki/Syndrome_de_Rett

¹¹ http://fr.wikipedia.org/wiki/Autisme#Autisme_atypique

¹² Cudré-Mauroux, A. (2012). Le personnel éducatif face aux comportements défis. Manuel de gestion du stress dans l'intervention auprès de personnes avec déficiences intellectuelles. De Boeck

¹³ Ibidem

- *Il génère un stress significatif pour l'entourage de cette personne et altère significativement la qualité de vie de celui-ci;*
- *Il est contraire aux normes sociales ».*¹⁴

Ces comportements peuvent être identifiés soit comme « bruyants » (auto-agressions, agressions, dommage aux objets, cris) ou « silencieux » (retrait, isolement, refus de contact).¹⁵

Les principales hypothèses que l'on peut établir sur la raison d'être de ces comportements sont :

- Une manifestation d'une douleur, d'un malaise physique
- Un processus de renforcement tangible
- Un besoin d'attention sociale
- Une stratégie d'échappement
- De l'autostimulation
- Un processus d'organisation du sentiment de soi
- Un besoin de maîtrise.¹⁶

Il est cependant possible de dégager quelques axes principaux de travail :

- *« Les causes sont généralement multifactorielles*
- *Différentes causes peuvent avoir le même effet; une même cause peut avoir des effets différents (principe d'équifinalité)*
- *Les effets peuvent devenir des causes*
- *L'expression des troubles, et les causes, changent avec l'âge et les tâches développementales liées à chaque étape de vie ».*¹⁷

Un exemple de situation réelle

La Fondation Echaud admet en 2012 une nouvelle résidente âgée de 21 ans. Celle-ci présente une affection génétique diagnostiquée à l'âge de 10 ans.¹⁸ Elle a suivi sa scolarité dans une école spécialisée jusqu'à sa majorité.

Le syndrome dont elle souffre se caractérise essentiellement par un retard mental et par des traits physiques caractéristiques. Au niveau du comportement, il est communément relevé le caractère joyeux des personnes présentant ce syndrome. La présence d'un handicap auditif, ou tout du moins une altération de l'audition, est très fréquente. C'est d'ailleurs le cas pour cette personne, qui est appareillé en conséquence. Elle entend bien avec ce dispositif, mais il est utile de communiquer avec elle en utilisant la langue des signes française (LSF), qu'elle maîtrise en partie.

¹⁴ Petitpierre, G. 2011. *Troubles graves du comportement & polyhandicap : parlons-en !* (présentation dans le cadre de la Journée d'étude du groupe romand sur le polyhandicap). Berne : CSPS

¹⁵ Ibidem

¹⁶ Ibidem

¹⁷ Ibidem

¹⁸ Dans un souci d'anonymisation, je ne donne pas ici plus de détails quant à la dénomination de l'affection en question.

Lors des démarches pour son admission éventuelle à la Fondation Echaud, cette jeune femme est présentée comme une personne gaie et attachante, en pleine phase de transition de l'adolescence à l'âge adulte. Elle se déplace en fauteuil roulant manuel, qu'elle propulse par ses propres moyens, mais a également la capacité, avec une surveillance et une aide plus ou moins soutenues, de se déplacer en marchant. Le fauteuil roulant est surtout pour elle très rassurant vis-à-vis de chutes potentielles. Celles-ci sont en lien avec l'épilepsie présente chez elle, quoique bien contrôlée par une médication adaptée.

Hormis les prestations d'accompagnement usuelles pour une personne répondant à ces différentes caractéristiques (activités en ateliers, physiothérapie, ergothérapie, etc), il est fait mention d'un suivi psychologique régulier, ce dans une optique d'accompagnement dans la transition des âges évoquées plus haut.

La jeune femme apparaît au demeurant comme une personne relativement autonome et avec de bonnes compétences tant cognitives que motrices et ne semble pas se trouver de prime abord dans la cible stricte des critères d'admission des personnes communément admises à la Fondation, beaucoup plus dépendantes dans l'ensemble. Aucun critère d'exclusion apparent n'est cependant présent et rien n'empêche une admission à la Fondation.

Elle intègre donc un lieu de vie de l'internat de la Fondation quelques mois plus tard et son acclimatation les premières semaines se déroule globalement bien. Au bout de quelques mois cependant, l'équipe éducative relève, au-delà de certaines difficultés inhérentes au décalage entre les différents besoins en accompagnement des résidents présents sur le même lieu de vie, des comportements problématiques chez la jeune femme : elle recherche perpétuellement le contact avec certains membres de l'équipe, au point de devenir très envahissante. Ce phénomène peut même parfois aller dans des extrêmes inquiétants, que ce soit verbalement ou avec une présence « asphyxiante » et avec parfois l'apparition de gestes agressifs, tels que des « agrippages » d'habits ou des griffures.

La tension monte au fil des semaines, l'équipe ne sachant pas comment se positionner vis-à-vis d'une telle situation, inhabituelle pour elle et surtout qui reste à ce moment-là globalement incompréhensible. La jeune femme s'oppose de plus en plus, notamment pour les activités qu'elle n'aime pas, mais recherche en parallèle toujours plus le contact, la relation rassurante avec le personnel éducatif. Elle en vient même, pour obtenir de l'attention, à frapper d'autres résidents, beaucoup moins autonomes qu'elle, pour ne pas dire totalement dépendant et ne pouvant donc ni se tenir à distance, ni simplement se protéger.

Après encore quelques semaines, la direction prend la situation en main, dans la mesure où l'équipe éducative est au bord de l'implosion face aux difficultés que représentent les comportements énoncés et qu'elle ne sait donc plus comment agir.

Bien que le syndrome décrit plus haut ne soit pas à proprement parlé placé dans le spectre de l'autisme, les comportements présents dans cette situation ressemblent énormément à des comportements-défis. Et sans que la jeune femme puisse être « classée » dans la catégorie des personnes présentant des TSA, tous les éléments réunis dans cette situation tendent à orienter les professionnels et la direction vers une compréhension et des interventions allant dans ce sens.

C'est à ce titre que l'aide de 2 intervenantes externes issues de la Fondation Les Perce-Neige et spécialisées dans les TSA, ainsi que celle du Dispositif Cantonal Psychiatrie Handicap Mental (DCPHM) sont sollicitées, afin de tenter de comprendre ce qui se passe et de dégager des pistes d'intervention possibles, tout en soutenant l'équipe éducative dans son travail, rendu encore plus complexe.

Un grand travail est alors effectué avec l'équipe éducative et tous les intervenants accompagnant la jeune femme, ceci incluant bien évidemment sa famille. Des hypothèses de compréhension sont émises et des pistes d'intervention sont proposées, l'une d'elle étant l'établissement d'une ligne d'accompagnement, d'un cadre éducatif strict, devant permettre de rendre l'environnement beaucoup plus prévisible pour la personne, la sécurisant et permettant de faire diminuer les comportements-défis, ceci en parallèle de l'introduction d'une aide médicamenteuse adaptée et une analyse plus poussée de l'épilepsie présente.

A noter qu'une telle démarche n'a pu être menée à bien, dans sa phase de préparation tout du moins, qu'après avoir fait hospitaliser la jeune femme quelques semaines en hôpital psychiatrique, suite à des pics de détresse psychique et d'agressivité qui rendait son accompagnement dans un établissement non-préparé totalement impossible. L'hospitalisation a été fortement demandée par la direction de l'établissement, avec le soutien de l'équipe du DCPHM, du médecin-traitant et avec l'accord de la famille.

Un peu plus d'une année après l'apparition des premières difficultés, la situation s'est stabilisée et l'accompagnement de cette résidente est désormais pensé sur la base d'éléments issus des pratiques courantes dans le milieu des TSA.

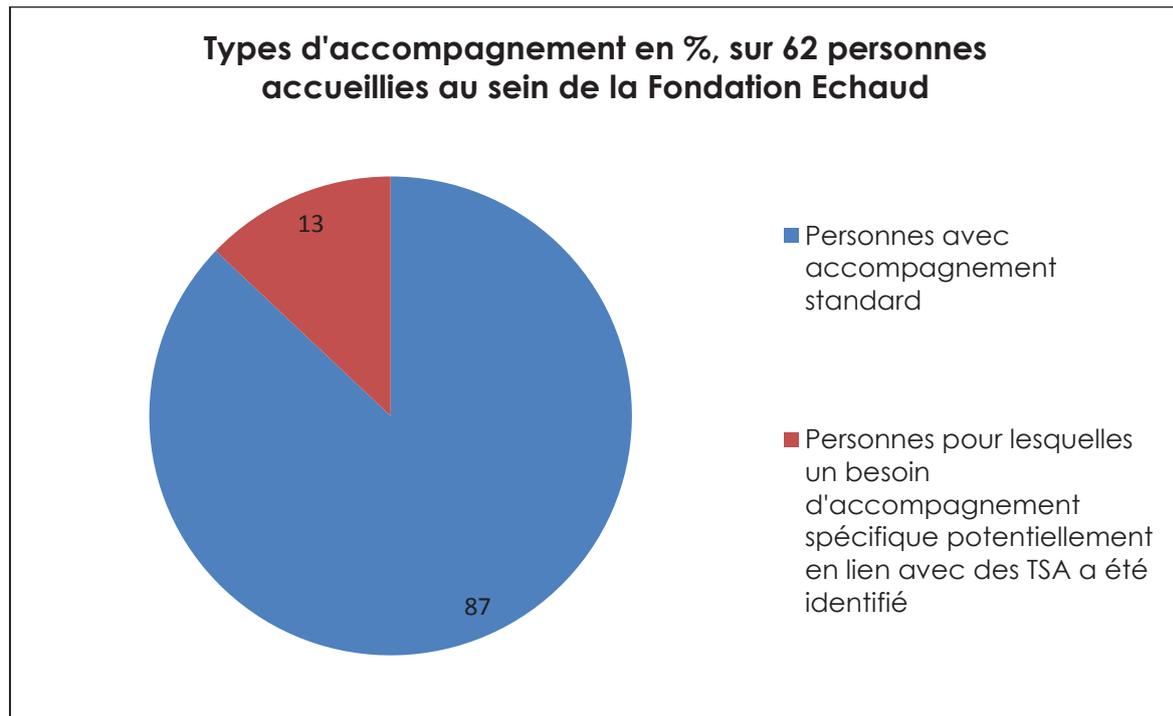
Cette situation a été très complexe à gérer pour l'équipe éducative, car elle était nouvelle, inattendue et englobait des domaines de compétences qui n'étaient pas présents à ce moment-là. Par extension, cela a mis en lumière pour la direction des problématiques globales quant à ces domaines de compétences justement, mais également par rapport à la mission de l'établissement et de son organisation en général, en lien avec l'évolution de la population accueillie au sein de la Fondation.

Il est dès lors devenu nécessaire pour la direction de se pencher sur un certain nombre de paramètres à modifier ou à faire évoluer, que ce soit en termes de management ou de stratégie et positionnement institutionnel. Cela posait également la question du devenir général d'une infrastructure en mutation et des défis qui se présenteraient en ce sens.

2. Analyse globale de la problématique

Comme présenté dans le chapitre précédent, les types de handicaps présents au sein de la Fondation peuvent être variés, ce qui implique également une nécessaire diversification dans les types d'accompagnement des personnes et de leurs problématiques.

Dans le cadre de la réflexion menée ici, le graphique ci-après illustre le nombre, sur les 62 personnes accueillies au sein de la Fondation Echaud à ce jour, pour lesquelles les professionnels ont identifié un besoin d'accompagnement spécifique, potentiellement en lien avec des TSA :



Cette proportion peut paraître a priori minime sur le nombre total de personnes accueillies. Mais la spécificité et la complexité des problématiques identifiées sont telles que cette proportion devient concrètement un véritable défi, car elle mobilise des ressources qui n'entrent théoriquement pas dans le cadre de fonctionnement habituel, car ces problématiques ne sont à l'origine pas prévues dans le périmètre de la mission de la Fondation Echaud.

Un autre élément qui entre ici en ligne de compte est l'hétérogénéité des personnes accueillies, comme on a pu le voir plus haut. De plus, ces personnes ne sont pas réparties par types de handicap : elles sont mélangées dans les différents lieux de vie et d'accueil. Ce paramètre est primordial, car il conditionne la prise en charge et l'accompagnement et met les professionnels face à des difficultés conséquentes d'ajustement : ils doivent en effet alterner entre un accompagnement que l'on peut qualifier de standard pour des personnes polyhandicapées ou en situation de polyhandicap et un accompagnement spécifique et ciblé dans le cas de problématiques d'ordre plus comportemental telles que l'on peut en trouver dans des situations relevant de TSA.

Le défi est donc ici double : il faut pouvoir former et accompagner les professionnels dans cet axe et faire cohabiter harmonieusement plusieurs types de handicap dans une même structure.

Il n'est dès lors pas interdit de poser en premier lieu une question somme toute assez évidente : ces personnes, dont le besoin en accompagnement est en plusieurs points différents de celui prévu par la mission même de l'institution sont-elles à la bonne place ? Ne faudrait-il pas envisager de les transférer dans une structure plus adéquate et adaptée au type de problématique dont il est question ? Ou faut-il au contraire imaginer que l'institution peut s'adapter à l'accueil et l'accompagnement de ces personnes ?

Si l'on se borne à une lecture basique du problème, il serait aisé de répondre par l'affirmative à la première proposition. Mais il convient cependant de prendre en compte nombre d'autres éléments annexes, afin de mener cette réflexion en profondeur. Parmi ces éléments, je mets en évidence les suivants :

- Les situations de TSA identifiées au sein de la Fondation le sont dans un cadre de comorbidité avec d'autres handicaps. Par exemple, le fait qu'une situation de TSA se présente chez une personne également physiquement handicapée, en fauteuil roulant, limite les possibilités. En effet, les établissements socio-éducatifs voient souvent leur adaptabilité définie en fonction d'une seule problématique ou de plusieurs peu éloignées les unes des autres dans leur définition et dans leurs besoins. La Fondation Echaud a ici clairement pris l'option de la « polyvalence » de ses prestations, s'éloignant en cela de sa mission d'origine.
- En lien avec cela également, la stratégie et la volonté de l'Etat, le Canton de Vaud dans le cas présent, de ne pas multiplier les différents types d'établissement socio-éducatifs, car cela impliquerait la création de nouvelles structures spécifiques et cela a clairement un coût beaucoup trop élevé aujourd'hui. Tout au plus l'agrandissement de structures existantes sera-t-il privilégié, car moins coûteux. Le Canton encourage donc les établissements voyant leurs populations évoluer à évoluer avec elles, tant dans leurs infrastructures que dans leurs modèles d'accompagnement. C'est autant le cas dans le genre de situations que je présente dans ce travail, que dans le cas du vieillissement des personnes en situation de handicap au sens large. C'est en tout cas la position que présente le Canton lors des séances de négociation de budget de ces 2 dernières années.
- Au moment de l'admission de ces personnes, même si la problématique n'était pas forcément connue, car parfois pas présentée au départ, la Fondation prend un engagement. Face aux difficultés à trouver un lieu d'accueil adapté, mais aussi et surtout avec des places libres, il est important de pouvoir se donner les moyens de mettre en place tout ce qui peut l'être, avant d'en arriver à un constat d'impossibilité de continuer dans telles ou telles conditions.

Si les situations de polyhandicap en général sont intéressantes à analyser et à prendre en compte, je mettrais l'accent dans le cadre de ce travail sur les situations de TSA.

3. Quelques éléments de statistiques

Avant d'entrer plus avant dans le sujet et dans l'identification de ressources extérieures en termes de dispositifs et d'infrastructures, il me paraît important de mettre en évidence certaines statistiques complétant plus largement, au niveau du Canton de Vaud, les données présentées plus haut. Se positionner sur des perspectives d'avenir et des développements de structure implique de se pencher préalablement sur le « passé », à savoir ce qui composera la population des établissements socio-éducatifs dans les années à venir.

Le premier tableau ci-après donne une vision globale des différents types de handicap présents parmi les élèves de l'enseignement spécialisé dans le Canton de Vaud en 2010 ¹⁹ :

Tableau 1

Handicap principal	Groupe d'âges								Total	
	0-4 ans		5 à 9 ans		10 à 14 ans		15 à 19 ans		0-19 ans	
	N	%PV	N	%PV	N	%PV	N	%PV	N	%PV
Handicap mental scolarisable	40	0.10%	79	0.21%	245	0.61%	203	0.46%	567	0.35%
Handicap mental éducatif	11	0.03%	54	0.14%	75	0.19%	100	0.23%	240	0.15%
Handicap auditif	17	0.04%	22	0.06%	34	0.08%	17	0.04%	90	0.06%
Handicap visuel	16	0.04%	21	0.06%	14	0.03%	14	0.03%	65	0.04%
Troubles du langage	40	0.10%	241	0.63%	254	0.63%	74	0.17%	609	0.38%
Troubles de la personnalité	12	0.03%	218	0.57%	287	0.71%	114	0.26%	631	0.39%
Troubles du comportement	21	0.05%	111	0.29%	176	0.44%	62	0.14%	370	0.23%
Handicap moteur	12	0.03%	33	0.09%	46	0.11%	36	0.08%	127	0.08%
Autres handicaps physiques	8	0.02%	11	0.03%	9	0.02%	7	0.02%	35	0.02%
Polyhandicap grave	8	0.02%	24	0.06%	28	0.07%	13	0.03%	73	0.05%
Total élèves	185	0.48%	814	2.14%	1168	2.89%	640	1.45%	2807	1.75%
N PV = population vaudoise**	38'295		38'031		40'365		44'084		160'775	

*Sans les élèves des classes de développement et sans les élèves des classes COFOP qui sont recensés par l'OPTI depuis 2004.

**Source : SCRIS : population résidente permanente par classe d'âges quinquennale, Vaud.

Dans le cas qui m'intéresse ici, on relèvera le taux d'élèves en situation de polyhandicap grave, représentant une des plus petites parties en présence, avec 0.05%. Le taux d'élèves présentant des troubles de la personnalité, comprenant les situations d'autisme, se trouve lui à 0.39%, ce qui en fait la plus grande part. A noter cependant que cette catégorie ne donne pas un détail fin des types de problématiques qu'elle englobe.²⁰

¹⁹ Commission cantonale sur les déficiences mentales et associées (2013). *Rapport final du GT « Besoin personnalisé et modèle institutionnel »*. Commission cantonale sur les déficiences mentales et associées du Canton de Vaud. Lausanne : Département de la santé et de l'action sociale.

²⁰ Ibidem

Le second tableau illustre le nombre d'élèves de l'enseignement spécialisé, jusqu'à l'âge de 20 ans, selon le handicap principal et le handicap associé dans le Canton de Vaud, toujours en 2010 ²¹ :

Tableau 2

Handicap principal	Handicap secondaire										Elèves (total)
	Aucun handicap secondaire	Handicap mental scolarisable	Handicap mental éduicable	Ouïe	Vue	Langage	Personnalité	Comportement	Handicap moteur cérébral	Autres handicaps physiques	
Handicap mental scolarisable	359	-	-	8	2	93	48	41	6	10	567
Handicap mental éduicable	138	-	-	7	5	41	21	17	13	7	249
Ouïe	82	2	1	-	1	2	-	-	1	2	91
Vue	47	-	-	5	-	2	2	2	13	7	68
Langage	406	8	-	-	1	-	45	137	36	8	611
Personnalité	347	23	10	3	-	110	-	128	6	4	631
Comportement	211	5	-	-	1	87	62	-	1	3	370
Handicap moteur cérébral	84	7	4	2	6	16	-	6	-	2	127
Autres handicaps physiques	19	2	-	2	1	5	4	1	1	-	35
Polyhandicap grave	32	-	-	1	10	2	1	-	1	26	73
Total	1'725	47	15	28	27	358	183	332	38	69	2'822

*Sans les élèves des classes de développement et sans les élèves des classes COFOP qui sont recensés par l'OPTI depuis 2004.

