



CANTON DU VALAIS  
KANTON WALLIS

Département de la santé, des affaires sociales et de la culture  
Service de la santé publique

Departement für Gesundheit, Soziales und Kultur  
Dienststelle für Gesundheitswesen

---

## Explicatif des critères d'évaluation des inspections dans les EMS

---

Les inspections dans les EMS se basent sur 7 normes ainsi que de 17 critères s'y référant<sup>1</sup>.

### **Norme 1 : Les droits et la dignité des résidents<sup>2</sup> sont respectés**

#### **1.1 Les droits des résidents, de même que leurs habitudes et leurs choix, sont connus et respectés**

##### Droits des résidents

Chaque résident a droit au respect et à la considération de chacun. Il doit pouvoir bénéficier des conditions nécessaires à la réalisation d'une vie d'homme ou de femme, dans le respect de sa liberté, de sa dignité, de son intimité et de ses aspirations, en tenant compte des droits et devoirs qui en résultent.

Le résident doit pouvoir prendre des décisions concernant sa santé et son traitement en étant correctement informé, il doit pouvoir faire ses propres choix de vie et prendre des risques mesurés. Dans ce sens, l'établissement doit garantir le respect des droits fondamentaux et des droits des patients tels que notamment le choix de son médecin, l'exercice de ses droits civiques, l'accès aux médias et aux divers moyens de communication, l'accès à son dossier de soins, le droit de conserver sa liberté spirituelle et de pratiquer sa religion, le droit d'être informé des recours possibles en interne et en externe contre une décision et/ou un acte de maltraitance, le droit de formuler des directives anticipées et de choisir un représentant thérapeutique.

##### Les habitudes et les choix des résidents sont respectés

Les résidents expriment leurs choix librement et sont stimulés à le faire par l'ensemble du personnel de l'EMS notamment sur la manière dont ils désirent être accompagnés dans leurs activités quotidiennes ainsi que sur les animations qu'ils désirent réaliser.

Les habitudes et les préférences actuelles de chaque résident sont récoltées et documentées notamment pour les soins d'hygiène et les repas. Celles des résidents non communicants sont activement recherchées, par exemple par le biais des proches.

---

<sup>1</sup> Le présent explicatif est partiellement fondé sur un document *ad hoc* du Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud (2017).

<sup>2</sup> Toute désignation de personne, de statut ou de fonction vise indifféremment l'homme ou la femme.

### **1.2 Le rythme et l'autonomie des résidents sont respectés**

Le personnel connaît et évalue régulièrement les capacités et les ressources du résident. Il lui laisse le temps de réaliser sa toilette, de manger son repas (en initiant le geste si nécessaire voire en proposant des repas type « manger-mains »), de se mobiliser à son rythme et l'encourage à faire les gestes qu'il est apte à exécuter. Il respecte ses heures d'éveil et de repos. Le personnel favorise la mobilisation des résidents, il les invite à effectuer des déplacements à pied (par ex. jusqu'à la salle à manger). Toutes les actions visant au maintien ou au développement de l'autonomie sont documentées.

### **1.3 L'estime de soi est préservée**

L'estime de soi est la valeur que se donne une personne d'elle-même, selon ses capacités réelles ou perçues. Elle évolue en fonction des événements, des différents moments de la vie et de l'importance qu'elle donne au regard des autres. L'estime de soi a un impact sur la capacité d'adaptation de la personne, sur son bien-être et sa santé mentale.

Les facteurs qui contribuent à la baisse de l'estime de soi des personnes âgées sont notamment l'apparence physique changeante, la dépendance, les changements. Ainsi, le personnel est présent et disponible pour le résident et lui porte de l'attention. Il connaît le résident et s'efforce de comprendre le sens que celui-ci donne aux événements.

Le personnel apporte au résident une réponse adaptée aux messages verbaux comme non verbaux. Il ne répond pas à sa place et évite toute conversation privée avec ses collègues en sa présence. Il informe le résident de ce qui se passe ou va se passer. Le vocabulaire utilisé évite familiarité et infantilisation.

Le personnel est attentionné à l'image corporelle du résident notamment sur l'hygiène, la coiffure, le rasage et les soins bucco-dentaires. Le résident porte des vêtements propres et adaptés. Lors des soins, le personnel veille à préserver l'intimité du résident par l'utilisation de grands linges/draps et de paravents/rideaux. Il respecte les pratiques usuelles des soins d'hygiène. Le personnel est attentif à la problématique de l'incontinence. Il se soucie de mettre en place des moyens de prévention comme par exemple un schéma WC, une surveillance de l'hydratation.

### **1.4 La sphère privée des résidents est respectée**

La chambre est le seul espace privé qui appartienne au résident. La préservation de cet espace, qui inclut également armoires, table de nuit et autres effets personnels, est essentielle. C'est pourquoi le personnel frappe à la porte avant d'entrer. Il respecte les effets et biens personnels des résidents et dissimule le matériel de soins (protections, pommades, gants, chaise percée, uriflac). Dans la mesure du possible, le personnel limite les perturbations sonores et olfactives.

La chambre du résident est aménagée selon les désirs des résidents. Dans les chambres à deux lits, une attention particulière est portée à ce que chaque résident puisse bénéficier de son espace privatif (clé, pancarte, paravent, etc.) et ait accès à son armoire. Les proches peuvent venir le visiter à l'heure qui leur convient, sans restriction. Si nécessaire (ex : chambre à 2 lits), l'établissement dispose d'un lieu permettant au résident de recevoir de la visite en toute discrétion.

## **Norme 2 : La sécurité des résidents est assurée**

### **2.1 Un système d'appel est à portée des résidents ; des moyens auxiliaires sont proposés; le lieu de vie est adapté**

Le résident peut faire appel à du personnel à tout moment (système d'alarme, passages fréquents). Si la santé du résident ne permet plus l'utilisation d'un système d'appel, d'autres mesures sont mises en place afin de lui permettre de faire appel ou d'être accompagné en cas de besoin. Le personnel répond aux appels dans un délai raisonnable.

Le matériel auxiliaire à disposition des résidents est adapté à leurs besoins, utilisable, propre et en bon état. Il comprend les moyens auxiliaires nécessaires à la mobilisation et favorisant l'autonomie (cannes, fauteuils roulants, barres d'appui/de redressement, rehausse WC, etc.) ainsi que ceux palliant plus spécifiquement et personnellement aux déficits cognitifs et organiques (pince ergonomique, peigne à manche, appareil acoustique, lunettes-loupe, etc.).

L'établissement a identifié les risques liés à son architecture et a mis en place des moyens permettant d'y remédier, par ex : portail devant les escaliers. Les locaux sont adaptés aux handicaps des résidents. De plus, l'EMS aménage divers lieux communs permettant aux résidents des moments de calme, de détente, de convivialité et des lieux adaptés à des activités.

### **2.2 La promotion des activités physiques est active ; les chutes sont analysées ; les techniques de manutention permettent d'assurer des actes confortables**

La perte de masse et de force musculaire liée à l'âge atteint particulièrement les résidents institutionnalisés en EMS. Au-delà d'un certain seuil, ces pertes peuvent limiter les gestes de la vie quotidienne et augmenter le risque de chute. À terme, c'est l'indépendance de la personne âgée qui est menacée.

Les capacités de mobilisation des résidents sont régulièrement évaluées et documentées dans le dossier de soins. L'établissement est actif en termes de prévention des chutes. Ces dernières sont systématiquement analysées et des actions sont entreprises. De plus, le personnel de l'EMS s'engage dans un processus de soutien et d'amélioration de la mobilité du résident notamment en prévoyant des activités physiques (gymnastique, promenades) favorisant la mobilité et le renforcement musculaire de manière régulière (au minimum 1x/semaine).