Si l'on s'intéresse ici uniquement à la ligne concernant le polyhandicap grave, on constate que sur 73 élèves au total, seul 1 apparaît dans la colonne des troubles de la personnalité des handicaps secondaires. Mais comme évoqué par ailleurs dans ce travail, on peut raisonnablement émettre le postulat que de tels troubles sont très difficilement identifiables dans les situations de « véritable » polyhandicap, avec des personnes ne bénéficiant de compétences de communication et de mouvements que très réduites.

Sur les lignes des troubles de la personnalité et de comportement, on relève néanmoins respectivement 6 et 1 élèves présentant un handicap moteur cérébral et 4 et 3 élèves présentant d'autres handicaps physiques, dont la nature n'est pas précisée exactement. On peut donc tout de même y voir l'existence, ou tout du moins l'émergence, d'un besoin en matière de réflexion pour des infrastructures pensant leur mission d'accompagnement sur ces 2 axes différents, mais parfois convergents.

²¹ Commission cantonale sur les déficiences mentales et associées (2013). *Rapport final du GT « Besoin personnalisé et modèle institutionnel »*. Commission cantonale sur les déficiences mentales et associées du Canton de Vaud. Lausanne : Département de la santé et de l'action sociale.

Le troisième tableau illustre le nombre d'élèves de l'enseignement spécialisé jusqu'à l'âge de 10 ans, selon les principaux types de handicap dans le Canton de Vaud en 2010 et met en évidence l'évolution entre 1976 et 2010 ²² :

Tableau 3

Type de handicap	1976	1980	1984	1988	1992	1996	2000	2004	2008	2010	Augmentation en % 1976-2010
Handicap mental scolarisable	221	195	208	238	277	386	455	507	557	567	157%
Handicap mental éduicable sur le plan pratique	334	320	299	294	318	299	306	264	270	249	-25%
Total-Handicap mental	555	515	507	532	595	685	761	771	827	816	47%
Langage	321	296	276	336	396	464	539	524	570	611	90%
Personnalité	120	166	197	253	281	367	540	588	645	631	426%
Comportement	149	93	154	141	267	294	399	429	401	370	148%
Autres types de handicap	370	265	251	274	395	389	446	464	453	458	24%
Ensemble des handicaps	1515	1335	1385	1536	1934	2212	2685	2776	2896	2886	90%

On constate ici l'augmentation, en 34 ans, du nombre d'élèves concernés par l'enseignement spécialisé, à hauteur de 90%, alors que l'augmentation, pour la même période, pour les élèves relevant de la scolarité obligatoire « normale » se monte à 19% seulement.²³

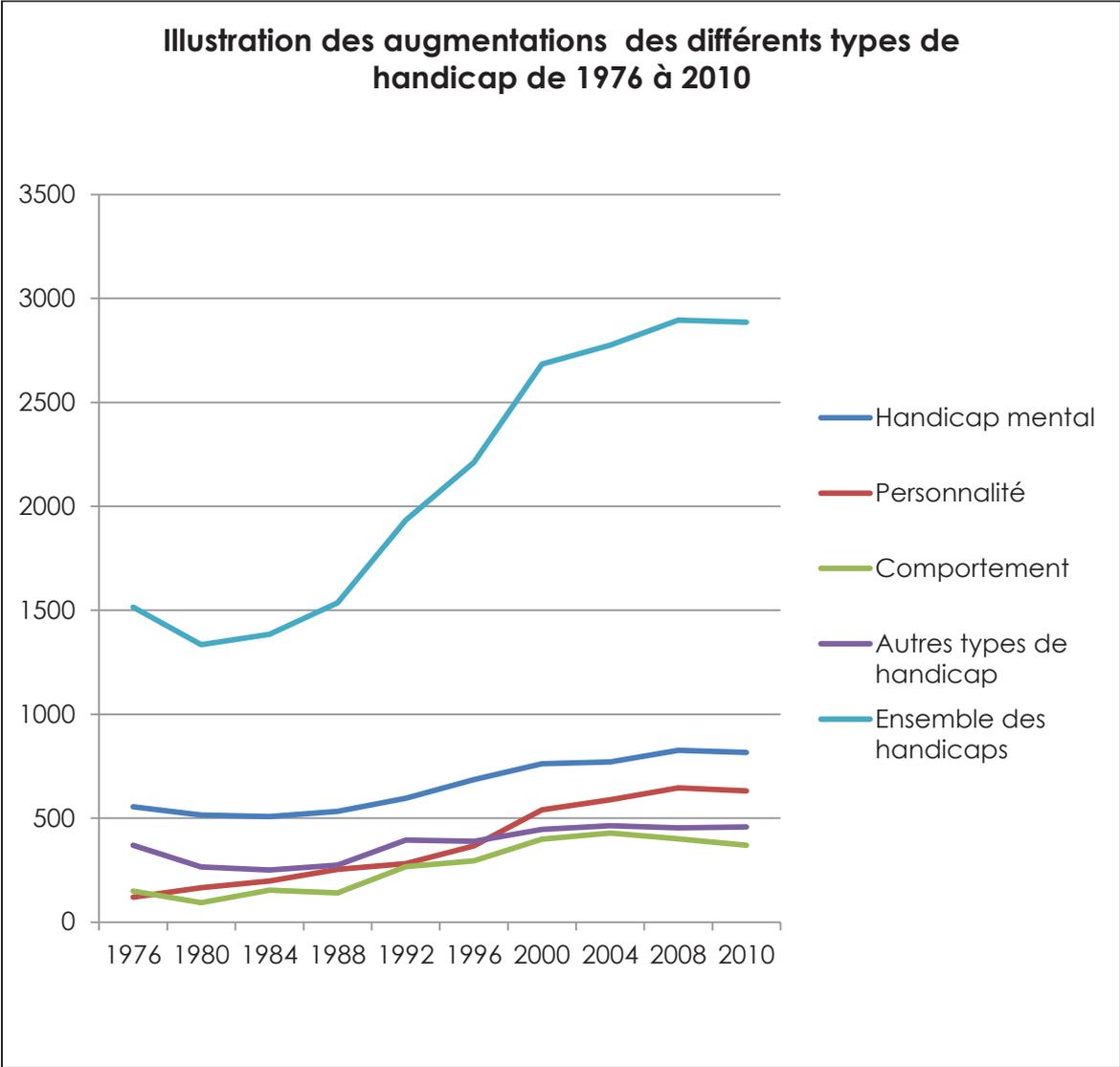
Le polyhandicap, que l'on classera dans la catégorie « Autres types de handicap », ne représente « que » 24%, alors que les troubles de la personnalité et du comportement montrent une augmentation très nettement supérieure, ce qui semble indiquer où se trouvent les défis et les besoins principaux de demain, notamment en termes de création d'infrastructures et de financement lié à celles-ci.

Le graphique en page suivante donne une illustration plus visuelle de ces augmentations.²⁴

²² Commission cantonale sur les déficiences mentales et associées (2013). *Rapport final du GT « Besoin personnalisé et modèle institutionnel »*. Commission cantonale sur les déficiences mentales et associées du Canton de Vaud. Lausanne : Département de la santé et de l'action sociale.

²³ Ibidem

²⁴ Sur la base de chiffres extrait de : Commission cantonale sur les déficiences mentales et associées (2013). *Rapport final du GT « Besoin personnalisé et modèle institutionnel »*. Commission cantonale sur les déficiences mentales et associées du Canton de Vaud. Lausanne : Département de la santé et de l'action sociale.



Bien que le handicap mental reste globalement majoritaire, on perçoit tout de même la « montée en puissance » des troubles du comportement, ce dès les années 1990, au même titre que la courbe globale illustrant l'ensemble des handicaps.

4. Identification des ressources extérieures en termes de dispositifs et infrastructures

Comme expliqué plus tôt, la Fondation Echaud se trouve aujourd'hui face à de nouveaux défis en matière d'accompagnement des résidents accueillis, mais également par extension face à un besoin de redéfinition de sa mission d'origine, qui a donc évolué au fil du temps.

Partant des postulats énoncés, il m'a semblé intéressant, pour ne pas dire primordial d'entamer une réflexion et une recherche sur les possibilités d'évolution de la structure. Et plutôt que de réinventer la roue, d'autant plus dans un domaine aussi spécialisé, il m'est apparu comme une évidence d'approcher différents dispositifs et structures œuvrant déjà dans ce domaine et à même de me fournir des pistes, voire des moyens de collaboration.

L'Association Le Foyer, à Lausanne²⁵

Le Foyer regroupe plusieurs structures :

- Le centre éducatif pour personnes aveugles ou malvoyantes intellectuellement handicapées
- L'Ecole pour Enfants Atteints d'Autisme (EEAA)
- La Structure éducative pour adolescents atteints d'autisme (STRADA)
- La Structure d'accueil parascolaire pour enfants et adolescents atteints d'autisme (SAP)

A l'origine, le Foyer accueillait ce que l'on appelait communément « les idiots du village », mais en fait plus précisément des personnes malvoyantes avec handicap mental. On constate aujourd'hui que sa mission et le type de personnes accueillies en son sein ont bien évolué. On notera au passage l'existence d'autres exemples similaires, tel qu'une unité d'accueil temporaire (UAT) se trouvant dans le Nord Vaudois, à la Fondation Entre-Lacs. Cette structure accueillera, dès 2015 théoriquement, des enfants présentant des TSA, mais également de enfants polyhandicapés et ce sur le même étage d'un bâtiment. De ce point de vue, il est important d'être attentif au lieu choisi et aux personnes vivant dans des espaces communs, mais également à la pose des diagnostics : tout cela oriente l'axe d'intervention. Cela pose également la question de l'homogénéité versus l'hétérogénéité. Il y a des pour et des contres ; c'est un choix important à considérer.

A ce jour, le Foyer a en quelque sorte le monopole en Suisse Romande concernant le type de personnes accueillies dans les différentes structures énoncées ci-dessus. Ce qui rend de mon point de vue cette structure intéressante, en lien avec mon travail, est l'évolution de la structure d'une part, mais en particulier le mélange des types de population et ce que cela implique au niveau de l'adaptation de l'accompagnement des bénéficiaires.

La Fondation Les Perce-Neige, Les Hauts-Geneveys (NE)²⁶

La Fondation Les Perce-Neige compte plusieurs domaines de compétences dont celui des TSA/TED. Ce dernier a été créé officiellement en janvier 2013 ; il est donc très récent.

²⁵ Sur la base de l'entretien du 21 octobre 2013 avec M. Ghiskan Sakhija, adjoint de direction de l'Association Le Foyer

²⁶ Sur la base de l'entretien du 24 janvier 2014 avec M. Martial Mischler, directeur du domaine de compétences TSA/TED de la Fondation Les Perce-Neige

Il touche 50 personnes atteintes d'autisme. A noter que certains secteurs de ce domaine de compétence peuvent accueillir un nombre de personnes n'entrant pas *stricto sensu* dans la définition de l'autisme. En ce sens, des réflexions ont été menées en termes de mutations internes de bénéficiaires, dans un but d'homogénéisation. Mais cela a posé très rapidement la question du degré jusqu'auquel il était possible d'aller.

Au niveau des structures déjà présentes ou à venir, on trouve :

- L'Espace de jour (à la sortie de l'école, des personnes mineures donc). C'est un projet et le domaine de compétence TSA/TED essaie de l'établir directement sur le site principal, afin d'éviter de devoir recréer de nouvelles prestations-supports, tels que les transports, la cuisine, etc. Une solution serait de pouvoir réutiliser des modulaires tels que ceux existant à la STRADA au Foyer. Ce qui démontre ici la possibilité et la pertinence de développer des collaborations étroites avec d'autres établissements, y compris dans d'autres cantons.
- Le « Time Out » (structure avec contenance), qui propose un environnement hypo-stimulant, dans une optique de dissociation entre le lieu de vie et le lieu de décompression.
- Les ateliers sur site, dépendant d'autres centres de compétences. Il y a là une volonté de croisement des outils spécifiques, tel que le PECS²⁷ par exemple, pour des personnes présentant des TSA. Mais il y a des résistances, car cela rend potentiellement plus flous les limites de compétences et de domaines d'activités. La volonté est également d'utiliser les ressources à l'interne de l'établissement pour la formation à ces outils.

Il est important de relever ici que pendant 45 ans, la Fondation Les Perce-Neige a accompagné exclusivement des personnes présentant un handicap mental ; les personnes présentant des TSA ont été intégrées progressivement.

L'Unité de psychiatrie du développement mental des HUG (UPDM)²⁸

L'Unité du développement mental (UPDM) des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) propose des soins à tout adulte souffrant de retard mental et/ou de troubles du développement ou de troubles de spectre autistique avec difficultés psychiques ou comportementales.²⁹

Le dispositif de soins est constitué de deux unités hospitalières, un hôpital de jour, une consultation ambulatoire, une équipe mobile et une structure intermédiaire (EPI-HUG).³⁰

L'UPDM compte dans son "giron" entre 300 et 400 patients, toutes structures confondues, ce dès l'âge de 15 ans. Il n'existe à ce jour pas de structure ouverte 365 jours sur 365. Les différentes structures sont :

- Les unités hospitalières : 18 à 20 lits, essentiellement pour des personnes présentant des comportements-défis.
- L'Hôpital de jour : 12 patients en continu, 40 au total en tournus.

²⁷ PECS pour : **P**icture **E**xchange **C**ommunication **S**ystem ; en français : Outil de communication par échange d'images. Il s'agit d'un programme de communication alternatif.

²⁸ Sur la base de l'entretien du 17 janvier 2014 avec Dr. Markus Kosel, médecin-adjoint, responsable de l'Unité psychiatrie du développement mental des HUG

²⁹ Plaquette de présentation de l'UPDM sur <http://developpementmental.hug-ge.ch/library/pdf/UPDMHDplaquette.pdf>

³⁰ Ibidem

- La consultation ambulatoire, qui effectue des évaluations psychiatriques, psychologiques, génétiques et sociales spécifiques au retard mental et TSA. Elle se charge également de suivis psychiatriques, psychothérapeutiques et pluridisciplinaires en individuel ou en groupe.³¹
- L'équipe mobile favorise l'intégration des personnes avec retard mental et autisme souffrant de troubles psychiatriques associés. Elle intervient aussi lors de situations de crise et apporte son soutien aux institutions socio-éducatives ainsi qu'aux familles, aux représentants légaux et/ou aux associations du réseau du retard mental.³²
- L'appartement : 6 personnes, encadrées par 5 soignants et 5 éducateurs.
- Lien et partenariat avec les Etablissements pour l'intégration (EPI) : 7 appartements accueillant 6 personnes (42 au total donc) et offrant des prestations élargies, telles que physiothérapie, ateliers, Espace Snoezelen, etc. Les personnes y présentent plutôt un handicap mental sévère ou des TSA.

L'UPDM accompagne donc la population la plus atteinte, avec un retard mental moyen à sévère et des troubles psychiatriques importants.

Dans le même domaine et plus proche de la Fondation Echaud, géographiquement et en termes de collaboration, se trouve **La Section de psychiatrie du développement mental du CHUV (SPDM)**³³ sur laquelle je souhaite m'attarder de manière plus approfondie, car elle constitue un élément important des axes de travail que je vais postuler plus loin dans ce travail.

Il est parfois nécessaire, même dans des structures spécifiquement prévues pour l'accompagnement de personnes présentant des TSA de faire appel à des dispositifs spécialisés dans le domaine de la psychiatrie, afin d'avoir un regard extérieur sur les situations et le cas échéant de pouvoir trouver d'autres outils que ceux existant déjà à l'interne. Ce genre de dispositif intervient généralement en deuxième ligne, à la suite et en parallèle du travail effectué par un médecin-psychiatre. Dans le Canton de Vaud, c'est la Section de psychiatrie du développement mental (SPDM) du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) qui a cette mission.

Jusqu'en 2011, on parlait plutôt de Dispositif cantonal psychiatrie handicap mental (DCPHM). Cette dénomination est désormais utilisée pour qualifier une des 2 équipes mobiles faisant partie de la SPDM.

Face à l'évolution de la population accueillie au sein de la Fondation Echaud et à l'identification de problématiques vraisemblablement en lien avec des TSA chez les personnes accueillies, l'institution a commencé à faire appel au DCPHM depuis un peu plus de 2 ans. D'une seule situation en 2012, le chiffre se situe, au premier semestre 2014, à 6 situations, toutes structures confondues, dont au moins 2 sont suivies de manière très soutenue du fait de la complexité de la problématique (voir par exemple, plus haut, l'illustration d'un exemple concret).

A noter que la SPDM compte également une équipe mobile pour les mineurs et adolescents. Elle a une mission clinique de soins et intervient dans tout le périmètre du Canton de Vaud. Il peut cependant rester peu clair pour les établissements socio-éducatifs que le périmètre d'intervention du SPDM est le handicap mental uniquement, avec tout ce que cela suppose comme marge d'ambiguïté, car il est relativement complexe de définir clairement ce que

³¹ Ibidem

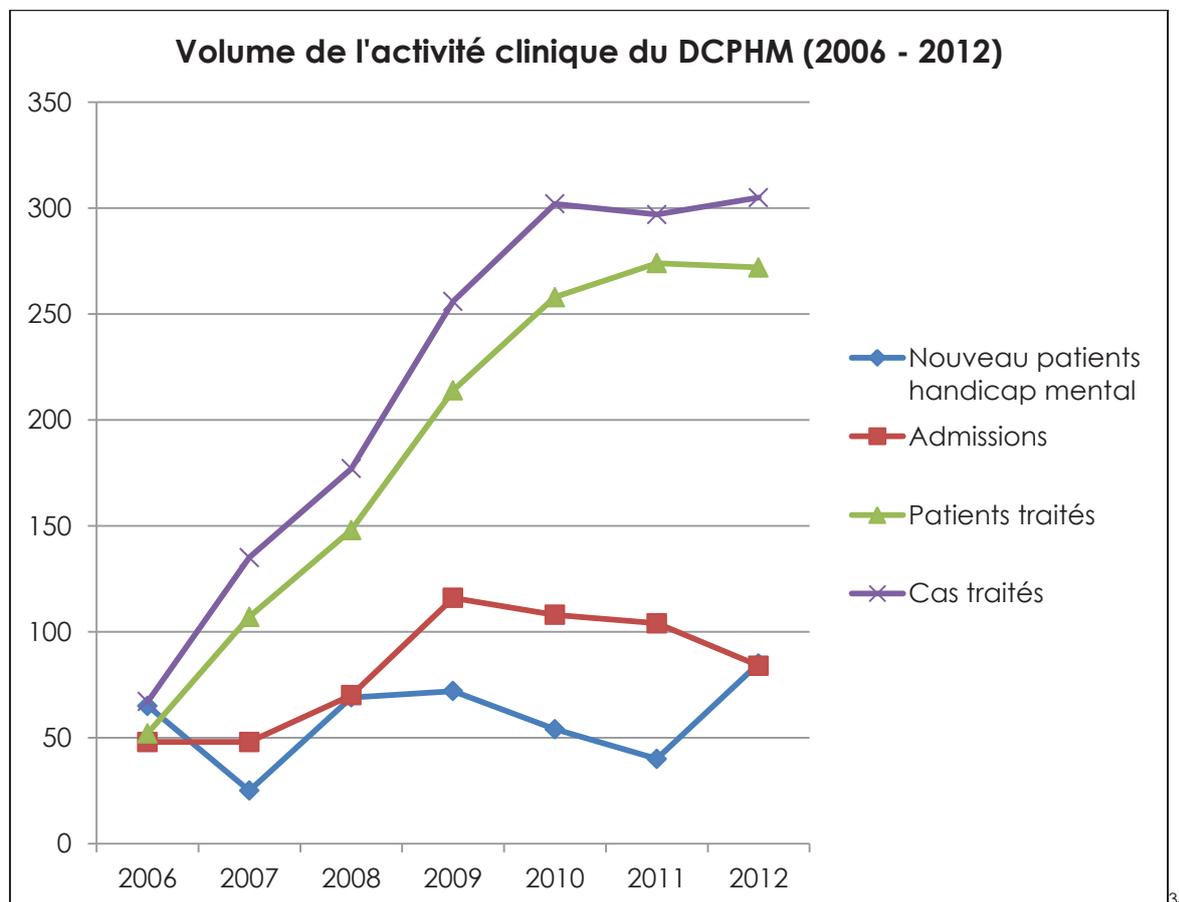
³² Ibidem

³³ Sur la base de l'entretien du 15 novembre 2013 avec le Dr. Jacques Baudat, chef de la Section de psychiatrie du développement mental du CHUV

l'on « classe » ou pas dans le handicap mental. La SPDM interviendra systématiquement dès qu'il y a un retard mental diagnostiqué, mais il ne sera pas considéré comme faisant partie de son périmètre d'intervention tout ce qui touche aux personnes qui ont des difficultés cognitives ou des troubles du comportement acquis à l'âge adulte, suite à une maladie neurologique ou d'autres problèmes de ce genre. En principe ces situations devraient entrer dans le périmètre du secteur de la psychiatrie de liaison du CHUV. Mais, de fait, ce secteur intervient difficilement, voire même pas du tout, dans des établissements socio-éducatifs tels que la Fondation Echaud.