Le personnel connaît les techniques lui permettant d'assurer des actes confortables et sûrs pour le résident et pour lui-même (PDSB, kinesthésie, Ecole du dos, etc.). Les techniques de manutention sont adaptées en fonction des handicaps.

## **Normes 3 : L'accès à l'information est facilité ; le flux de l'information permet une prise en charge et un accompagnement adaptés**

### **3.1 L'accès à l'information est facilité**

Le programme d'animation, les menus et toute autre information à l'attention des résidents sont affichés en évidence dans les locaux fréquentés. L'affichage est actualisé et les documents sont adaptés quant à leur visibilité et lisibilité (emplacement approprié, hauteur d'affichage, taille de la police, accentuation des contrastes). Une attention est portée aux personnes souffrant de handicaps.

Un système de signalétique adapté favorise l'identification des espaces (privés et communs). L'usage de pictogrammes et de photos peut agir comme repères et permettre la différenciation des lieux.

### **3.2 La transmission des informations garantit la continuité de la prise en charge**

L'information concernant l'état de santé, la prise en charge soignante et l'accompagnement des résidents est transmise par oral lors notamment de colloques et par écrit dans le dossier de soins afin de garantir la continuité des soins et de l'accompagnement. Les soignants transmettent aux bonnes personnes les observations effectuées (anxiété, état tégumentaire, douleur, etc.). Des colloques interdisciplinaires ont lieu régulièrement afin de permettre l'échange d'information entre les différents secteurs (animation-soins, cuisine-soins, etc.). Tous les professionnels impliqués dans la prise en charge du résident (animation, cuisine, etc.) ont accès à son dossier de soins et documentent ses prestations et observations.

## **Norme 4 : La prise en charge des résidents est individualisée et conforme aux standards de qualité en vigueur**

### **4.1 La prévention des escarres, le suivi des plaies ainsi que les soins techniques et de base sont effectués conformément aux règles de l'art**

Les techniques de soins sont effectuées de manière conforme aux règles de l'art et aux bonnes pratiques.

Les soignants identifient les situations à risque d'escarres et utilisent des outils d'évaluation comme l'échelle Braden ou de Norton. Des moyens de prévention sont mis en place pour les résidents à risque (ex : matériel de positionnement, soins des téguments, nutrition, etc.). Une attention particulière est portée aux résidents alités. Des exercices simples sont appliqués de manière sélective, surtout chez les résidents alités et les résidents avec hémiplégie et spasmes. Du matériel de prévention est utilisé (ex : matelas anti-escarre, coussin mémoire, etc.).

Le suivi des plaies est documenté et fait état, au minimum, de la localisation et de la description de la plaie (sous forme écrite et/ou photographique), du traitement appliqué selon l'ordonnance médicale et de la date et fin du traitement lors celle-ci est guérie. Un intervenant externe est sollicité dans les situations de soins complexes requérant un suivi spécialisé (stomatothérapeute, spécialiste du traitement des plaies).

### **4.2 Le plaisir de la table est stimulé ; l'offre nutritionnelle / hôtelière / soignante est adaptée aux besoins**

L'établissement est sensibilisé au problème de malnutrition et/ou de dénutrition de la personne âgée. En conséquence, le poids des résidents est relevé à minima une fois par mois et son évolution est retranscrite dans le dossier. Pour les personnes à risque, le personnel évalue la quantité et la qualité des aliments ingérés par les résidents. Les outils d'évaluation du risque (ex : PAGE, MNA, SGA, PAM, etc.) sont connus par le personnel et utilisés par exemple à l'arrivée du résident puis lors de changement(s) significatif(s) de son état de santé (ex : troubles de la déglutition, inappétence, etc.).

Des actions permettant de prévenir et/ou de juguler la perte pondérale et le déclin nutritionnel sont entreprises en équipe interdisciplinaire. Par exemple, en enrichissant les mets en calories et protéines conformément aux goûts des résidents, en fractionnant les repas, en proposant des mets préférés, en multipliant les propositions de collation en dehors des repas principaux, en adaptant les textures. Ces actions sont décrites, suivies et évaluées régulièrement dans le dossier du résident. En cas de besoin, l'EMS fait appel à un diététicien.