La SPDM y intervient s'il y a une notion de retard mental et/ou de TSA. C'est cependant un fait qu'il y a une sorte de « double population » qui s'enchevêtre ici énormément. De surcroît, plus le retard mental est marqué, plus il est difficile de savoir si vraiment il y a un trouble autistique ou pas.

Les statistiques établies par la SPDM (ci-dessous) montrent une nette augmentation de la demande d'intervention entre 2006 et 2012, sur un mode très linéaire. Les besoins semblent donc augmenter, mais sans que le nombre d'intervenants ait suivi la même augmentation, d'où l'intérêt de faire évoluer le dispositif.



Comme souvent dans ce genre de cas de figure, on peut se demander si ce n'est pas l'offre qui crée la demande. Reste que des résultats sont visibles, comme cela a pu être le cas à la Fondation Echaud. Un des paramètres importants dans les demandes d'intervention est le besoin d'obtenir un regard extérieur et possédant une expertise qui n'existe pas forcément

³⁴ Source : DCPHM et base de données ADISSA CHUV

au sein d'un établissement socio-éducatif, au demeurant peu ou pas du tout préparé à l'accompagnement des situations spécifiques dont il est ici question.

Les éléments que j'ai pu réunir sur les interventions de la SPDM, tendent à démontrer que celle-ci n'intervient à ce jour que de manière très marginale dans les établissements socio-éducatifs spécialisés dans le polyhandicap, dans la mesure où cette dénomination va au-delà de la « simple » notion de handicap mental. Il n'est donc pas déraisonnable ni dénué de sens d'imaginer et de conceptualiser aujourd'hui un dispositif externe ou une évolution des prestations internes des établissements socio-éducatifs, visant à prendre en charge de manière ciblée et au moyen d'outils adéquats les situations de TSA « fondues » et « confondues » dans le polyhandicap.

On en revient ici à l'une des questions essentielles, déjà posée plus haut, lorsque l'on réfléchit à la conceptualisation de telles prestations est celle de l'hétérogénéité versus l'homogénéité des types de population accueillie ou de problématique identifiée. Que l'on fasse le choix de l'une ou l'autre de ces options, il se révèle relativement aisément des avantages, autant que des inconvénients.

De manière très schématique, il est possible de postuler un résumé de ces 2 options, ce de la manière suivante :

- L'homogénéité permet un accompagnement très ciblé et spécifique, mais n'offre que peu de souplesse et quasiment pas de « zones de répit » dans des situations très complexes. C'est une option potentiellement usante pour les professionnels de terrain et pour tout le dispositif.
- A l'inverse, l'hétérogénéité offre une plus grande souplesse dans l'accompagnement, mais ne permet pas de déterminer une approche unidimensionnelle et oblige la compétence à se diluer ; c'est une solution hybride qui est potentiellement aussi usante professionnellement que la précédente.

On peut cependant postuler en parallèle qu'en mettant un accent particulièrement marqué sur la formation et sur le développement de compétences spécifiques au sein d'une structure, il est possible d'opter pour l'une ou l'autre option, sans pour autant parvenir à éliminer totalement les inconvénients, mais tout du moins en tendant à les réduire de manière plus ou moins conséquente selon les moyens que la direction d'une telle structure se donnera.

Une hypothèse de travail pourrait également être de développer des structures hétérogènes, tout en ayant en parallèle un dispositif externe pouvant intervenir dans les situations particulièrement complexe. On en revient au modèle de la SPDM, mais pourquoi pas imaginer un tel dispositif existant au sein même d'un établissement socio-éducatif, avec des personnes précisément formées à cette fin ; une sorte d'équipe mobile interne spécialisée.

Ce genre de prestations peut bien entendu se développer de manière autonome au sein d'un établissement, mais il est important de ne pas exclure d'éventuels partenariats avec des dispositifs externes, telle que la SPDM et également avec des établissements qui ont déjà une connaissance et une certaine expertise de ce genre de situations, ou simplement spécialisée dans un domaine ou un autre qui serait représenté ici, comme les situations de TSA et pourquoi pas dans une perspective inter-cantonale.

La collaboration avec le corps médical est également primordiale, car elle permet, au même titre que les autres corps de métiers impliqués, d'orienter l'accompagnement, notamment au travers de la prise en charge médicale lorsque celle-ci est nécessaire.

Il faut donc pouvoir imaginer une prospection dans cette direction également, afin d'identifier et d'approcher des personnes susceptibles de se lancer dans ce genre de défis

on ne peut plus complexe, car il sort souvent du périmètre d'un suivi médical standard propre aux médecins-traitants.

Le tableau en page suivante synthétise les éléments ci-dessus et met en évidence différentes ressources identifiées et transposables pour une structure « Polyhandicap-Autisme » :

Nom de l'établissement/ du dispositif	Canton	Type de personnes accueillies/ concernées	Types de prestations offertes principalement	Ressources-clés identifiées en lien avec ce travail
La Cité du Genèvevri (Fondation Eben-Hézer) ³⁵	Vaud	Personnes adultes en situation de handicap (déficience mentale légère à sévère, polyhandicap, troubles du comportement importants à sévères)	Hébergement Accueil de jour Ateliers (y compris de développement personnel)	Pluralité des types de population au sein d'un même établissement Centre de compétences « Confort de vie » (polyhandicap), « Prévisibilité I » (troubles du comportement) et « Prévisibilité II » (TSA) Proximité géographique Etablissement socio-éducatif « cousin », dépendant du SPAS
L'Association Le Foyer ³⁶	Vaud	Adultes aveugles ou malvoyants intellectuellement handicapés Enfants et adolescent présentant des TSA	Hébergement Ateliers Ecole spécialisée Accueil parascolaire	Mixité entre 2 types de population distincts au sein d'un même établissement Spécialisation dans le domaine des TSA Proximité géographique Etablissement socio-éducatif dépendant en partie du SPAS
La Fondation Entre-Lacs ³⁷	Vaud	Enfants et adolescents présentant d'importantes difficultés d'apprentissage et/ou de développement en lien avec un handicap mental, des troubles instrumentaux, des troubles du comportement et de la personnalité	Enseignement et éducation spécialisés (2 structures distinctes) Accueil temporaire pour enfants et adolescents en situation de handicaps de natures multiples (projet en cours pour une ouverture en 2015)	Expérience issue de la création d'une unité d'accueil temporaire accueillant dans une même structure des enfants polyhandicapés et des enfants TSA Proximité géographique

³⁵ <http://www.cite-du-genevrier.ch/fr/genevrier/>

³⁶ <http://lefoyer.ch/>

³⁷ <http://www.entre-lacs.ch/>

La Fondation Les Perce-Neige ³⁸	Neuchâtel	Enfants et adultes (y compris en âge avancé) en situation de handicap mental, polyhandicap et/ou présentant des troubles du spectre de l'autisme	Hébergement Ecole spécialisée Ateliers (internes ou urbains/en entreprises)	Pluralité des types de population au sein d'un même établissement Domaines de compétences « Polyhandicap » et « TSA » Modèle institutionnel extra-cantonal
La Section de psychiatrie du développement mental du CHUV ³⁹	Vaud	Personnes handicapées mentales adultes souffrant d'une affection psychiatrique aigüe (trouble de l'humeur, de l'anxiété, démence, psychose ou toxicomanie)	Equipe multidisciplinaire mobile de liaison	Expertise et approches multidisciplinaires Proximité géographique Collaboration déjà existante
L'Unité de psychiatrie du développement mental des HUG ⁴⁰	Genève	Adultes souffrant de retard mental et/ou de troubles du développement ou de troubles de spectre autistique avec difficultés psychiques ou comportementales	Consultation ambulatoire Equipe mobile Hôpital de jour Appartement (structure intermédiaire)	Modèle de dispositif extra-cantonal Modèle de collaboration avec un établissement socio-éducatif (Etablissements Pour l'Intégration) Expertise et approches multidisciplinaires

³⁸ <http://www.perce-neige.ch/>

³⁹ http://www.chuv.ch/psychiatrie/dpc_home/dpc_infos/dpc_infos/organisation/dpc_pco/dpc_pco_dcpdm.htm

⁴⁰ <http://developpementmental.hug-ge.ch/>

5. Développements et perspectives

Compétences présentes et nécessaires chez les professionnels

Les professionnels accompagnant les personnes accueillies sur les différents lieux de vie sont au bénéfice de formations différentes, avec des niveaux de formation différents :

- Des éducateurs de niveau HES
- Des éducateurs de niveau ES
- Des éducateurs de niveau CFC⁴¹
- Des infirmières de niveau HES
- Des assistantes en soins et santé communautaires (ASSC, niveau CFC)
- Des personnes au bénéfice d'une attestation d'auxiliaire de soins, délivrée par la Croix-Rouge (pour les veilles uniquement)
- Des personnes en attente ou en cours de formation (fonction d'éducateurs non-formés).

Chacun et chacune a acquis au travers de sa formation et de ses différentes expériences sur le terrain des compétences générales et/ou spécifiques. Le fait de s'engager et d'être engagé dans tel ou tel établissement, avec telle ou telle population spécifique, oriente en quelque sorte les professionnels vers une certaine manière de faire, ce en fonction du public-cible, de la mission ou encore de la philosophie affichée d'accompagnement dudit public. Il est parfois compliqué de faire évoluer les acquis pour les professionnels déjà en place, ce qui est moins le cas lors de nouveaux engagements, contexte dans lequel la « nouvelle donne », l'évolution, peut être présentée et intégrée d'emblée.

Une fois la nouvelle orientation donnée par la direction de l'établissement, suite au constat de l'évolution du type de population accueillie, il convient d'adapter l'accompagnement. Et cette adaptation passe inévitablement à mon sens par la formation.

A ce titre, il est également primordial pour une direction d'établissement de mener une réflexion sur le devenir de la fonction d'éducateur au sein de l'institution, afin de pouvoir continuer de lui donner un sens et d'éviter une surmédicalisation. Car si ce qui relève de la santé et de l'intégrité physique des personnes accueillies, via les projets de soins, est importante, ce qui relève de l'accompagnement de la personne handicapée au sens large, en tant qu'actrice à part entière et ce qui relève des projets de vie ne l'est pas moins. Il convient donc de ne pas perdre de vue le sens et l'importance de la présence d'éducateurs au sein des établissements socio-éducatifs et de trouver des moyens pour rendre et maintenir ce travail attractif.

De ce point de vue, on peut dégager 3 options principales, qui peuvent être choisies indépendamment les unes des autres, mais qui peuvent surtout être complémentaires entre elles :

⁴¹ La Fondation Echaud ne fait à ce jour pas de distinction au niveau du cahier des charges des éducateurs, quel que soit le niveau de formation. Il existe cependant une différence au niveau salarial, ainsi que pour ce qui concerne la délégation de certains actes médicotechniques.

- L'adaptation de critères de sélection au niveau du recrutement de nouveaux professionnels : il s'agirait là de déterminer quel type de formation et quel niveau de formation minimum sont pertinents pour intégrer une structure accueillant un type de population multiple et complexe, comme c'est le cas pour le domaine du polyhandicap et les situations de TSA.
- L'incitation à la formation continue pour le personnel déjà en place, en mettant l'accent sur les professionnels travaillant sur des lieux de vie accueillant des personnes pour lesquelles des situations de TSA ont été identifiées et en proposant des formations externes ciblées, en fonction des besoins identifiés à nouveau.
- La mise en place de formations internes ciblées, répondant directement aux besoins des professionnels en place, en priorisant, comme ci-dessus, ceux travaillant dans le genre de situations évoquées plus haut.

Du point de vue de la faisabilité et des coûts, la première et la troisième option apparaissent comme les plus pertinentes et adéquates ici, car elles sont relativement aisées à mettre en place dans un laps de temps restreint et représentent une charge financière moindre, car elles peuvent en partie reposer sur une organisation déjà en place, le seul surcoût résidant à ce moment-là dans les honoraires d'un ou plusieurs prestataires externes de formation.

Axes de travail pour la direction

Le rôle de la direction de la Fondation devrait dès lors consister en :

- Bien comprendre et appréhender ce que sont les différentes problématiques en présence, que ce soit le polyhandicap ou les TSA. Cela peut se faire au travers de formations ou de contacts avec des partenaires externes, qui vivent ou ont déjà vécu de telles évolutions au sein de leurs propres structures.
- Répertorier ensuite les différents types et niveau de formation, ainsi que les compétences déjà présents au sein de l'établissement. Ceci peut être réalisé au moyen d'une matrice des polycompétences telle que celle-ci⁴² :

⁴² Cet exemple est fictif et ne reflète pas forcément une réalité effective. En effet, pour ne citer que cet exemple, une personne de formation ASSC peut tout à fait être à même d'accompagner dans le quotidien des personnes en situation de polyhandicap et des personnes en situation de TSA. Une telle matrice doit être composée sur la base d'éléments concernant le type et le niveau de formation du collaborateur, mais également des compétences qui auront été observées directement sur le terrain et au moyen d'outils d'évaluation du personnel.
Source : Système de Management de la Qualité/Santé-Sécurité/Environnement de la Fondation Echaud (2014).
Cugy : Fondation Echaud

				Lieu de vie 1 (polyhandicap uniquement)	Lieu de vie 2 (polyhandicap et TSA)	Lieu de vie 3 (personnes vieillissantes)
Nom et prénom	Activité	Rôle	Diplôme principal/ prépondérant	En vert : possède les compétences requises pour fonctionner sur ce lieu de vie		
				En blanc : ne possède pas les compétences requises pour fonctionner sur ce lieu de vie		
A	Educateur	Responsable d'équipe	Educateur HES			
B	Educatrice		Educatrice HES			
C	ASSC		CFC ASSC			
D	Educatrice		Educatrice ES			
E	Stagiaire		En formation			
F	Infirmière		Infirmière HES			
G	Veilleuse		Attestation Croix-Rouge d'auxiliaire de soins			

- En fonction des résultats obtenus, établir une liste des besoins en matière de formations complémentaires et de recrutement, pour les postes éventuellement disponibles et donc à pourvoir. On pourrait ici utiliser un outil tel que celui-ci⁴³ :

⁴³ Système de Management de la Qualité/Santé-Sécurité/Environnement de la Fondation Echaud (2014). Cugy : Fondation Echaud

Catégories de critères	Degré	Points	Explications	Evaluation de la fonction de : (nombre de points)
A. NIVEAU DE FORMATION	1	5	Sans formation particulière	
	2	10	Certificat fédéral de capacité (CFC)	
	3	20	Maturité	
	4	40	Diplôme spécialisé	
	5	80	Université, EPF, HES	
B. AUTONOMIE DE DECISION ET D'ACTION	1	10	Réalisation des tâches demandées par son responsable.	
	2	20	Réalisation des tâches courantes, de façon autonome.	
	3	30	Réalisation des tâches spécialisées et/ou des projets, de façon autonome.	
	4	40	Direction de l'ensemble des tâches d'un service.	
C. RESPONSABILITE DE GESTION ET D'UTILISATION DE MATERIEL	1	0	Aucune responsabilité sur les trois critères : matériel, personnel, budget.	
	2	10	Responsabilité I : peu importante sur les trois critères, ou moyenne sur un seul.	
	3	30	Responsabilité II : moyenne sur les trois, ou forte sur l'un des critères.	
	4	50	Responsabilité III : forte sur deux au moins des trois critères.	
D. COMPLEXITE DES TACHES	1	10	Tâches simples.	
	2	20	Tâches courantes, peu complexes.	
	3	30	Tâches moyennement complexes, spécialisées.	
	4	40	Tâches très complexes, demandant une expertise et une grande expérience.	
E. ASTREINTES PHYSIQUES OU PSYCHIQUES	1	5	Très faibles.	
	2	10	Faibles ou rarement plus importantes.	
	3	15	Moyennes, ou rarement fortes.	
	4	20	Importantes, de manière constante.	
TOTAL POINTS		230 MAX	Pour une fonction qui aurait obtenu le maximum partout.	

Récapitulatif des Fonctions de la Fondation	Points calculés	Remarques	Conséquences
Educateur			
Infirmière			
ASSC			
...			

- En ce qui concerne les formations, mener une réflexion sur le type souhaité et les contenus attendus, afin de répondre aux besoins identifiés et de mieux pouvoir cibler les prestataires à même de dispenser cette formation à l'interne.

- Une fois cela effectué, prendre contact avec différents organismes, d'autres établissements socio-éducatifs spécifiques ou des prestataires de service adéquats, afin d'établir une collaboration dans le cadre d'une formation interne.
- Pour ce qui est du recrutement, communiquer au niveau des personnes en charge des ressources humaines les nouveaux paramètres de présélection définis, afin d'adapter les offres d'emploi, mais également la sélection des dossiers reçus et les entretiens d'embauche.

Le but de la direction réside ici dans l'atteinte d'un niveau d'expertise supérieur, à l'échelle des professionnels de terrain d'abord, mais également au niveau institutionnel global, afin de pouvoir continuer, d'une part, de répondre aux besoins des personnes accueillies à la Fondation et d'autre part de s'adapter aux évolutions déjà existantes en son sein, mais également à venir, si l'on se réfère aux statistiques présentées précédemment.

Un autre point incontournable est tout ce qui relève des normes de qualité. En effet, il n'est plus possible aujourd'hui pour une direction de passer outre la préoccupation qualitative des prestations d'un établissement. Non pas au sens du principe d'offrir des prestations de qualité aux personnes accueillies, cela entre directement dans le cadre de la mission, mais au sens des normes certifiantes pour un établissement, impliquant la mise en place de certains dispositifs pouvant aller du plus simple au plus complexe, selon le modèle choisi et/ou la taille de l'établissement.

On parlera ici non seulement des prestations en elle-même, mais également et surtout de l'évaluation de celles-ci. A ce titre, on peut définir une démarche en 4 points principaux permettant justement à une direction d'évaluer les prestations offertes aux personnes accompagnées :

- *« fixer des axes de qualité pour chaque prestation définie, ceux-ci déterminent ce que l'on cherche qualitativement à obtenir au travers de la prestation ;*
- *identifier des objectifs de qualité, qui viennent décliner chaque axe de qualité et rendre compte de toutes les composantes de la prestation ;*
- *établir des bonnes pratiques venant manifester l'intention contenue dans les objectifs de qualité. La bonne pratique est une procédure qui offre le maximum de garanties et d'efficacité ;*
- *définir des indicateurs de qualité venant témoigner de la réalisation des bonnes pratiques. L'indicateur doit être le plus factuel possible de façon qu'il puisse être observable par divers acteurs et dissiper l'ambiguïté ».*⁴⁴

Un tel dispositif existe déjà au sein de la Fondation puisqu'elle est certifiée ISO 9001. Dans le cadre de l'extension des prestations à une structure telle que proposée dans ce travail, ce dispositif peut donc être transposé et implanté sans trop de problèmes puisque déjà en pratique depuis plusieurs années. Il conviendrait cependant de revisiter les différents processus existant pour les adapter aux exigences et aux défis qu'imposera cette nouvelle prestation, par le biais d'un ou plusieurs pilotes de processus nommés par la direction de l'établissement.

La direction doit, on le voit ici, non seulement être au fait de la spécificité et de la complexité des problématiques des personnes admises dans l'établissement qu'elle dirige et gère, mais doit également se doter, en terme de management et de gestion des ressources humaines,

⁴⁴ Jaeger M. (Dir.). (2005). *Diriger un établissement ou un service en action sociale ou médico-sociale*. Dunod, Paris

d'outils adéquats et performants, afin de justement pouvoir répondre au mieux aux besoins identifiés au sein de populations accueillies et accompagnées au quotidien.

Coûts

Si l'on se cantonne aux coûts envisagés pour ce qui touche à la formation, comme évoqué plus haut, ceux-ci apparaissent comme relativement moindres, car il n'y aurait pas forcément de création de nouvelles prestations ; il s'agirait là plutôt d'une réallocation de ressources financières déjà existantes, en modifiant l'ordre des priorités pour le budget afférant aux formations par exemple.

La question des coûts devient cependant plus conséquente dès lors que l'on s'attache à calculer ceux-ci en matière de besoin de remaniement de l'infrastructure existante ou en matière de création de quelque chose de nouveau, à partir d'une base existante, certes, mais résolument différent car spécifiquement réfléchi pour répondre à de nouveaux besoins identifiés.

On en revient ici aux différents éléments abordés plus haut sur le choix que devra effectuer la direction entre adapter ce qui existe déjà ou envisager de faire émerger une nouvelle structure, spécialement dédiée à l'accueil et l'accompagnement de personnes présentant à la fois une problématique « classable » dans le domaine du polyhandicap et une problématique issue de situation de TSA.

En terme de coûts, l'expérience de la direction de la Fondation Echaud, mais également des discussions récentes avec le Service de Prévoyance et d'Aide Sociales pour d'autres projets, démontrent qu'il est moins onéreux de modifier, adapter, une structure déjà existante, que d'en créer une nouvelle de toute pièce. Il est vrai qu'une nouvelle création implique, entre autres, la construction, l'achat ou la location de nouveaux locaux, l'engagement de nouveaux collaborateurs et toutes les autres charges habituelles pour une telle infrastructure, que ce soit en termes de prestations dites de support (cuisine, intendance, etc) ou en termes de charges sociales sur les salaires, pour ne citer que ces quelques exemples principaux.

Le domaine du polyhandicap est déjà considéré comme coûteux, car les besoins en encadrement sont conséquents. De son côté, le domaine des TSA l'est tout autant, voire parfois même plus, car là où le polyhandicap, avec des personnes très, voire totalement dépendantes, est exigeant pour différentes prestations discontinues (soins, repas, activités, etc), les situations de TSA nécessitent souvent un encadrement quasiment en continu d'un professionnel pour un bénéficiaire, notamment dans les situations critiques, de crises, avec parfois de la violence sur soi-même ou sur autrui.

Il est également important de relever ici qu'au mois de février 2013, le Service de Prévoyance et d'Aide Sociales a communiqué avec toutes les directions d'établissements socio-éducatifs concernés qu'il était en train de recenser, à l'échelle cantonale donc, l'ensemble des « situations individuelles particulières bénéficiant de renforts à l'encadrement ».⁴⁵ Par cette dénomination, ce sont en particulier les situations de TSA graves qui sont désignées.

Il était également fait état que les premiers résultats de ce recensement tendaient à démontrer les moyens financiers importants qui étaient déjà engagés, avec une constatation en parallèle que des demandes similaires continuaient à affluer, en constante augmentation. Le constat global était donc que les capacités financières du Service étaient largement dépassées, ce dont a découlé 2 conséquences principales :

⁴⁵ Courrier de MM. T. Matter et C. Rinderknecht, chefs de sections au SPAS, daté du 13 février 2013.

- Le renouvellement des renforts à l'encadrement, extrabudgétaires, déjà attribués se voyait limité jusqu'à une date butoir (fin juin 2013), ce afin d'évaluer l'impact et « d'en estimer la viabilité financière pour le (notre) service ». ⁴⁶ Certains renforts déjà attribués « historiquement » et donc d'office intégré d'année en année dans les budgets de certains établissements ne se voyaient pas touchés directement par cette décision, mais ils devaient être clairement identifiés et mis en évidence.
- Dans une optique de clarification et de régulation des implications financières pour le Service, les nouvelles demandes devaient se faire désormais selon une procédure mieux établie, plus précise et se voulant plus exhaustive, tant au niveau de la description de la situation à laquelle le renfort devra répondre, qu'au niveau de l'estimation en dotation en équivalent plein temps et donc ce qui touche aux coûts. Cette mesure devait permettre, en parallèle de l'aspect financier, de prioriser les demandes de renfort les plus importantes, voire urgentes.

A la lumière de ces différents éléments, il est possible de poser comme une réalité qu'une structure qui se voudrait résolument mixte, avec à la fois du polyhandicap et des TSA dans des secteurs bien délimités, représenterait un coût très conséquent pour l'Etat, mais en lien avec la complexité des problématiques. Le tableau ci-dessous donne une vision globale et succincte des postes touchés par une telle réorganisation :

Postes concernés	Modifications envisagées	Impact financier
Educatif	Augmentation de la dotation en prenant en compte la nécessité pour certaines situations de TSA complexes d'avoir un accompagnant dédié à un seul résidant sur l'ensemble de la journée.	Elevé
Veilles	Augmentation de la dotation en tenant compte de contraintes liées au statut du personnel de nuit (temps de récupération, compensation financière, etc).	Elevé
Service de santé et thérapies (physio et ergothérapie)	Légère augmentation de la dotation. Ce qui est déjà existant au niveau de l'établissement peut être suffisant pour couvrir la grande partie des besoins en la matière. Ce qui relève de thérapies au sens d'un suivi psychologique ou psychiatrique peut exister sous une certaine forme externalisée via un partenariat avec le DCPHM.	Moyen à élevé
Activités de développement personnel	Idem que ci-dessus.	Moyen
Administratif	Légère augmentation de la dotation en lien avec une éventuelle augmentation de la capacité d'accueil. Ce qui est déjà existant au niveau de l'établissement peut être suffisant pour couvrir une partie des besoins en la matière.	Faible à moyen
Entretien, maintenance	Légère augmentation de la dotation en lien avec l'ouverture éventuelle de nouveaux locaux. Comme ci-dessus, ce qui est déjà existant au niveau de l'établissement peut être suffisant pour couvrir une partie des besoins en la matière.	Moyen

⁴⁶ Courrier de MM. T. Matter et C. Rinderknecht, chefs de sections au SPAS, daté du 13 février 2013.

Financements envisagés

La Fondation Echaud est un établissement reconnu d'utilité publique. Ses ressources financières principales sont constituées :

- Des subsides versés par les pouvoirs publics (pour la plus grande part)
- Des recettes issues des revenus des différentes prestations de l'institution (hébergement, accueil de jour, accueil temporaire, etc)
- Des recettes issues des intérêts de ses capitaux placés
- Des dons, legs et/ou parts successorales qui lui seraient attribués.

La Fondation étant donc quasiment intégralement subventionnée par le Canton de Vaud, il apparaît comme une évidence que le financement d'une telle évolution serait à la charge intégrale de ce dernier. A noter également que dans les cas où des fonds conséquents sont nécessaires pour une construction de nouvelles infrastructures ou pour la transformation d'éléments déjà existants, des fonds sont empruntés auprès d'organismes bancaires et non pas délivrés directement par le Canton ; celui-ci se portant néanmoins garant.

Il appartiendrait dès lors à la direction de présenter un projet novateur et séduisant aux autorités, démontrant à la fois sa pertinence et son utilité dans le contexte actuel et à venir, tout en rassurant en parallèle sur l'impact financier, en le mettant bien entendu à l'échelle de tous les établissements socio-éducatifs vaudois.

Il me paraît cependant intéressant de ne pas écarter l'idée, si un tel projet devait évoluer dans le futur vers quelque chose relevant plus de la création d'une nouvelle entité, de faire appel à des financements autres, en direction du secteur privé par exemple. A ce titre, une stratégie pourrait être d'approcher les associations déjà bien constituées autour de l'autisme, afin de solliciter ces nouveaux financements ailleurs qu'auprès de l'Etat, pas forcément pour l'entier d'une nouvelle structure, mais tout du moins pour une partie, pour des postes budgétaires bien spécifiques, comme pour l'achat d'un appartement ou d'une maison adaptée.

Il me paraît également important de préciser ici, en citant le directeur de la Fondation Echaud, M. Alban Resin, que *« la démarche entreprise (...) est essentielle et sera un apport concret, clair et complémentaire au calcul du coût. Ces quelques lignes validant donc clairement le choix stratégique fait ici, à savoir développement du concept et du projet sur un plan humain, fonctionnel et institutionnel, puis calcul du coût. De plus, si seul l'élément financier devait entraver, voire annuler la réalisation de ce projet, celui-ci sera du moins posé, validé et éventuellement exploitable par d'autres en d'autres lieux ou par nous en d'autres temps plus favorables »*.⁴⁷ Bien que les éléments développés dans cette citation concernent un sujet différent (voir note de bas de page), ils gardent tout leur sens ici et peuvent s'appliquer à la démarche proposée dans ce travail.

⁴⁷ Resin, A. (2008). *L'accompagnement en Soins Palliatifs, en milieu institutionnel, de personnes polyhandicapées (un autre regard sur la profession d'éducateur)*. Travail de diplôme présenté dans le cadre de la Formation à la Direction d'Institutions éducatives, sociales et médico-sociales.

Partenariats

Les évolutions de la société actuelle et donc, par extension, également du domaine du social, incitent de plus en plus les directions d'établissements socio-éducatifs à adopter des positions s'éloignant quelque peu de leurs racines originelles, à savoir l'humanisme, la charité, la religion, etc.

Les nouvelles positions recherchées, d'orientation résolument entrepreneuriales, tendent vers des managements stratégiques inspirés des milieux économiques, avec une focale très importante sur les notions de changement, d'adaptation et d'innovation, sur le modèle de l'offre et de la demande, en réponse aux évolutions de la société justement, car c'est à ce prix que ces établissements peuvent prétendre aspirer à une autonomie d'existence et de fonctionnement, en se rendant de moins en moins dépendants de la tutelle de l'Etat. On peut y voir une potentielle forme de privatisation des prestations offertes aux personnes en ayant le plus besoin au sein de la société.

Dans cette optique, on peut tout à fait imaginer que certains « phénomènes » se produisant dans les milieux industriels ou économiques peuvent se transposer au niveau d'établissements socio-éducatifs, comme par exemple des entreprises trop petites qui se font absorber par des plus grandes, les aspects concurrentiels, etc.

Bien que lorgnant dans cette direction, le domaine du social ne doit à mon sens pas pour autant renier ses origines et sa raison d'être, ni mettre de côté des valeurs telles que la l'éthique, la solidarité ou encore l'entraide. De plus, une petite idée germant à un endroit peut devenir plus forte si plusieurs personnes ou entités travaillent de concert à la faire mûrir et à l'accompagner dans sa croissance.

C'est dans cette optique qu'il me paraît important, voire vital, de pouvoir développer des collaborations et des partenariats autour de cette idée de création d'infrastructures pensées pour accueillir des personnes en situation de TSA parmi des personnes polyhandicapées, ce dans une volonté évidente de ne pas essayer de « recréer la roue », mais surtout dans une volonté d'échange et de partage de compétences.

J'ai donc repris la liste d'établissements et de dispositifs susceptibles de servir de modèle au projet, mais surtout pouvant potentiellement devenir des partenaires dans celui-ci, que ce soit uniquement dans des échanges d'idées ou, de manière plus poussées, dans l'élaboration d'un ou plusieurs projets communs. Comme évoqué précédemment, il ne me paraissait pas dépourvu d'intérêt de sortir des limites du Canton de Vaud et d'étendre le périmètre de réflexion à d'autres cantons romands.

Le tableau en pages suivantes image cette liste et dresse un état des ressources possibles et des points d'achoppement éventuels, également sur la base de tous les éléments relatés au chapitre 4 de ce travail :

Nom de l'établissement/ du dispositif	Canton	Points principaux d'inspiration et de collaboration envisagés	Obstacles éventuels / points négatifs/risques identifiés
La Cité du Genève Genévrier (Fondation Eben-Hézer) ⁴⁸	Vaud	Modèles d'accompagnement des personnes accueillies Infrastructures (bâtiments, lieux de vie, matériel, etc) Politique d'engagement du personnel spécifique Politique de formation spécifique	Démultiplier un type de prestations déjà existant dans la même région Taille de l'établissement beaucoup plus grand (autre réalité de fonctionnement)
L'Association Le Foyer ⁴⁹	Vaud	Modèles d'accompagnement des personnes accueillies Infrastructures (bâtiments, lieux de vie, matériel, etc) Politique d'engagement du personnel spécifique Politique de formation spécifique	Types de population trop différents et donc réalités de fonctionnement trop différentes
La Fondation Entre-Lacs ⁵⁰	Vaud	Infrastructures (bâtiments, lieux de vie, matériel, etc) Politique d'engagement du personnel spécifique Politique de formation spécifique	Tranche d'âge de la population accueillie différente Projet non-achevé, en cours de réalisation, donc pas forcément suffisamment de recul quant au fonctionnement
La Fondation Les Perce-Neige ⁵¹	Neuchâtel	Modèles d'accompagnement des personnes accueillies Infrastructures (bâtiments, lieux de vie, matériel, etc) Politique d'engagement du personnel spécifique Politique de formation spécifique	Eloignement géographique Réalité cantonale trop différente, notamment au niveau de la situation financière et donc réalités de fonctionnement différentes
La Section de psychiatrie du développement mental du CHUV ⁵²	Vaud	Modèles théoriques Suivis des situations Support aux équipes Propositions d'intervention	Domaine d'activité trop différent (sanitaire/hospitalier) Sélectivité dans le type de population suivie (exclusion du polyhandicap « pur et dur »)

⁴⁸ <http://www.cite-du-genevrier.ch/fr/genevrier/>

⁴⁹ <http://lefoyer.ch/>

⁵⁰ <http://www.entre-lacs.ch/>

⁵¹ <http://www.perce-neige.ch/>

⁵² http://www.chuv.ch/psychiatrie/dpc_home/dpc_infos/dpc_infos_organisation/dpc_pco/dpc_pco_dcphm.htm

L'Unité de psychiatrie du développement mental des HUG ⁵³	Genève	Modèles théoriques Politique d'engagement du personnel spécifique	Domaine d'activité trop différent (sanitaire/hospitalier) Sélectivité dans le type de population suivie (exclusion du polyhandicap « pur et dur ») Réalité cantonale trop différente, notamment au niveau de la situation financière et donc réalités de fonctionnement différentes « Eloignement » géographique
--	--------	--	---

J'ajouterais quelques commentaires, de compréhension et de précision, sur les différents éléments apparaissant dans ce tableau et plus particulièrement sur la dernière colonne de celui-ci montrant ce que j'ai nommé les obstacles éventuels, les points négatifs et les risques identifiés :

Pour la Cité du Genévrier :

- *Démultiplier un type de prestations déjà existant dans la même région.*

Ce qui peut être considéré, au niveau concret de la mise en œuvre des prestations, comme une force et une ressource, notamment en termes d'échanges de compétences et d'expertise professionnelle, peut également devenir un obstacle au niveau concurrentiel.

Bien que le terme de concurrence soit généralement impropre dans un domaine tel que le social, il n'empêche qu'il s'agit là d'un paramètre qui entre en ligne de compte, notamment pour ce qui touche à la reconnaissance vis-à-vis de l'extérieur et plus particulièrement auprès des organes financeurs. Car même si les ressources financières sont théoriquement allouées sur des bases de calcul équitables, il est possible, en fonction du projet et des prestations proposées, de se démarquer quelque peu des autres établissements.

Se positionner en tant que pionnier ou avant-gardiste revêt un certain nombre d'avantages, en particulier si cela permet à une structure de bénéficier, en tous les cas dans les premières années, de ressources financières légèrement, voire sensiblement plus importantes, ce en regard des besoins relatifs à une nouvelle organisation. Cet aspect concurrentiel n'est donc pas à négliger, en particulier lorsque les établissements sont établis sur le même canton et qui plus est dans des régions relativement proches.

- *Taille de l'établissement beaucoup plus grand (autre réalité de fonctionnement)*

De fait, un grand établissement aura un mode de fonctionnement différent d'un petit, en regard de sa taille (superficie), mais également du nombre de collaborateurs et surtout du nombre de personnes accueillies et du nombre de prestations offertes. On en revient aussi sur ce point à l'aspect financier évoqué plus haut.

Pour l'Association Le Foyer :

- *Types de population trop différents et donc réalités de fonctionnement trop différentes*

Bien que le modèle théorique et pratique de l'hétérogénéité appliquée au niveau des personnes accueillies dans un même établissement, même sur des lieux de vie différents,

⁵³ <http://developpementmental.hug-ge.ch/>

soit intéressant à reprendre, sa transposition sur d'autres types de population n'est pas forcément aisée, en regard du nombre de paramètres à prendre en compte. L'exemple le plus flagrant se situe au niveau du polyhandicap dans sa dimension purement physique, avec les implications à envisager au niveau de l'adaptation des infrastructures et des bâtiments, adaptations beaucoup plus conséquentes que dans le milieu du handicap mental par exemple.

Pour la Fondation Entre-Lacs :

- *Projet non-achevé, en cours de réalisation, donc pas forcément suffisamment de recul quant au fonctionnement*

Ce projet est en cours de réalisation et devrait devenir concret, théoriquement, à l'été 2015.

Il est important, dans le type de collaboration et de partenariat postulés ici, de pouvoir bénéficier d'un recul suffisant afin de pouvoir analyser les différents paramètres en présence, identifier les bons choix, au même titre que les moins bons.

S'inscrire dans un partenariat avec une structure en mutation peut être intéressant quant à l'émulation que cela peut produire. Mais cela reste cependant un pari risqué lorsque l'on vise soi-même à la mutation de sa propre structure.

Pour la Fondation Les Perce-Neige :

- *Réalité cantonale trop différente, notamment au niveau de la situation financière et donc réalités de fonctionnement différentes*

Une collaboration et un partenariat inter-cantonaux sont toujours intéressants à mon sens, car potentiels créateurs d'opportunités d'apprendre et d'enrichir des modèles théoriques ainsi que pratiques.

Si cela s'avère généralement aisé et productif au niveau du terrain, cela peut rester plus délicat au niveau des réalités cantonales. En effet, tous les cantons romands, pour ne citer que ceux-ci, n'appliquent pas la même gouvernance des politiques sociales. Les partis dominants au sein de tel ou tel canton donnent une orientation en fonction de leurs axes politiques, ce qui ne manque pas d'avoir un impact sur les aspects purement financiers.

De ce point de vue également, l'état des finances de tel ou tel canton sera également déterminant pour ce qui touche au fonctionnement des établissements socio-éducatifs. Le Canton de Neuchâtel, dans la difficile situation financière actuelle, n'aura pas les mêmes orientations dans le domaine du social que le Canton de Vaud, dont les finances semblent mieux se porter.

Une direction se doit de prendre en compte ce différentiel afin de construire un partenariat utile et pertinent.

Pour la Section de psychiatrie du développement mental du CHUV :

- *Domaine d'activité trop différent (sanitaire/hospitalier)*

Bien que je puisse ici attester de l'utilité et la pertinence de la collaboration avec ce dispositif, la question d'un partenariat plus poussé devra être examinée avec le plus grand soin, dans la mesure où l'on est en présence de domaines d'activités différents.

Le but recherché est certainement le même, le bien-être de la personne, en situation de handicap dès la naissance ou pas, mais avec une approche différente que l'on se situe sur l'axe socio-éducatif ou sur l'axe sanitaire. Les philosophies, les modèles théoriques, etc, ne sont souvent pas les mêmes et le travail dans une optique cohérente et commune peut être plus compliqué à réaliser.

- *Sélectivité dans le type de population suivie (exclusion du polyhandicap « pur et dur »)*

De par son origine et sa mission, ce dispositif vise à suivre et accompagner plus précisément un certain type de personnes et de populations ou encore des problématiques spécifiques.