Les repas sont servis selon les normes hôtelières et stimulent l'envie de manger :

- Les menus sont équilibrés, tiennent compte des besoins nutritionnels des résidents et sont adaptés aux régimes alimentaires (mixés, hachés, etc.).
- Les horaires du repas en salle à manger, dans les unités et en chambre, assurent une répartition correcte sur la journée et sont socialement acceptables, au plus tôt dès 11h45 pour le dîner et au plus tôt dès 17h45 pour le souper.

- Les repas sont dressés avec soin y compris les repas mixés. Une attention sur la décoration favorise l'appétit.
- Les mets sont séquencés (entrée, plat, dessert, café ou thé), c'est-à-dire qu'ils sont servis les uns après les autres.

Les particularités alimentaires des résidents (aversions, préférences, allergies, etc.) sont inscrites dans le dossier du résident et en cuisine. Elles sont tenues à jour, connues du personnel et prises en considération dans l'offre des repas.

Lors des repas, les soignants s'assurent que les résidents qui portent des prothèses dentaires les aient bien en place. Le contenu de l'assiette est annoncé en particulier pour les repas mixés. Pour les personnes malvoyantes, l'emplacement des mets dans l'assiette est expliqué. Les résidents avec une dépendance importante bénéficient d'un accompagnement personnalisé.

#### **4.3 Les soins palliatifs et la gestion de la douleur sont conformes aux standards de qualité en vigueur**

##### Soins palliatifs

Les soignants sont sensibilisés à la thématique des soins palliatifs. Les soins offerts sont axés sur la meilleure qualité de vie possible. Le confort du résident est évalué très régulièrement et le soulagement de symptômes est une priorité. Une attention particulière est apportée à l'intégrité des téguments et aux soins de bouche. Les soignants s'assurent de jour comme de nuit du confort de la personne en fin de vie. Les soignants font appel à l'équipe mobile de soins palliatifs lorsque la situation le nécessite (soins spécialisés, pallia 10).

L'accompagnement psychosocial et l'accompagnement en fin de vie impliquent que les familles et/ou les proches puissent être sollicités dans le processus d'accompagnement selon le désir du résident et de ces derniers. Les rituels de fin de vie sont connus et respectent la religion d'appartenance de chacun (croyances religieuses, pratiques funéraires, préparation du corps, deuil, etc.). Les directives anticipées sont connues, respectées et actualisées régulièrement. Il en est de même pour les désirs de fin de vie. L'institution dispose d'une manière de marquer le souvenir des personnes décédées. Les collaborateurs ainsi que les autres résidents ont la possibilité de prendre congé d'un résident mourant ou décédé et d'exprimer leurs condoléances et leur tristesse.

##### Douleur

Le personnel connaît et utilise des outils de dépistage de la douleur chronique ou aiguë adaptés aux handicaps du résident (ESAS, EVA, Doloplus, Algoplus, etc.) pour qualifier et préciser l'intensité de la douleur qu'elle soit physique ou psychologique. L'utilisation de ces échelles doit aussi permettre de valider que le traitement antalgique est et continue d'être efficace. Le personnel veille à atténuer et à soulager les douleurs physiques et les souffrances psychiques. Des alternatives au traitement médicamenteux de la douleur peuvent être proposées telles que les massages thérapeutiques, la réflexologie, la relaxation, etc. L'utilisation de réserves médicamenteuses et les autres actions entreprises sont notifiées dans le dossier des résidents : indication, action, résultat.