Au demeurant, le polyhandicap n'en fait pas partie, ce qui peut potentiellement induire un manque d'expertise et un biais de fonctionnement en ne basant le partenariat que sur des modèles connus, ne sortant pas des modèles de base et ne permettant pas forcément l'adaptabilité nécessaire à une structure destinée à une population mixte.

Pour l'Unité de psychiatrie du développement mental des HUG :

- *« Eloignement » géographique*

Bien que le Canton de Genève ne soit pas très éloigné du Canton de Vaud, il est important de considérer que pour qu'un tel partenariat fonctionne de manière optimale la proximité quasi immédiate augmente le potentiel de succès dans les collaborations, en particulier pour ce qui est de l'accompagnement et du suivi des situations concrètes sur le terrain.

Ici également, comme pour la Fondation Les Perce-Neige, on privilégiera certainement plutôt les réflexions et les échanges au niveau des modèles théoriques et pratiques avec les équipes de professionnels, via des formations par exemple, plus que le partenariat direct dans l'action de l'accompagnement auprès des personnes accueillies.

- *Réalité cantonale trop différente, notamment au niveau de la situation financière et donc réalités de fonctionnement différentes*

Ce point rejoint celui, similaire, relevé dans le cas de la Fondation Les Perce-Neige, bien que les situations politiques et financières des Cantons de Genève et de Neuchâtel ne soient, elles non plus, pas vraiment comparables entre elles.

Adaptabilité et positionnement institutionnel vis-à-vis des personnes accueillies, des familles et du Canton

Comme exposé précédemment dans ce travail, la population accueillie au sein de la Fondation s'est progressivement transformée ces dernières années. Bien que les personnes polyhandicapées restent majoritaires en son sein, l'institution a dû évoluer pour faire face aux nouvelles admissions, ne correspondant pas totalement aux critères initialement décrits dans la mission de la Fondation.

Cette évolution s'est faite à la fois par la force des choses, vis-à-vis des demandes effectuées par des familles, par d'autres institutions, ou, dans certains cas, par le Canton de Vaud, via le Service de prévoyance et d'aide sociales lui-même, mais également par choix de la direction, dans une volonté de ne pas voir la Fondation végéter dans un domaine particulier et de proposer de nouvelles prestations.

C'est en ce sens que des adaptations ont dû être effectuées, tant au niveau de l'infrastructure elle-même (bâtiments, matériel, etc) que du type d'accompagnement des personnes accueillies, en fonction des nouvelles problématiques ou de l'évolution des problématiques existantes.

A ce titre, il est possible de dégager quelques grands axes reflétant cette adaptabilité de l'institution, axes se basant sur la synthèse faite plus haut des ressources et difficultés à considérer dans l'optique de la création d'une structure « Polyhandicap-Autisme » :

- Le « choix » de l'hétérogénéité :

La question peut se poser d'emblée : est-ce un véritable choix ? En effet, on l'a vu précédemment, à la fois l'homogénéité et l'hétérogénéité dans la population accueillie au sein d'un établissement comporte ses avantages et ses inconvénients.

La direction de la Fondation Echaud a fait le choix il y a quelques années déjà de ne pas fermer son accès à des personnes ne répondant pas totalement à ses critères d'admission. Pour différentes raisons, elle a fait le choix de l'hétérogénéité.

J'ai pu personnellement constater que lorsque le choix de l'homogénéité est effectué, ou du moins tenté, celui-ci ne parvient pas forcément à être maintenu. Car si ce genre de concept fonctionne parfaitement « sur le papier » et même dans la réalité concrète pendant quelques temps, il reste tributaire de la présence des résidents accueillis au moment de son élaboration. En effet, si un résident venait à quitter l'établissement ou à décéder, la place ainsi laissée vacante pourrait ne pas forcément et automatiquement échoir à une nouvelles personne correspondant parfaitement aux critères établis.

Il est aussi important de noter ici que les choix de la direction doivent tenir compte du besoin en places d'accueil actuellement existant sur le Canton de Vaud.⁵⁴

Dans les faits, la nouvelle personne accueillie ne correspondra pas forcément aux critères initialement établis et c'est l'hétérogénéité au sein du lieu de vie qui (re)prendra le dessus et ce de manière on ne peut plus naturelle.

Cela ne doit cependant pas empêcher, en se basant sur les différents éléments abordés précédemment, de définir une stratégie d'accueil spécifique pour les situations de TSA, étant donné les besoins identifiés. La direction pourra alors tout de même se donner les moyens de viser une certaine homogénéité dans un contexte hétérogène.

- Vieillesse de la population

Ce point peut également être mis en lien avec les éléments exposés ci-dessus, mais relève surtout d'un des plus importants défis auxquels doivent aujourd'hui faire face des établissements telle que la Fondation Echaud.

La moyenne d'âge des personnes accueillies au sein de la Fondation Echaud est aujourd'hui de 30,4 ans ; 11 personnes ont 50 ans et plus et la plus âgée a 67 ans.⁵⁵ Cela a nécessité des adaptations au sein de l'établissement pour répondre aux besoins de ces quelques personnes qui, sans être totalement différents de ceux de l'ensemble des personnes accueillies, sont devenus plus spécifiques sur certains aspects et nécessitaient donc une réflexion plus en profondeur et la mise en place de prestations adaptées.

⁵⁴ C'est le Dispositif cantonal d'indication et de suivi pour personnes en situation de handicap (DCISH) qui est depuis 2012, date de sa mise en activité effective, en charge d'informer les personnes concernées sur l'offre existante en matière de prestations, de permettre à ces personnes de pouvoir évaluer leurs besoins individuels et pour finir de les orienter vers les prestations et établissements correspondant le mieux à ces besoins.

Source : <http://www.vd.ch/themes/social/handicaps/aide-au-placement/dcish/>

⁵⁵ Ces données ne tiennent pas compte des personnes accueillies dans le cadre des places d'accueil temporaire.

C'est dans cette optique que le lieu physique abritant à l'origine l'Unité d'accueil temporaire a été réaffecté un nouveau lieu de vie d'internat pouvant accueillir 4 résidents en provenance de 2 autres lieux de vie différents de l'institution, ayant entre 51 et 67 ans. L'équipe en place sur l'Unité d'accueil temporaire y a été maintenue, dans la mesure où elle avait de toute façon, à l'origine, été engagée en fonction des besoins estimés et à venir en matière de soins palliatifs et d'accompagnement de fin de vie.⁵⁶ Le nouveau concept de lieu de vie pour personnes vieillissantes a été travaillé afin de favoriser une implémentation optimale, avec une équipe partie prenante de la démarche.

Afin de ne pas perdre la prestation et les places d'accueil temporaire, celles-ci ont été réparties sur les différents lieux de vie d'internat qui ont vu leur capacité d'accueil baisser avec le transfert des 4 résidents susnommés sur le lieu de vie pour personnes vieillissantes.

Ce nouveau concept illustre lui aussi la capacité d'adaptation de l'établissement vis-à-vis de l'évolution de la population accueillie et des contextes sociaux globaux. En ce sens, l'idée d'également faire évoluer l'établissement avec un concept visant à gérer au mieux l'émergence et/ou l'existence des situations de TSA chez des personnes accueillies au sein d'une structure pour personnes polyhandicapées prend tout son sens et peut se voir créditer d'un certain potentiel de réussite.

- Rendre/maintenir attractif le travail socio-éducatif

C'est un constat effectué depuis quelques années au sein de la Fondation Echaud : le travail socio-éducatif auprès de personnes polyhandicapées a changé. La part de soins a indéniablement augmenté, qu'il s'agisse de ceux de base ou, de manière plus spécifique et poussée, les actes médicotéchniques. Il convient d'ajouter à cela que les contraintes dans le travail des éducateurs, pour ne citer qu'eux, ont augmenté, que ce soit au travers des normes de certification⁵⁷ ou au travers des exigences de l'Etat, notamment en matière de respect des droits et de la dignité des personnes accueillies ou au niveau des prestations socio-éducatives et médicales en général au sein des établissements.⁵⁸

De fait, la pression sur les éducateurs a considérablement augmenté, d'autant plus dans un milieu professionnel où les questions relatives à la dignité des personnes, ainsi qu'aux prestations socio-éducatives et sanitaires sont prépondérantes du fait de l'extrême niveau de dépendance des personnes polyhandicapées.

Il est bien-sûr possible pour une direction d'agir, dans une certaine mesure, sur les conditions générales de travail, sur l'organisation des équipes, du travail, des horaires, etc. Mais il peut être également intéressant de ne pas se focaliser uniquement sur ces paramètres fonctionnels et organisationnels et d'également explorer la plus-value que pourrait représenter le fait de modifier quelque peu les concepts en vigueur au sein de l'établissement et d'opérer une mutation pour intégrer un autre concept d'accompagnement, en lien avec les résidents présentant des TSA, en favorisant la mixité au sein des lieux de vie le permettant et/ou en créant un lieu de vie, au sein même de l'institution, spécifiquement dédié à ce genre de situations particulières.

⁵⁶ Voir à ce sujet : Resin, A. (2008). *L'accompagnement en Soins Palliatifs, en milieu institutionnel, de personnes polyhandicapées (un autre regard sur la profession d'éducateur)*. Travail de diplôme présenté dans le cadre de la Formation à la Direction d'Institutions éducatives, sociales et médico-sociales.

⁵⁷ A titre d'exemple, la Fondation Echaud est, depuis 2012, certifiée aux normes ISO 9001 (Qualité), ISO 14001 (Environnement) et OHSAS 18001 (Santé et Sécurité au travail).

⁵⁸ Dans le Canton de Vaud, depuis 2008, c'est l'OCESÉ, **O**rgane de **C**ontrôle des **E**talissements **S**ocio-**E**ducatifs, qui effectue des inspections surprises dans les établissements, afin de vérifier qu'un certain nombre de critères soient appliqués et respectés. Dès le 1^{er} janvier 2013, l'OCESÉ a fusionné avec la CIVEMS (**C**oordination **I**nterservices de **V**isites en **E**tablissements **S**anitaires et **S**ociaux).

Le fait de varier les types de concepts et donc les types d'accompagnement, de modèles d'intervention comme on a pu le voir précédemment dans ce travail, est à mon sens à même d'amener un nouvel élan dans le fonctionnement institutionnel et donc susceptible de remotiver les éducateurs et de redonner un sens à leurs actions.

- Modification de la mission

Le corollaire de ces constats et de cette proposition tend vers une nécessaire réflexion sur la mission de la Fondation.

A ce jour elle est la suivante :

« Mission :

La Fondation Echaud accueille des personnes adultes en situation de handicap, présentant une incapacité physique, mentale, sensorielle ou des troubles associés.

La Fondation Echaud offre un accompagnement spécialisé et des soins personnalisés aux résidents et répond aux besoins fondamentaux identifiés.

*L'accompagnement, qui se veut éthiquement réfléchi, tient compte de la globalité de la personne en reconnaissant les ressources et les limites de chacun ».*⁵⁹

On peut analyser que la mission ne nécessite pas forcément une modification en profondeur. Mais en regard du but visé, à savoir l'intégration d'un concept d'accompagnement des situations de TSA au sein d'une population de personnes lourdement polyhandicapées, il conviendrait certainement de l'aménager quelque peu, afin de rendre le concept plus visible et compréhensible, que ce soit pour les personnes « à l'intérieur » de la Fondation ou pour l'extérieur, notamment pour les familles et l'Etat. On peut imaginer par exemple préciser les termes « *troubles associés* » contenus dans la mission, afin de faire apparaître les notions en lien avec les TSA.

A noter que la charte de la Fondation exprime déjà fondamentalement cette volonté d'évolution en fonction des personnes accueillies :

« Vision :

Dans le cadre de sa mission, la Fondation Echaud a pour but de promouvoir des projets et une offre de prestations visant à répondre à des besoins identifiés des résidents, des familles et d'être complémentaires à l'offre institutionnelle et cantonale en matière d'accompagnement des personnes en situation de polyhandicap.

*La Fondation Echaud a donc une vision qui tend à garder le résident au centre de ses préoccupations afin de garantir à celui-ci un accompagnement dans le respect des droits fondamentaux de la personne et des exigences liées au contexte institutionnel au sens large ».*⁶⁰

Le terrain est donc propice à l'évolution envisagée et proposée ici.

⁵⁹ <http://echaud.ch/fr/notre-fondation/charte.html>

⁶⁰ Ibidem

Positionnement et gestion de la communication

Dans un projet tel que celui-ci, il est important que la direction mène également une réflexion sur son positionnement à l'interne, on l'a vu plus haut avec la question de la gestion des ressources humaines notamment et sur la gestion de la communication, afin de pouvoir assurer une base saine et sous contrôle à l'ensemble.

Vis-à-vis de l'Etat, qui revêt à la fois l'aspect politique et financier, il est important d'adopter un positionnement qui se veut à la fois proactif et entrepreneur, tout en restant partenaire. L'idée n'est pas de faire le travail du Canton à sa place, mais de se positionner comme une ressource, voire comme une référence en la matière. Il s'agit dans ce cas de faire valoir l'expérience et l'expertise acquise sur le terrain, afin de devenir un acteur quasiment incontournable dans le paysage socio-éducatif vaudois.

Comme dit plus haut, la gestion par la direction de la communication au sujet du projet est primordiale, car c'est par là que passe la transmission de la vision de la direction à des tiers. Ceux-ci-ci sont bien entendu multiples dans un tel contexte et il s'agira de définir des modes et des contenus de communication spécifiques à chaque public. Le tableau en page suivante illustre synthétiquement ces 3 axes :

Destinataires	Mode de communication	Contenu principal
Conseil de Fondation	Séance trimestrielle du Conseil à laquelle prend part la direction.	Présentation synthétique du projet et de ses perspectives.
Canton	Rencontre sollicitée par la direction. Annonce de projet formelle. La communication pourra être menée plus avant dans le cadre de la séance annuelle de négociation du budget.	Présentation générale du projet et de ses perspectives, avec un accent particulier sur les projections financières et en termes d'augmentation de la capacité d'accueil.
Familles/représentants légaux	Séances générales des familles, 2 fois dans l'année. Dans le cas où le projet toucherait plus particulièrement l'un ou l'autre secteur ou lieu de vie, des réunions spécifiques avec la direction, voire individuelles si besoin, pourraient être organisées.	Présentation générale du projet et des principales implications sur le quotidien des résidants et sur l'organisation générale de l'établissement.
Résidants	Séances générales des résidants, 2 fois dans l'année. Dans le cas où le projet toucherait plus particulièrement l'un ou l'autre secteur ou lieu de vie, des réunions spécifiques avec la direction, voire individuelles si besoin, pourraient être organisées.	Présentation générale du projet et des principales implications sur le quotidien.
Collaborateurs	Séances générales des collaborateurs, 2 fois dans l'année. Dans le cas où le projet toucherait plus particulièrement l'un ou l'autre secteur ou lieu de vie, des réunions spécifiques avec la direction, voire individuelles si besoin, pourraient être organisées.	Présentation générale du projet et des principales implications sur l'organisation générale de l'établissement.

Un 4^{ème} axe pourrait être nommé, à savoir celui de la communication avec les autres établissements socio-éducatifs du Canton, tout du moins ceux qui sont impliqués dans les mêmes domaines ou des domaines approchant.

La direction devra également réfléchir à ce niveau-là à ce qu'elle va communiquer et comment. Il ne paraît en effet pas opportun de passer un tel projet sous silence, tant les partenariats, comme on l'a vu plus haut, sont primordiaux à son succès et à sa pérennité. Il ne s'agit cependant pas non plus de dévoiler l'ensemble des éléments, afin de, en quelque sorte, « garder la main » et demeurer l'interlocuteur privilégié du Canton.

Perspectives

Nous sommes, au sein de la direction de la Fondation Echaud, actuellement en train de travailler sur un projet de création de nouvelles places d'accueil de jour visant à augmenter la capacité de 14 à 18 places à l'horizon 2015, ce en regard des besoins en la matière dans le Canton de Vaud et en lien avec la politique actuelle de ce dernier privilégiant au maximum le maintien à domicile des jeunes adultes en situation de polyhandicap et en encourageant donc la création de structures d'accueil de jour ou l'augmentation de la capacité de l'offre de celles déjà existantes.

En parallèle à cela, nous travaillons à éventuellement pouvoir externaliser cette structure d'accueil de jour, afin de rendre plus marquée la distinction entre la prestation de l'hébergement et celle de l'accueil de jour, la première restant sur le site principal de Cugy, la seconde étant déplacée dans les environs immédiats. En plus de la distinction physique des 2 prestations, cela doit permettre une clarification au niveau de l'allocation des différents budgets, diminuant ainsi les enchevêtrements de prestations qui compliquent parfois le travail des organes subventionneurs.

Le Service de prévoyance et d'aide sociales est bien entendu partie prenante dans ce projet qui présente un potentiel de création de places supplémentaires non-négligeable et répond donc à l'une des priorités fixées par l'Etat en la matière. Il doit cependant encore se positionner formellement sur la question financière, mais les premiers préavis sont, à ce jour, positifs.

Des locaux potentiels déjà existants ont été identifiés dans la même région que le site principal de Cugy, au Mont-sur-Lausanne et des négociations sont en cours à ce niveau.⁶¹

En regard de ce que j'ai présenté plus haut, ces éléments peuvent ouvrir les perspectives suivantes :

- Etant donné que la politique du Canton de Vaud est de globalement favoriser les prestations d'accueil de jour, au vu des situations déjà identifiées au sein de la Fondation Echaud de personnes en situation de polyhandicap présentant en parallèle des TSA et au vu également de l'évolution des types de population au sein des établissements socio-éducatifs, l'un des 3 groupes de 6 personnes accueillies dans la nouvelle structure externalisée d'accueil de jour pourrait être un groupe spécifiquement prévu pour les situations particulières évoquées plus haut.

⁶¹ Entre plusieurs variantes du projet d'externalisation de la structure d'accueil de jour, c'est celle permettant d'accueillir 18 résidents en journée, tout en proposant une prestation de semi-internat pouvant s'élever jusqu'à 3 nuits par semaine, sans les week-ends, qui a été retenue. La configuration des locaux identifiés, moyennant un nombre conséquent d'aménagements, devrait permettre d'accueillir ces 18 personnes en 3 groupes de 6, répartis sur 2 paliers différents d'un même bâtiment. A noter que les surfaces et les équipements prévus peuvent également permettre d'étendre dans le futur la capacité à 21 personnes accueillies. Cette variante a également l'avantage de libérer des locaux sur le site principal de Cugy, dont une structure pavillonnaire pouvant accueillir jusqu'à 6 personnes.

- De plus, la « libération » de 6 places sur un des pavillons sur le site de Cugy peut dans la même optique permettre soit d'accueillir 6 nouvelles personnes présentant les caractéristiques particulières que j'ai relevées par ailleurs dans ce travail, soit de réorganiser les lieux de vie déjà existant en regroupant les situations particulières. Les places ainsi libérées sur les autres lieux de vie pourraient alors accueillir des personnes polyhandicapées « classiques ».

Si ces perspectives paraissent sensiblement liées entre elles en termes de concrétisation, il est important d'en réfléchir et conceptualiser chaque étape, afin de vérifier l'adéquation au fur et à mesure et d'ainsi pouvoir permettre des ajustements en cours de réflexion si nécessaires.

A ce stade de la démarche, ce sont essentiellement les questions de financement et d'aménagements qui sont prépondérantes, car elles détermineront la suite. Mais le fait de déjà établir ce concept, afin de pouvoir présenter de manière suffisamment anticipée le projet au Canton, est à mon sens la meilleure stratégie à adopter, car elle permettra à tous les acteurs de réfléchir sur les suites à donner avec une vision bien définie, ce qui est essentiel pour mener à bien un projet et pour gérer un établissement.

Une bonne anticipation doit également permettre d'aller dans le sens des différents axes que j'ai relevés plus haut, que ce soit en termes de collaborations ponctuelles, de partenariats durables ou en matière de recherches de financement alternatifs pour éventuellement compléter le subventionnement de l'Etat.

A noter que ce dernier, vis-à-vis de l'utilité de telles solutions dans un contexte de besoins grandissant en la matière, se trouve tout de même dans une situation incitant à un certain optimisme en termes de déblocages de moyens financiers, ne serait-ce que pour une période transitoire, permettant de ménager une marge temporelle plus grande pour intégrer les coûts globaux dans les futurs budgets à venir.

6. Conclusion

On l'a vu, d'une problématique de base peut naître un projet ambitieux, mais qui peut cependant tout à fait rester d'une taille raisonnable, sans engager des moyens par trop conséquents. La communication et les partenariats restent des points centraux pour garantir le succès d'une telle entreprise. Cela devrait pouvoir également permettre d'autres développements pour l'avenir, d'une nature légèrement différente, mais constituant tout de même des éléments complémentaires renforçant potentiellement le projet de base.

Ce renforcement passe en bonne partie par la transmission de la connaissance. En effet, un projet concrétisé ne peut vivre que s'il est alimenté, afin de se maintenir, voire même, plus tard, de grandir, éventuellement ailleurs et sous d'autres formes. A ce titre, il me paraît également intéressant pour une direction de réfléchir à des concepts parallèles à l'infrastructure « Polyhandicap-Autisme » présentée ici, comme par exemple le développement d'une équipe mobile spécialisée dans la prise en charge de personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme au sein d'une population polyhandicapée. Cette équipe, rattachée à la Fondation et formée spécifiquement aux situations mixtes de ces 2 problématiques, pourrait intervenir sur demande auprès d'autres établissements en difficulté et sur mandat de la direction de la Fondation Echaud. Ses interventions pourraient se calquer sur le modèle du DCPHM, à savoir rencontrer les équipes concernées, analyser sur le terrain, dans le quotidien, les situations identifiées comme problématiques et proposer des interventions adaptées. Il ne s'agirait pas là de se substituer au travail effectué par le DCPHM, mais bel et bien d'un partenariat entre établissements socio-éducatifs. On peut même imaginer que cette équipe mobile collabore étroitement avec le DCPHM, afin d'offrir une prise en charge la plus complète et la plus pointue possible.

L'autre concept complémentaire qu'il pourrait être intéressant de développer est celui d'un Centre Ressource sur le thème de la problématique mixte « Polyhandicap-Autisme », sur le modèle de ce qui existe dans certaines régions de France, notamment à Paris. Il s'agirait de réunir dans un même endroit toute la documentation existante sur le sujet, réunissant ainsi toute la connaissance, locale et internationale, sur ces thèmes et la mettant à disposition des professionnels et des familles. Des collaborateurs engagés pour la gestion de ce centre auraient pour mission de mettre à jour les connaissances ainsi amassées, aussi via les nouvelles technologies, mais également de recevoir toutes personnes intéressées, en recherche d'informations ou de soutien.

Ce genre d'organe n'existe actuellement pas en Suisse romande ni pour l'autisme, ni pour le polyhandicap, alors que cela pourrait offrir une réelle plus-value en termes de formation, d'information, d'expertise, via l'échange des pratiques, mais également en termes de soutien. Un autre élément intéressant pour la direction, en développant ceci en interne, est celui de la visibilité supplémentaire que cela peut donner à l'externe au concept d'infrastructure « Polyhandicap-Autisme ». ⁶² Une telle approche pourrait également être de nature à donner une image plus intéressante et attractive qu'aujourd'hui du polyhandicap, en créant de nouvelles perspectives, à la fois pour l'Etat et pour les professionnels.

Ces 2 concepts nécessitent évidemment une réflexion beaucoup plus poussée sur le fond, ainsi que sur les implications financières supplémentaires et peuvent constituer les nouveaux défis du futur pour l'infrastructure proposée dans ce travail, toujours dans l'optique d'une direction proactive, entrepreneuriale et pilote, voire même pionnière en la matière.

⁶² Bianchi J., Müller H., Potzner M., Ricchetti K., Sakhija G. (2014). *L'action médico-sociale en région parisienne dans le domaine de l'autisme et du polyhandicap-Analyse comparative des contextes institutionnels et socio-politiques*. Rapport de voyage d'études effectué dans le cadre de la formation en Direction et Stratégie d'institutions éducatives, sociales et socio-sanitaires

Pour conclure, j'évoquerais que la notion de direction d'établissement est aujourd'hui souvent et principalement synonyme de management. J'estime pour ma part que c'est bien plus que cela et appuie ici mon propos par une citation et une référence :

*« Conduire un établissement ne signifie pas atteindre un état déterminé mais soutenir son dynamisme au fil du temps. Ce n'est pas le mouvement de l'institution qui justifie son existence, mais le développement des personnes qu'elle accueille, les trajectoires individuelles qui la parcourent. Et pourtant le terme même d'orientations (ou de finalités attachées à la mission) implique un mouvement. Non pas la recherche d'un aboutissement, mais un mouvement permanent, une action soutenue par des finalités conçues comme ce qui lui donne sens, ce qui la motive. Se donner une direction serait donc donner sens à une action ».*⁶³

Ces mots font pour moi écho à ceux également utilisés par M. Charles Chalverat lors de l'une des 2 premières journées de cette formation en Direction et Stratégie d'institutions éducatives, sociales et socio-sanitaires, lorsqu'il affirmait que, je paraphrase,

Les directeurs et les directrices sont l'ADN des établissements qu'ils et elles dirigent.

Il revient en effet aux directions de non seulement faire fonctionner les établissements qu'elles dirigent, mais également de les faire vivre et de leur permettre de s'adapter au contexte et à l'environnement changeant. Il est également important qu'une direction puisse imprimer un style et une vision à une institution et aux collaborateurs qui y exercent, afin de dégager la spécificité qui la qualifiera aux yeux de l'extérieur et de la faire valoir comme compétente et pilote pour accompagner un certain type de problématiques, ce qui devrait pouvoir assurer sa pérennité, pour le bien-être des personnes accueillies, la continuité étant, dans ce contexte en particulier, un élément important de la qualité de vie.

J'atteste avoir mené seul ce travail et avoir mentionné toutes les sources auxquelles j'ai eu recours.

Siviriez, le 30 juin 2014

Kris Ricchetti

⁶³ Jaeger M. (Dir.). (2005). *Diriger un établissement ou un service en action sociale ou médico-sociale*. Dunod, Paris

Bibliographie

Bianchi J., Müller H., Potzner M., Ricchetti K., Sakhija G. (2014). *L'action médico-sociale en région parisienne dans le domaine de l'autisme et du polyhandicap-Analyse comparative des contextes institutionnels et socio-politiques*. Rapport de voyage d'études effectué dans le cadre de la formation en Direction et Stratégie d'institutions éducatives, sociales et socio-sanitaires, Lausanne.

Commission cantonale sur les déficiences mentales et associées (2013). *Rapport final du GT « Besoin personnalisé et modèle institutionnel »*. Commission cantonale sur les déficiences mentales et associées du Canton de Vaud. Lausanne : Département de la santé et de l'action sociale.

Cudré-Mauroux, A. (2012). *Le personnel éducatif face aux comportements défis. Manuel de gestion du stress dans l'intervention auprès de personnes avec déficiences intellectuelles*. De Boeck

Froidevaux, C. (2014). *Troubles du spectre de l'autisme* (document de présentation pour formation interne). Cugy : Fondation Echaud

Jaeger M. (Dir.). (2005). *Diriger un établissement ou un service en action sociale ou médico-sociale*. Dunod, Paris

Ligue Huntington Francophone Belge (2003). *Huntington : Maladie et Problématique. Manuel à l'intention des professionnels de langue française*. a.s.b.l

Perriard, P. (2011). *Déficience intellectuelle et troubles du comportement : aux frontières de la psychiatrie*. Travail de Master présenté dans le cadre du Master of Advanced Studies HES-SO en Direction et Stratégie d'institutions éducatives, sociales et socio-sanitaires.

Petitpierre, G. 2011. *Troubles graves du comportement & polyhandicap : parlons-en !* (présentation dans le cadre de la Journée d'étude du groupe romand sur le polyhandicap). Berne : CSPS

Resin, A. (2008). *L'accompagnement en Soins Palliatifs, en milieu institutionnel, de personnes polyhandicapées (un autre regard sur la profession d'éducateur)*. Travail de diplôme présenté dans le cadre de la Formation à la Direction d'Institutions éducatives, sociales et médico-sociales.

Resin, A. (2009). *Pour que 3x1 ne fasse pas 2 !* (document de présentation pour formation interne). Cugy : Fondation Echaud

Système de Management de la Qualité/Santé-Sécurité/Environnement de la Fondation Echaud (2014). Cugy : Fondation Echaud

Sites Internet

Articles et définitions sur Wikipédia (tous consultés entre mars et mai 2014) :

Autisme atypique : http://fr.wikipedia.org/wiki/Autisme#Autisme_atypique

Infirmité motrice cérébrale : http://fr.wikipedia.org/wiki/Infirmité_motrice_cérébrale

Maladie d'Alzheimer : http://fr.wikipedia.org/wiki/Maladie_d'Alzheimer

Syndrome de Rett : http://fr.wikipedia.org/wiki/Syndrome_de_Rett

Traumatisme crânio-cérébral : http://fr.wikipedia.org/wiki/Traumatisme_crânio-cérébral

Trisomie 21 : http://fr.wikipedia.org/wiki/Trisomie_21

Troubles du spectre autistique : http://fr.wikipedia.org/wiki/Troubles_du_spectre_autistique

Sites Internet d'institutions, d'établissements et de services (tous consultés entre mars et mai 2014) :

La Cité du Genévrier : <http://www.cite-du-genevrier.ch/fr/genevrier/>

Le DCPHM :

http://www.chuv.ch/psychiatrie/dpc_home/dpc_infos/dpc_infos_organisation/dpc_pco/dpc_pco_dcphm.htm

Le SPDM : <http://developpementmental.hug-ge.ch/> et http://developpementmental.hug-ge.ch/_library/pdf/UPDMHDplaquette.pdf

La Fondation Echaud (charte) : <http://echaud.ch/fr/notre-fondation/charte.html>

La Fondation Entre-Lacs : <http://www.entre-lacs.ch/>

L'Association Le Foyer : <http://lefoyer.ch/>

La Fondation Les Perce-Neige : <http://www.perce-neige.ch/>

Le Service universitaire spécialisé pour personnes avec autisme : <http://www.susa.be/>

Autres sites (tous consultés entre mars et mai 2014) :

Université de Mons : <http://portail.umons.ac.be/fr/universite/partenaires/pages/susa.aspx>

Sclérose en plaques : <http://www.sclerose-en-plaques.ch>

Le DCISH : <http://www.vd.ch/themes/social/handicaps/aide-au-placement/dcish/>

Annexes

1. Préface du *Rapport final du GT « Besoin personnalisé et modèle institutionnel »*, Commission cantonale sur les déficiences mentales et associées du Canton de Vaud, par M. Pierre-Yves Maillard, Président du Conseil d'Etat du Canton de Vaud et Chef du Département de la santé et de l'action sociale.
2. Courrier et document du 9 mars 2012 du Service de prévoyance et d'aide sociales à l'attention des directions d'établissements socio-éducatifs sur les Recommandations du Département de la santé et de l'action sociale, relatives aux conditions de délégation des actes médico-techniques, des soins et des gestes d'assistance aux actes de la vie quotidienne au personnel de établissements.
3. Courrier et document du 8 juin 2012 du Service de prévoyance et d'aide sociales à l'attention des directions d'établissements socio-éducatifs sur les Recommandations relatives aux conditions de délégation des actes-médico-techniques et directives pour l'application de l'article 117 LSP pour les pharmacies des établissements socio-éducatifs.
4. Projet de liste des actes médico-techniques, des soins et des prestations d'assistance aux actes de la vie quotidienne effectués dans des établissements socio-éducatifs (ESE).
5. Courrier du 13 février 2013 du Service de prévoyance et d'aide sociales à l'attention des directions d'établissements socio-éducatifs sur les Informations concernant les renforts à l'encadrement.
6. Article du Journal 24 Heures du lundi 2 septembre 2013 sur « Le nouveau Cery ».

Préface



J.-B. Sieber Agence de presse Arc

Depuis novembre 2010, la Commission cantonale sur les déficiences mentales et associées constitue une plateforme d'échange entre l'administration cantonale, les représentant-e-s des associations de défense des personnes en situation de handicap, les établissements socio-éducatifs (ESE) et du domaine de la santé, tout comme des expert-e-s. Cette instance a comme objectif principal d'émettre des recommandations pour la conduite de la politique cantonale en faveur des personnes handicapées mentales adultes. Elle se penche notamment sur les orientations à prendre en matière d'accompagnement socio-éducatif, d'insertion sociale et professionnelle ainsi que dans le domaine des soins.

Deux thématiques en particulier ont marqué les discussions de la Commission depuis sa création. La première est la question du vieillissement des personnes en situation de handicap. En effet, s'il est très satisfaisant de constater que ces dernières bénéficient de progrès de la médecine qui permettent d'améliorer leur espérance de vie, leur vieillissement démographique pose des défis au niveau de leur accompagnement et des limites de leur vie à domicile. La seconde est l'adaptation des établissements socio-éducatifs actuels aux besoins et spécificités individuels, et plus largement la question relative à l'institution de demain à l'aune des changements dans la manière de concevoir le handicap et le travail d'accompagnement.

Les membres de la Commission ont créé pour chacune de ces thématiques un groupe de travail *ad hoc*, dont le *GT Besoin personnalisé et modèle institutionnel*, qui a travaillé pendant une année. Aujourd'hui, son mandat s'achève avec la restitution d'un rapport qui comporte une liste de recommandations. Celles-ci seront transformées en plan d'action par le Service de Prévoyance et d'Aide Sociales (SPAS) et leur mise en œuvre sera suivie par la Commission.

Je tiens ici à remercier celles et ceux qui se sont impliqué-e-s dans ce groupe de travail et par leurs compétences, leur enthousiasme et leur persévérance ont mené à bien cette réflexion.

À vous qui vous apprêtez à lire ce texte, Madame, Monsieur, le souhait que le présent rapport puisse vous être utile dans vos réflexions et dans votre travail.



Pierre-Yves Maillard
Président du Conseil d'Etat du Canton de Vaud
Chef du Département de la santé et de l'action sociale



**Service de prévoyance
et d'aide sociales**

Av. des Casernes 2
BAP
1014 Lausanne

**Aux Directions d'établissements
socio-éducatifs**

Réf : FJA/afb

Lausanne, le 9 mars 2012

**Recommandations du Département de la santé et de l'action sociale,
relatives aux conditions de délégation des actes médico-techniques, des
soins et des gestes d'assistance aux actes de la vie quotidienne au
personnel des établissements socio-éducatifs.**

Mesdames les Directrices,
Messieurs les Directeurs,

Une demande de clarification et d'une meilleure formalisation des pratiques de délégation des soins dans les ESE ayant été adressée au service, j'ai mandaté un groupe de travail interinstitutionnel et interdisciplinaire, présidé par Mme Josiane Antille afin qu'une réflexion soit menée et des recommandations élaborées.

Vous trouverez ci-joint le résultat des travaux de ce groupe, validé par le Chef du Département, M Pierre-Yves Maillard.

Consciente que l'étude de ces documents peut soulever des interrogations, nous vous proposons une rencontre pour en débattre :

**Le vendredi 11 mai
De 14h à 16h
BAP-Salle Polybap**

Les responsables des services de santé de vos établissements y sont également conviés si souhaité.

En vous remerciant pour votre collaboration, nous vous prions d'agréer, Mesdames les Directrices, Messieurs les Directeurs, nos salutations distinguées.

Françoise Jaques

Cheffe de service

Annexes ment.

Copie : M Jean-Jacques Schilt, Président AVOP

Mme Catherine Staub, secrétaire générale adjointe AVOP



Délégation des actes de soins et médico-techniques dans les établissements socio-éducatifs (ESE)

Remarques liminaires

La volonté légitime des établissements socio-éducatifs (ESE) d'être avant tout un lieu de vie plutôt qu'un lieu de soins a, par la force des choses, entraîné une délégation plus ou moins explicite des soins à des intervenants sans qualification professionnelle dans ce domaine (par exemple les veilleurs). Ce phénomène est observé aussi bien dans le champ des actes de soins et médico-techniques que dans celui des prestations complexes d'assistance aux gestes de la vie quotidienne. Au cours des ans néanmoins, le profil des résident-e-s des ESE s'est complexifié en raison du vieillissement des populations hébergées, du développement des situations palliatives et de l'augmentation des troubles psychiatriques associés aux divers types de handicap et la problématique se devait d'être réexaminée.

Aucun document ne précise, en effet à ce jour, les conditions de délégation de ces prestations aux travailleurs sociaux formés, en formation ou sans formation. La direction d'Eben-Hezer Lausanne a interpellé le Service de prévoyance et d'aides sociales (SPAS) afin d'obtenir des clarifications à ce sujet. C'est la raison pour laquelle le SPAS a décidé de mettre sur pied un groupe de travail interinstitutionnel et pluridisciplinaire pour remédier à cette situation.

Ce groupe a travaillé de manière espacée entre l'automne 2010 et septembre 2011.

Il a été composé de Mesdames et Messieurs :

Josiane Antille, mandataire en charge du groupe de travail

Anne-Françoise Bréban – SPAS

Maya Burkhalter – Fondation Les Eglantines

Isabelle Favre – Fondation L'Espérance

Dominique Praplan - Eben-Hezer Lausanne

Laetitia Probst – ARCOS – Programme cantonal de développement des soins palliatifs

Marie-Hélène Rapin – Fondation Perceval

Pascal Rouballay – Institution de Lavigny

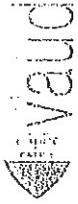
Marylène Pellico Volluz – Fondation de Vernand.

Concepts de soins et d'accompagnement

Le groupe de travail constate que la complexité des enjeux médico-soignants et socioculturels conduit de plus en plus d'institutions à développer des conceptions de prise en charge fondées sur la mobilisation et la valorisation des compétences disponibles ainsi que sur l'interdisciplinarité. Dans la pratique quotidienne, les frontières professionnelles sont, en effet, souvent si ténues que la collaboration échappe désormais à la territorialité et pour autant que certaines conditions soient remplies. Diverses prestations socio-éducatives ou divers actes soignants peuvent être effectués aussi bien par des intervenantes sociales que soignantes dans le respect des divers codes déontologiques et des spécificités professionnelles non transférables.

A ces conditions, il devrait être progressivement possible de séparer certains actes professionnels de l'identité professionnelle afin de promouvoir la continuité des prestations tout en garantissant la sécurité des résidents.

Cela étant précisé, les préjugés, les défenses corporatistes, la méconnaissance des compétences des uns et des autres et la réelle difficulté à se projeter dans de nouveaux modèles de coopération sont encore des obstacles à un fonctionnement interdisciplinaire et interprofessionnel réussi. Pour les dépasser, des initiatives de formation et d'analyse de pratique doivent être prises afin que les intervenants, issus du champ social ou sanitaire, puissent apporter et partager leur savoir dans le but d'assurer des prestations socio-éducatives et d'aide et de soins de qualité.



Recommandations du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) relatives aux conditions de délégation des actes médico-techniques, des soins et des gestes d'assistance aux actes de la vie quotidienne au personnel des établissements socio-éducatifs (ESE)

1 Préambule

Ces recommandations font état des soins délivrés aux personnes accueillies dans les institutions et elles définissent les modalités de leur délégation.

2 Professions¹ et fonctions concernées dans les ESE

2.1 Les fonctions et titres professionnels suivants sont sujets à délégation

Titres de niveau tertiaire :

- les infirmières diplômées (niveaux I et II, titre unifié) ou de niveau HES ;
- les physiothérapeutes ;
- les ergothérapeutes ;
- les éducatrices sociales de niveau (EdS) HES et ES ;
- les psychomotriciennes ;
- les psychologues
- les assistantes sociales ;
- les maîtres socio-professionnels.

Titres de niveau secondaire II :

- les infirmières assistantes ;
- les assistantes socio-éducatives (ASE) et les assistantes en soins et santé communautaire (ASSC).

Autres titres

- les aides-soignantes et les auxiliaires de santé CRS (formation de 120 heures) ;
- les intervenantes socio-éducatives ou soignantes « Aides² » (sans qualifications professionnelles) ;
- les veilleuses I et II selon description AVOP ;
- divers intervenants dans les ateliers.

¹ Par mesure de simplification, toutes les professions sont mentionnées au féminin en raison de la forte proportion d'intervenantes féminines dans lesdites professions et fonctions.

² Les personnes ayant le ticket d'entrée en formation d'EdS, mais ne l'ayant pas encore commencée.
Les personnes fonctionnant comme éducatrices non formées et dispensées de formation de base.
Les éducatrices non formées devant suivre une formation de base.

2.2 Autres profils fonctionnant comme « Accompagnante éducative »

Les collaboratrices ayant les profils suivants peuvent être incluses dans les catégories décrites dans les tableaux ci-annexés :

2.2.1 Catégorie Educatrices ES/HES (niveau tertiaire)

Les EdS n'ayant pas validé leur mémoire.

2.2.2 Catégorie étudiantes-apprenties

Les personnes en cours de formation.

3 Bases légales relatives à la délivrance des actes de soins et médico-techniques délégués.

L'exercice des professions de la santé est règlementé dans la Loi sur la santé publique (LSP). Sont notamment reconnues comme professions de la santé, les infirmières, les infirmières assistantes et les assistantes en soins et santé communautaire. Le personnel socio-éducatif, en revanche, n'est pas reconnu au sens de la LSP mais il peut assurer des prestations telles que les soins corporels de manière autonome et, sur délégation, des actes de soins et médico-techniques sous certaines conditions (cf. grille annexée).

Bien que les assistantes socio-éducatives ne soient pas reconnues comme « professionnelles de la santé », ces intervenantes demandent une considération particulière dès lors qu'elles sont habilitées à :

- aider la personne lors des soins corporels ou prodiguer les soins à sa place ;
- préserver et promouvoir le bien-être physique et psychique des personnes accompagnées.

A noter que les ASE acquièrent des connaissances théoriques des soins³ mentionnés en marge mais n'ont pas l'occasion de les exercer dans le cadre de leur formation pratique à l'école.

Selon les cas, elles dispensent ces soins particuliers, sur les lieux de stage, sous le contrôle des infirmières des établissements

L'ASE pratique les soins exclusivement à titre dépendant.

3.1 L'infirmière

C'est une personne formée pour, notamment donner professionnellement les soins ci-après :

- a) accompagner dans les situations de crise et dans la période de fin de vie;
- b) participer aux mesures préventives, diagnostiques et thérapeutiques;

³ Surveillance des signes vitaux et du bilan hydrique ; glycémie capillaire, tests urinaire simples, changement de pansement septique et aseptique, traitement et soins en cas de Cystofix, de sonde à demeure et de stomie, injections sous-cutanées, administration de nourriture par sonde en cas d'accès existants.

- d) participer à des actions de prévention des maladies et des accidents, de maintien et de promotion de la santé, de réadaptation fonctionnelle et de réinsertion sociale;
- e) encadrer, former, conseiller dans le domaine des soins infirmiers.

Elle donne ces soins de façon autonome à l'exception des actes médico-techniques où elle agit sur délégation du médecin.

L'infirmière pratique les soins à titre dépendant ou indépendant.

3.2 L'infirmière assistante

Sous la direction du médecin ou de l'infirmière, elle dispense des soins de base et participe aux soins techniques. Elle dispense, de sa propre initiative, les soins d'hygiène et de confort dans les établissements pour malades chroniques. Elle assume un rôle autonome et délégué.

L'infirmière assistante pratique exclusivement à titre dépendant.

3.3 L'assistante en soins et en santé communautaire (ASSC)

Elle accompagne des personnes et supplée aux activités complexes de la vie quotidienne. Elle assure également des prestations relevant des domaines administratifs, logistiques et, sur délégation, des soins et des actes médico-techniques simples. Les soins et les activités de la vie quotidienne *complexes* sont délégués par les infirmières diplômées, à l'exception des actes médico-techniques qui le sont par le médecin. Elle assure un rôle autonome et délégué.

L'ASSC pratique exclusivement à titre dépendant.

4 Principes de délégation

Nota bene : les soins corporels quotidiens simples sont assurés de manière autonome par l'ensemble du personnel social et soignant et ne sont pas sujets à délégation.

1. Les prestations de soins, de suppléance ou d'assistance *aux gestes complexes de la vie quotidienne*⁴ sont déléguées, sous forme écrite et précise par une infirmière diplômée, ou pour leur domaine de compétences, par une autre professionnelle de la santé (diététicienne, ergothérapeute, physiothérapeute, etc.).
2. Les actes médico-techniques sont délégués par le médecin traitant au personnel soignant reconnu comme tel au sens de la LSP. Les présentes recommandations sont respectées. *En cas contraire*, il donnera des instructions écrites signées et précises indiquant notamment l'acte demandé, les dosages éventuels, les horaires ainsi que le nom de la personne à qui le geste est délégué. En cas de problème, le médecin prescripteur répond sur le plan légal.
3. La délégation d'un acte ne se fait pas opportunément en fonction des ressources disponibles mais en fonction des compétences requises.

⁴ Il est entendu ici par prestations de suppléance ou d'assistance complexe, des prestations délivrées à des résident-e-s atteint-e-s gravement dans leur autonomie fonctionnelle avec des troubles moteurs et somatiques qui ont été évalués comme importants par le médecin traitant.

4. La délégation prend en compte l'expérience et les aptitudes du personnel concerné.
5. La délégation est accordée ad personam et doit être fondée sur des directives explicites.
6. La délégation est faite en tenant compte de l'ensemble de la situation de la personne bénéficiaire de l'acte, à savoir :
 - son état de santé (risque ou non de péjoration stable/instable) ;
 - les caractéristiques de son environnement ;
 - la multiplicité des paramètres à observer et/ou à contrôler durant l'exécution de l'acte ;
 - la nécessité connue ou supposée de devoir adapter la technique apprise durant la formation spécifique ;
 - les personnes qui donnent des soins sans qualification sont formées par une infirmière diplômée.

Remarques particulières :

Il n'y a pas de geste ou d'acte simple. Le contexte est déterminant pour définir la complexité du soin et pour décider qui est habilité à l'effectuer.

A cet égard, les compétences d'évaluation des prestations complexes d'assistance ou de suppléance aux activités complexes de la vie quotidienne appartiennent au personnel de santé reconnu par la LSP (infirmière niveau II, I, titre unifié ou bachelor ou toute autre professionnelle).

Les équipes éducatives sont impliquées dans le processus d'analyse des situations de soins complexes (regards croisés).

5 Modalités d'application

En application des principes mentionnés ci-avant, certains actes enseignés dans les différentes formations et conférant, sur le principe, l'habilité à les exécuter ne sont pourtant pas sans autre autorisés et/ou peuvent ne pas figurer dans le cahier des charges de la titulaire.

A contrario, dans certaines situations, des soins non enseignés dans le cadre des différentes formations, peuvent être délégués à du personnel d'assistance si :

- le personnel concerné a été dûment enseigné par une infirmière ou, selon la prestation, une intervenante spécialisée (ergothérapeutes, physiothérapeute, diététicienne, etc.);
- les compétences sont régulièrement évaluées par la personne qui délègue la prestation;
- la supervision par du personnel expert et diplômé est explicitement planifiée.

La direction de l'établissement élaborera, conjointement avec la responsable des soins et le médecin responsable, un « document interne » précisant : la liste des soins et les actes médico-techniques

pouvant être délégués. Cette liste sera conforme aux principes énoncés et à la liste figurant dans le présent document ; cas échéant, la direction identifiera les actes et les soins qui sont pratiqués dans l'établissement et qui ne figureraient pas dans cette liste. L'établissement s'engage à respecter les termes dudit document.

Lors de tout nouvel engagement, chaque employé est informé de la politique de l'établissement en matière de délégation et reçoit ce document qu'il s'engage à respecter.

Si un collaborateur juge ses compétences insuffisantes - faute de pratique par exemple - pour pouvoir exécuter un soin en toute sécurité, il se doit de refuser de l'exécuter, même si celui-ci figure dans la liste des actes qu'il est autorisé à faire compte tenu de son statut et de sa formation. Cas échéant, l'employeur pourra exiger une mise à niveau.

6 Médicaments

6.1 La remise des médicaments (distribution)

La remise des médicaments, prêts à l'emploi ou à préparés, est assurée par du personnel qui dispose des qualifications et de la formation adéquates. Les compétences et les responsabilités sont clairement attribuées.

Les processus sont adéquats et sont formellement décrits dans des directives et procédures élaborées au sein de l'établissement.

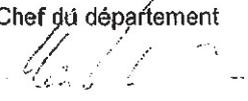
6.2 L'administration des médicaments

Seules les personnes ayant suivi une formation ad hoc sont habilitées à administrer des médicaments sous la surveillance et le contrôle d'une personne ayant suivi une formation médicale.

Sur prescription médicale écrite, les infirmières et les assistantes médicales ainsi que d'autres professionnelles peuvent être amenées à administrer des médicaments pour autant qu'ils disposent des connaissances requises et que les principes de délégation soient respectés.

Lausanne, le 5 Mars 2012

Le Chef du département


Pierre-Yves Maillard



Service de prévoyance
et d'aide sociales

Av. des Casernes 2
BAP
1014 Lausanne

Aux Directions d'établissements
socio-éducatifs

Réf : FJA/afb

Lausanne, le 8 juin 2012

Recommandations relatives aux conditions de délégation des actes médico-techniques et directives pour l'application de l'article 117 LSP pour les pharmacies des établissements socio-éducatifs

Mesdames les Directrices,
Messieurs les Directeurs,

En préambule, nous tenons à vous remercier pour votre participation à la séance de présentation du 11 mai 2012, consacrée aux actes médico-techniques pratiqués en établissements socio-éducatifs. A cette occasion, nous avons convenu que vous nous fassiez part, d'ici au 31 octobre 2012, de vos éventuelles demandes d'adaptation de ce texte, si vous deviez constater une inapplicabilité de certaines de ses dispositions. Le cas échéant, nous pourrions disposer d'un texte définitif pour la fin du mois de novembre de cette année.

En complément de ces recommandations, nous vous transmettons également, en annexe, les directives du Département de la Santé et de l'Action Sociale concernant l'application de l'article 117 LSP pour la détention et le stockage des médicaments dans vos établissements. En application de ces dernières, vous voudrez bien transmettre les coordonnées des personnes en charge de la surveillance des médicaments dans vos établissements : pharmacien et professionnel de la santé, à Mme Nathalie Ronzani Thuillard, juriste de la section APHAGI, en charge des autorisations d'exploiter, d'ici au 31 octobre 2012.

En vous remerciant pour votre précieuse collaboration, nous vous prions d'agréer, Mesdames les Directrices, Messieurs les Directeurs, nos salutations distinguées.

Françoise Jaques

Cheffe de service

Annexes ment.

Copie : M Jean-Jacques Schilt, Président AVOP

Mme Catherine Staub, secrétaire générale adjointe AVOP

Directives du Département de la santé et de l'action sociale, relatives à l'application de l'article 117 LSP pour les pharmacies des établissements socio-éducatifs

L'article 117 LSP précise que : « Le département peut autoriser les établissements sanitaires, les institutions socio-éducatives et les établissements de détention à tenir une pharmacie non accessible au public pour les traitements effectués dans ces établissements. Cette pharmacie est placée sous le contrôle du pharmacien. »

Cependant l'établissement qui détient des médicaments acquis directement au nom des patients n'est pas soumis à l'obligation d'autorisation pour la détention des médicaments. Les médicaments soumis à la prescription médicale doivent être acquis au moyen d'ordonnances médicales nominatives.

Les responsabilités doivent être définies :

- La pharmacie d'établissement est placée sous la surveillance d'un pharmacien autorisé à pratiquer dont le nom est transmis au service. Son taux d'activité et son cahier des charges doivent être fixés par écrit. Il est responsable de conseiller et de collaborer à la formalisation de procédures institutionnelles pour le stockage, la distribution, et le contrôle des médicaments.
- Les ESE qui détiennent des médicaments pour les résidents désignent un professionnel de la santé ayant les connaissances requises comme responsable du stockage des médicaments et l'annoncent au service. Son taux d'activité et son cahier des charges doivent être fixés par écrit.
- Le responsable du stockage des médicaments réfère au médecin pour les questions relatives à la prescription médicamenteuse et au pharmacien fournisseur des médicaments pour les questions relatives à leur remise et à leur administration.

Les locaux et les équipements doivent répondre aux critères suivants:

- Les locaux où sont stockés les médicaments doivent être adaptés aux activités effectuées et inaccessibles aux personnes non autorisées.
- Les meubles de stockage doivent être réservés aux seuls produits thérapeutiques.
- Les locaux et réfrigérateurs doivent faire l'objet d'un contrôle de température.
- Les médicaments stockés dans le réfrigérateur doivent l'être dans une boîte afin de les séparer de la nourriture.

La surveillance doit être organisée :

- Le responsable de santé désigné comme responsable du stockage des médicaments organise et surveille, en collaboration avec le médecin

responsable et le responsable du secteur santé, la distribution des médicaments dans l'établissement.

- Il contrôle la pharmacie ou le stock de médicaments ainsi que les dépôts de médicaments décentralisés dans l'établissement.
- Il établit un rapport sur les contrôles effectués.
- L'ESE définit avec le pharmacien, les modalités relatives à l'acquisition, au stockage, à la distribution, à la remise et à l'élimination des médicaments.
- Les médicaments prescrits nominativement pour les résidents et non utilisés en raison d'un changement de traitement, de décès, ou de péremption sont restitués au pharmacien fournisseur.

Les stupéfiants :

La législation fédérale pour les stupéfiants et les dispositions cantonales d'exécution sont applicables. En particulier :

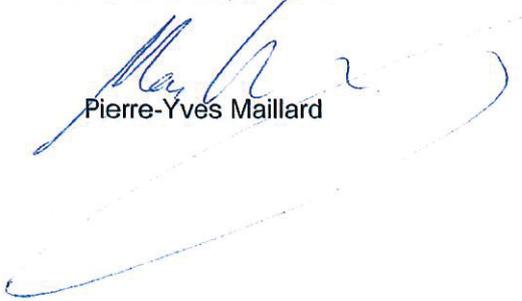
- Les stupéfiants doivent être tenus sous clé séparément des autres médicaments.
- Une comptabilité des stupéfiants doit être tenue

Inspections :

Le service peut inspecter en tout temps les pharmacies d'établissements ou les lieux de détention de médicaments dans les établissements socio-éducatifs.

Lausanne, le 7 juin 2012

Le Chef du département



Pierre-Yves Maillard

PROJET NON VALIDE PAR LE GROUPE DE TRAVAIL

LISTE DES ACTES MEDICO-TECHNIQUES, DES SOINS ET DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE AUX ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE EFFECTUES DANS ETABLISSEMENTS SOCIO-EDUCATIFS (ESE)

La liste des activités ci-après fait partie intégrante des présentes recommandations. Elle reprend l'ensemble des soins les plus fréquents dans les ESE sans pour autant avoir un caractère exhaustif. Elle précise quels sont les actes qui peuvent être délégués et à qui. Elle se réfère principalement à la liste faisant partie intégrante de la Recommandation du Chef du DSAS du 31 juillet 2008.

Les rubriques comprenant la marque Oui** signifie que la personne est habilitée à faire le soin si elle a été dûment enseignée, supervisée et évaluée par une infirmière ou un intervenant spécialisé
 Les rubriques comprenant la marque Oui**** sont accompagnées d'une remarque circonstanciée.
 Les rubriques comprenant la marque (!) signifient que les veilleurs I et II sont assimilés à une de ces fonctions

LISTE DES ACTES DE SOINS	Autorisé selon nom initial		Autorisé selon nom initial		Autorisé selon nom initial		Autorisé selon nom initial		Autorisé selon nom initial		Ne concerne pas stages découverte		Remarques particulières
	Inf	Eds HES/ES	MSP	Inf-Ass. ASSC	ASE	AS(!)	Aux. CRP (!)	U. Appr.	Aiderstag				
A.- Respiration													
Humidification vapeur froide	Ou	Ou	Non	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou****	Ou**				**** Selon le plan de formation et le stade des études
Fumigation	Ou	Ou**	Non	Ou	Ou**	Ou**	Ou**	Ou****	Non				
Exercices respiratoires (bureau, tousser, cracher)	Ou	Ou****	Non	Ou	Ou****	Ou****	Ou****	Ou****	Non				****Ce soin doit être enseigné par une infirmière ou par physiothérapeute
Aérosols (sans préparation)	Ou	Ou**	Ou	Ou	Ou**	Ou**	Ou**	Ou****	Ou**				
Aspirations buccales et sécrétions	Ou	Non	Non	Ou	Non	Non	Non	Non	Non				
Soins locaux d'une trachéotomie	Ou	Non	Non	Ou**	Non	Non	Non	Non	Non				**** Les ASSC ne sont pas formées pour ce soin durant leur formation initiale
Installation BIPAP/CPAP****	Ou	Ou**	Ou**	Ou**	Ou**	Non	Non	Non	Non				****La pose et l'adaptation sont faites par la Ligue pulmonaire
Oxygénothérapie	Ou	Ou**	Non	Ou**	Ou**	Ou**	Ou**	Non	Non				****Si situations "simples" si débit est réglé soit résident, soit collègue habilité à le faire
B.- Alimentation													
Aide pour l'alimentation (y compris avec moyens auxiliaires)	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou				
Contrôle de la prise alimentaire	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou				
Contrôle des apports liquidiens	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou				
Alimentation par sonde naso-gastrique	Ou	Ou**	Non	Ou	Non	Non	Non	Non	Non				
Pose de sonde gastrique	Ou	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non				
Soins et surveillance d'une sonde naso-gastrique (contrôle de la position)	Ou	Non	Non	Ou	Non	Non	Non	Non	Non				
Soins et surveillance d'un porteur de sonde PEG****	Ou	Ou**	Non	Ou**	Ou**	Ou**	Non	Non	Non				**** La surveillance porte sur la sonde : observation, positionnement etc
Changement de la sonde PEG	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non				
Alimentation par PEG****	Ou	Ou**	Non	Ou**	Ou**	Ou**	Non	Non	Non				****se réfère au branchement et à l'arrêt
Utilisation et entretien des nutri-pompes	Ou	Ou**	Non	Ou**	Non	Ou**	Non	Non	Non				
C.- Elimination													
Assistance (urinal, bassin de lit, aide pour les WC)	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou				
Soins intimes	Ou	Ou**	Ou**	Ou	Ou**	Ou**	Ou**	Ou****	Ou**				
Soins d'incontinence	Ou****	Non	Non	Ou****	Non	Non	Non	Non	Non				****Sur instruction d'un spécialiste
Pose de tère sonde vésicale	Ou****	Non	Non	Ou****	Non	Non	Non	Non	Non				**** Si matériel disponible à complications (hémonagie par exemple)
Changement de sonde	Ou	Non	Non	Ou	Non	Non	Non	Non	Ou****				
Soins et surveillance de sonde vésicale	Ou	Ou**	Ou**	Ou	Ou**	Ou**	Ou**	Ou****	Non				
Soins et surveillance de sonde sup pubienne	Ou	Ou**	Non	Ou**	Non	Non	Non	Ou****	Non				
Changement d'urinal	Ou	Ou**	Ou**	Ou	Ou	Ou	Ou**	Ou****	Non				
Stomie: changement de poche (situation stable)	Ou	Ou**	Non	Ou**	Non	Non	Non	Ou****	Non				
Extraction d'un Néolome rectal	Ou	Non	Non	Ou**	Non	Non	Non	Non	Non				**** Les ASSC ne sont pas formées durant leur formation initiale
Lavage de vessie	Ou	Non	Non	Ou	Non	Non	Non	Ou****	Non				
Lavement de moins de 100 ml	Ou	Non	Non	Ou	Non	Non	Non	Ou****	Non				
Lavement de moins de 300 ml avec sonde rectale	Ou	Non	Non	Ou	Non	Non	Non	Ou****	Non				
Ouvres et suppositoires	Ou	Ou****	Non	Ou	Ou**	Ou	Ou	Ou****	Non				****Les Eds doivent pouvoir refuser ce soin s'ils le jugent que ce soin affecte la relation d'accompagnement
Prélevement d'urine	Ou	Ou**	Non	Ou	Ou**	Ou**	Ou**	Ou****	Non				
Surveillance du transit	Ou	Ou**	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou				
D.- Hygiène et assistance aux gestes de la vie quotidienne													
Soins d'hygiène dans situations complexes ****	Ou	Ou**	Non	Ou	Ou	Ou	Ou**	Ou****	Non				****Soins requérant des connaissances en physiopath (diabète instable, cachexie, soins palliatifs)
Hygiène buccale	Ou	Ou	Ou**	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou**				
Soins de bouche complexe	Ou	Ou**	Non	Ou	Ou**	Ou	Ou	Ou**	Non				
Entretien et aide à la mise en place d'appareils auditifs	Ou	Ou	Non	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou**	Ou**				
Aide à l'habillage	Ou	Ou	Ou**	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou				
Rafistolon du lit occupé et inoccupé	Ou	Ou	Non	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou				
Prévention des escarres	Ou	Ou**	Non	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou****	Ou				
Soins des ongles diabétiques et situations complexes	Ou**	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non				Recours à une pédicure ou effectué par une infirmière formée à cet effet
Techniques de massage de confort	Ou**	Ou**	Non	Ou**	Ou**	Ou**	Ou**	Non	Non				Enseigné par professionnels du massage

E- Mobilisation											
ID	EDS	HES	ES	WSP	LAASC	ASE	AS	ASCR	Appr/Et	Abstrétagable	
Nœud, ar on passiv (exercices musculaires structurés)											
Ou	Ou	Non	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Non	
Relaxation et positionnement											
Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	
Bandage des membres inférieurs											
Ou	Ou	Non	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	
Utilisation des moyens orthèses											
Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	*** Sur retour en physio ou ergo selon les situations
F- Traitements et actes médico-techniques											
ID	EDS	HES	ES	WSP	LAASC	ASE	AS	ASCR	Appr/Et	Abstrétagable	Remarques
Préparation des médicaments :											
- 5 rogn, gouttes, onguents, patches											
Ou	Ou	Non	Ou	Non	Ou	Non	Non	Non	Non	Non	
- comprimés											
Ou	Ou	Non	Ou	Non	Ou	Non	Non	Non	Non	Non	
- stupéfiants											
Ou	Ou	Non	Ou	Non	Ou	Non	Non	Non	Non	Non	*** Accès aux stupéfiants interdits durant la formation
- insuline											
Ou	Ou	Non	Ou	Non	Ou	Non	Non	Non	Non	Non	*** Préparation insuline selon un protocole établi par le médecin traitant
- par injection m											
Ou	Non	Non	Ou	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	
- par injection sous cutanée											
Ou	Ou	Non	Ou	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	
- par injection iv											
Ou	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	
Distribution des médicaments :											
ID	EDS	HES	ES	WSP	LAASC	ASE	AS	ASCR	Appr/Et	Abstrétagable	
- 5 rogn, gouttes, onguents, patches											
Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Non	*** Selon plan de formation ou études
- comprimés											
Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Non	
- stupéfiants (comprimés, 5 rogn, gouttes, patches)											
Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Travaux de médicament selon procédure interne
- insuline (sous cutanée)											
Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Non	Non	Non	Non	Non	Non	
- par injection m											
Ou	Ou	Non	Ou	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	** peut être effectuée par une IA au bénéfice d'une formation reconnue par le DSAS (Espace compétences SA HES va s'appliquer)
- par injection sous cutanée											
Ou	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	
- par injection iv											
Ou	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	
- injection antalgique											
Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Non	
Préparations diverses											
ID	EDS	HES	ES	WSP	LAASC	ASE	AS	ASCR	Appr/Et	Abstrétagable	
Aide à la prise de médicaments											
Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Non	*** Selon plan de formation
Prélevement de sang											
Ou	Non	Non	Ou	Ou	Non	Non	Non	Non	Non	Non	*** Peut être effectué par une IA si formation reconnue (E SA-HES va s'appliquer)
Préparation d'une perfusion isolée, le sans adjonction de médicaments											
Ou	Non	Non	Ou	Ou	Non	Non	Non	Non	Non	Non	idem
Branchement d'une perfusion périphérique sans médicaments pour hydratation											
Ou	Non	Non	Ou	Ou	Non	Non	Non	Non	Non	Non	idem
Réglage du débit (connaissance des pompes)											
Ou	Non	Non	Ou	Ou	Non	Non	Non	Non	Non	Non	
Indication et application de poche à glace											
Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	
Application de compresses chaudes et froides											
Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	
Soins de plaies aérées											
Ou	Non	Non	Ou	Ou	Non	Non	Non	Non	Non	Non	
Soins de plaies non aérées											
Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	
Application d'onguents dermatologiques											
Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	
TA, purification, T6, respiration (signes vitaux)											
Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Non	
Poids et taille											
Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	
Taxis simples (taxis unilatéraux, bilatéraux)											
Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Non	
Système											
Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Ou	Non	
Soins thérapeutiques des oreilles											
Ou	Non	Non	Ou	Ou	Non	Non	Non	Non	Ou	Non	



Service de prévoyance
et d'aide sociales

Av. des Casernes 2
BAP
1014 Lausanne

Aux directions des établissements
socio-éducatifs concernés

Lausanne, le 13 février 2013

Informations concernant les renforts à l'encadrement

Madame la Directrice, Monsieur le Directeur,

Le SPAS procède actuellement au recensement de l'ensemble des situations individuelles particulières bénéficiant de renforts à l'encadrement dans les établissements socio-éducatifs du canton.

Un premier état des lieux nous montre l'importance des moyens financiers qui sont engagés, confirmant ainsi les informations déjà transmises lors des négociations du budget 2013. De même, nous constatons une augmentation continue des demandes.

Par conséquent, nous sommes aujourd'hui confrontés à un phénomène qui, pris dans son ensemble, dépasse amplement les capacités financières du SPAS. Pour cette raison, nous nous voyons dans l'obligation de vous transmettre les informations suivantes.

Premièrement, nous allons limiter le renouvellement des renforts extra-budgétaires déjà octroyés uniquement jusqu'à fin juin 2013 afin d'en évaluer l'impact sur l'entier de l'année et d'en estimer la viabilité financière pour notre service. Les renforts inscrits au budget ne sont pas concernés par cette mesure mais doivent être clairement identifiés.

Deuxièmement, afin de réguler et clarifier l'engagement financier ainsi que dans un souci de répondre aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap que vous accueillez, nous vous prions de bien vouloir adopter les principes suivants :

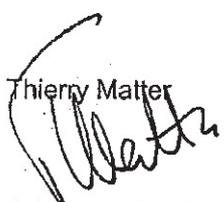
- 1) Le renfort à l'encadrement est temporaire et en ce sens ne peut pas répondre à un besoin sur le long terme.
- 2) Lors de nouvelles demandes, l'établissement transmet un courrier de motivation au SPAS dans lequel figurent les informations suivantes : la situation personnelle, la dotation du groupe et la description de la population accueillie, l'évaluation socio-éducative et les diagnostics médicaux, la description de la problématique, les projets et objectifs prévus qui justifient la demande de renfort, les critères d'évaluation de l'atteinte des objectifs ainsi que les perspectives de retour à l'effectif habituel.
- 3) Le courrier comprend aussi des informations liées au financement de la demande (EPT, coût estimé et niveau de formation du renfort envisagé).

4) Les éventuelles demandes de renouvellement du renfort ne pourront être analysées que sur la base des démarches stipulées dans le courrier de confirmation du SPAS.

Enfin, nous aimerions souligner que, compte tenu de l'ampleur des demandes et des capacités financières du SPAS mentionnées auparavant, nous serons amenés à prioriser les demandes de renfort dont le besoin sera le plus important et/ou urgent.

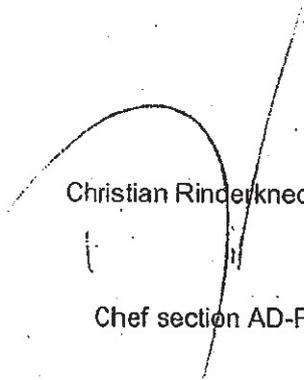
Nous restons bien évidemment à votre disposition pour toute information complémentaire. Nous vous invitons à adresser à M. Vlad Fernandez, conseiller socio-éducatif, ou M. Eric Nagy, conseiller socio-professionnel, vos éventuelles demandes à ce propos.

En vous remerciant de l'attention portée à ce qui précède, nous vous prions d'agréer, Madame la Directrice, Monsieur le Directeur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Thierry Matter

Chef de la section APHAGI



Christian Rinderknecht

Chef section AD-FIN

CHRISTIAN BONSON



LES DANGERS
D'UNE PLANÈTE
SUREXPLOITÉE
PAR L'HOMME

Vaud Futur, page 32



OLIVIER ALLIENBACH

LE LHC MOUILLE
PUIS DÉVOILE
SON MAILLOT
TOUT NEUF

Sports, page 13

298 OFFRES

24 Express

FONDATION ECHAUD
LES ESSERTS
P. P. 20
1053 Cugy VD

24heures

Le grand quotidien vaudois. Depuis 1762 | www.24heures.ch

Grâce à sa victoire contre Bachdats hier à Fribourg, Stan Wawrinka s'est ouvert la porte des 8es de finale de la Coupe de Suisse.

Page 15

Le nouveau Cery, 107 millions, passe son examen politique

Le projet initial coûtait 170 millions. Le Grand Conseil débat d'une mue «indispensable»

Pas un lit de plus, pratiquement, mais 106,7 millions de francs sur l'ardoise de l'Etat. Le projet de transformation complète du site de Cery est pourtant loin d'être un paradoxe. Il répond aux nouveaux besoins de la psychiatrie, dont les pratiques et les outils ont considérablement évolué depuis les années soixante,

date de la dernière intervention majeure sur les infrastructures de l'hôpital psychiatrique de Prilly. Et encore, le projet soumis demain au Grand Conseil, qui doit voter sur l'octroi du crédit, a été considérablement raboté pour éviter les rebuffades politiques. A l'origine, le complexe nouveau était devisé à 170 millions. Il a

Point fort, page 3

L'histoire de l'hôpital psychiatrique de Cery

La visite en détail des nouvelles unités du projet

fallu renoncer à deux étages du nouveau bâtiment.

Il est loin le temps où l'on parquait les «aliénés» derrière une forêt, loin du centre et des regards. Le futur Cery sera davantage ouvert et accessible aux visiteurs, soit par l'aménagement des parcs, soit par la création d'un restaurant.

Les diverses unités de soins amélioreront nettement l'environnement et la sécurité des malades. Une spécialité sans équivalent en Suisse complète le projet: un établissement sécurisé pour des délinquants parvenus au bout de leur peine, mais qui doivent rester internés en raison de leurs troubles psychiatriques.

Plus sûr, ouvert sur le monde les raisons du nouveau Cery

Investissement L'architecture du futur complexe est l'illustration des changements intervenus dans le traitement de la souffrance psychique. Débat demain au parlement

Daniel Audétat

En sollicitant un crédit de 106,7 millions pour construire un nouvel hôpital dans les bois de Cery, la psychiatrie fait-elle marche arrière? «Le projet peut paraître paradoxal, reconnaît Jacques Gasser, chef du Département de psychiatrie du CHUV, mais il s'inscrit dans une continuité en répondant aux besoins contemporains.» Le nouvel ensemble sera destiné au traitement des crises aiguës de personnes qui, le reste du temps, sont placées en institutions ou suivies sur un mode ambulatoire. Débattu demain au Grand Conseil, ce projet est une étape majeure dans l'évolution de la psychiatrie vaudoise.

Au XIXe siècle, les autorités cantonales ont acheté la campagne de Cery et ses forêts pour y construire un hôpital psychiatrique avec le souci de soustraire aux regards les malades mentaux. Sans que la situation décentrée de l'institution soit remise en question, un nouveau bâtiment a été construit pour la psychiatrie générale en 1959, un autre pour la psychogériatrie en 1963. Dans les années 1970, l'établissement a compté jusqu'à 750 patients. L'arrivée des neuroleptiques et des antidépresseurs a ensuite bouleversé la prise en charge thérapeutique. Ciblés en fonction des troubles, les traitements ont favorisé la réinsertion des malades.

Tandis que les institutions spécialisées se multipliaient et qu'un réseau de prise en charge ambulatoire se développait, la psychiatrie s'est livrée à un formidable mouvement de déshospitalisation. A Cery, le nombre de lits du secteur adultes est passé de 216 en 1987 à 105 en 2010. Dans le même temps, la mission de la psychiatrie clinique a évolué: elle ne reçoit plus ses patients pour de longues

«Ce projet peut paraître paradoxal mais répond aux besoins contemporains»



Jacques Gasser, chef du Département de psychiatrie du CHUV

jurées, mais le temps de les stabiliser lorsque leurs troubles se manifestent de façon extrême.

Aujourd'hui, l'architecture du complexe est aussi vétuste qu'inadaptée, en particulier sur le plan de la sécurité. Il aurait pu paraître rationnel de construire un nouvel hôpital dans le périmètre central du CHUV. Mais le site de Cery a ses avantages. D'abord, avec le LEB qui circule désormais au quart d'heure, il n'est plus si décentré. Ensuite, grâce au Centre de neurosciences psychiatriques, il s'est transformé en campus universitaire où recherche, enseignement et activités cliniques sont complémentaires. Enfin, les jardins et la forêt qui entourent le complexe seront réaménagés pour s'ouvrir au public. Ce qui servira un objectif essentiel: déstigmatiser la psychiatrie.

Reste la politique. Pour passer la rampe, le coût du projet a été ramené de 70 à 106,7 millions, notamment en renaissant à construire deux étages de l'aile ad du nouveau bâtiment. Malgré les perspectives démographiques, la capacité des unités de psychiatrie générale restera inchangée, à un lit près... L'augmentation de l'effectif du personnel soignant sera pour les nouvelles unités, consacrées aux handicapés mentaux, aux mineurs et aux détenus sous mesures d'internement en phase de réinsertion.



Le corps principal du nouvel hôpital psychiatrique sera adossé à la colline. A droite (rosé), l'établissement de réhabilitation sécurisé



L'espace d'accueil sera organisé autour de puits de lumière.



Les jardins seront aménagés pour s'ouvrir aux promeneurs.

Visite d'un bâtiment conçu pour déstigmatiser la psychiatrie et ses patients

1 Un rez-de-chaussée voué à l'accueil et aux échanges

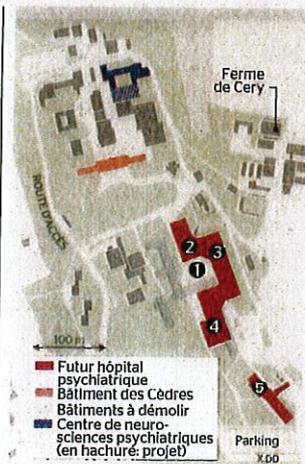
L'hôpital actuel a une même entrée pour la réception des visiteurs et l'admission des patients, souvent en crise manifeste à leur arrivée en ambulance.

Un nouveau dispositif permettra de mieux contrôler les allers et venues. Un accès latéral (au nord) sera réservé à l'enregistrement des patients, aux urgences et aux consultations. Côté lac, une unique entrée publique ouvrira sur un vaste espace baigné par des puits de lumière qui occupera la majeure partie du rez-de-chaussée (1400 m²). Ses diverses fonctions s'adresseront aussi bien aux visiteurs et aux patients qu'aux autres usagers du site, qui, par ses diverses activités (dont la formation et la recherche), regroupe quotidiennement près d'un millier de personnes. Un restaurant sera à disposition de tout ce monde. Les patients suffisamment mobiles y prendront leurs repas. Le site de Cery retrouvera ainsi un pôle fort. Classé au patrimoine historique, le bâtiment des Cédres jouait ce rôle à l'origine.

2 La psychiatrie générale

Cent septante-six lits sur 8270 m² (1186 m² dans l'ancien bâtiment gériatrique), 189 postes, ouverture à la fin de 2015

Actuellement, les «unités de soins» se consacrent aux adultes (95 lits au total) ou aux personnes âgées (80 lits) sont installées dans des bâtiments différents, eux-mêmes divisés en ailes et sections cloisonnées. Ces services seront regroupés sur trois étages dans la partie du nouveau complexe, qui



sera construite en première étape. Jusqu'ici de tailles très diverses, ces unités seront standardisées. Chacune disposera de seize ou dix-huit lits, répartis en chambres d'un ou deux lits avec sanitaires complets (actuellement quatre, parfois cinq lits, avec une toilette pour dix lits). Sur chaque étage, les locaux servant aux fonctions communes (soins, pharmacie, bureaux...) seront disposés de façon à ménager autour des puits de lumière une grande zone ouverte (avec terrasse de 590 m²) pour les activités des patients. Un seul espace est fermé, c'est celui des soins intensifs, qui remplace les anciennes cellules de contention. Il est doté

de trois chambres à un lit, d'un salon et d'une terrasse sécurisée. La disposition de l'ensemble vise à limiter l'impression d'isolement tout en garantissant une sécurité maximale au personnel et à ses patients. La rationalisation du service de veille permet de réduire l'effectif du personnel de cinq postes. En raison du redimensionnement du projet initial, trente-deux lits resteront dans l'ancien bâtiment psychogériatrique. La durée moyenne du séjour est d'environ trente jours pour les adultes.

3 Unité psychiatrique fermée pour mineurs

Dix lits sur 1012 m², 27 postes, ouverture fin 2015

Cette unité est au dernier étage de la partie nord du nouveau bâtiment. On y accède par un ascenseur, qui ouvre sur une entrée sécurisée. Elle dispose d'une grande terrasse, elle aussi sécurisée (840 m²). L'intérieur est conçu pour favoriser une dynamique de groupe. Les fenêtres des dix chambres ne s'ouvrent pas sur les jardins mais sur un espace inaccessible de l'extérieur. Sans équivalent en Suisse romande, cette unité de soins est destinée à des garçons et des filles, de 10 à 18 ans, devenus ingérables par les institutions d'éducation spécialisée qui les suivent. Ils seront placés dans cette unité fermée sur décision de la justice pénale ou civile pour éviter qu'ils ne se soustraient aux soins. Partenaire du projet, le Service de protection de la jeunesse indique que six à huit cas de cette sorte se présentent chaque année. La durée moyenne du séjour est estimée à six mois.

4 Unité de crise pour le handicap mental

Seize places en hôpital de jour et 14 lits sur 1217 m², 52 postes, ouverture à la fin de 2018

A Cery, les deux divisions de trente lits, réservées aux handicapés mentaux, ont été fermées dans les années 1990. Les foyers sociaux éducatifs, qui ont pris en charge ces patients, se sont trouvés démunis lors des cas de crise aiguë. L'unité de Cery se consacrera à stabiliser des symptômes extrêmes. Les séjours de longue durée sont donc exclus. L'espace sera ouvert mais conçu pour éviter les risques de désorientation, de fugues ou de confrontation avec d'autres patients.

5 Etablissement de réhabilitation sécurisé

Vingt lits sur 1595 m², 34 postes, ouverture fin 2017

Sans équivalent en Suisse, cet établissement sécurisé recevra des délinquants parvenus au terme de leur peine mais qui restent incarcérés à cause de mesures d'internement pour troubles psychiatriques. Fin août, le pénitencier de Bochuz et la prison de Lonay détenaient soixante-deux personnes dans ce cas. L'unité de Cery est destinée à des internés dont le risque de récidive pourrait être réduit par un traitement thérapeutique en milieu hospitalier. La prise en charge sera menée en collaboration avec des institutions extérieures en vue de la libération. Cet établissement sera installé dans le rez inférieur et supérieur de l'ancien bâtiment de psychogériatrie, qui sera renoué.