#### **4.4 Les soins psychogériatriques sont conformes aux standards de qualité en vigueur**

L'EMS dispose d'un grand nombre de repères stimulant l'orientation des résidents dans le temps et l'espace (horloge, calendrier, etc.). Ces repères sont adaptés aux handicaps. Dans l'environnement direct du résident (et avec son accord), les soignants stimulent également les repères personnalisés du résident (lieu où il se situe, photo de famille, journal de visite, etc.).

Le responsable des soins psychogériatriques offre son expertise professionnelle à tous les secteurs de l'institution.

L'institution utilise régulièrement des outils d'évaluation spécifiques à la démence (l'échelle de Cornell, l'inventaire neuropsychiatrique de Cummings, la Delirium Observation Screening Scale, etc.) afin d'améliorer la compréhension de la maladie, la qualité des soins et l'accompagnement des résidents. Les maladies psychiatriques sont reconnues.

Le personnel favorise la liberté des résidents atteints de démence (déambulation, respect des désirs, etc.). Les soignants sont attentifs aux facteurs somatiques pouvant générer des troubles comportementaux (transit, troubles urinaires, déshydratation, état infectieux, etc.). Ils utilisent les cadres thérapeutiques lorsque la situation le requiert (ex : dépression, phase maniaque, etc.).

## **Norme 5 : La vie sociale est valorisée**

### **5.1 Le maintien des relations avec les proches est valorisé ; les activités proposées aux résidents répondent à leurs aspirations**

Vivre en institution est un risque de rupture avec le réseau social et familial. Le résident doit pouvoir continuer à entretenir ses liens privilégiés et en développer de nouveaux. Pour cela, il doit disposer de moyens de communication tels que le téléphone, la radio, la télévision et un accès à Internet.

Des journaux sont à disposition et une lecture en est faite régulièrement pour ceux qui le désirent. Des sorties sont proposées fréquemment de manière collective et individuelle. L'intégration sociale dans le quartier et la communauté est favorisée par le biais de participations à des rencontres, manifestations, etc. Des activités collectives et individuelles variées sont proposées quotidiennement aux résidents.

### **5.2 Les besoins affectifs et spirituels du résident sont pris en considération.**

Le besoin d'affection est un besoin fondamental de tout être humain. Ce besoin peut s'exprimer de différentes manières. L'amitié, la tendresse, la complicité, l'amour, la sexualité contribuent au bien-être de l'être humain.

L'identification des besoins spirituels des résidents doit aussi faire partie de l'accompagnement. Une approche holistique tenant compte de la dimension « intérieure » de la personne doit être favorisée. Écouter, permettre l'expression des émotions et du processus de deuil et identifier les besoins spirituels sont des tâches de l'accompagnant.

## **Norme 6 : L'EMS dispose d'un dossier individuel permettant la réalisation et l'évaluation des processus de soins et d'accompagnement**

### **6.1 Le dossier du résident permet une prise en charge individualisée des soins et de l'accompagnement**

La traçabilité est essentielle au suivi de l'accompagnement des résidents. Elle participe à la valorisation du travail et peut permettre, cas échéant, au niveau légal, de documenter le suivi effectué. Ainsi, le dossier de soins doit être documenté de manière professionnelle et contenir au minimum les éléments suivants :

- Le résident est une personne riche d'une histoire qui le caractérise aujourd'hui. Son passé et son présent influencent ses projets actuels et futurs. L'histoire de vie récoltée doit permettre de situer le résident sur des axes temporels et biographiques comme personne à part entière. Si un résident, pour diverses raisons, ne veut pas que l'on fasse son histoire de vie, l'information sera précisée dans le dossier. L'histoire de vie doit être partagée volontairement dans un contexte de dignité, de discrétion et de respect. Elle ne s'arrête pas à l'entrée en EMS et doit donc être actualisée régulièrement.

- Le personnel doit connaître les personnes significatives pour le résident. S'ils le souhaitent et avec l'accord du résident, les proches peuvent participer aux activités, aux soins (ex : soutenir l'alimentation, faire des soins d'hygiène) et au processus de soins et/ou d'accompagnement. De même, le personnel soignant doit savoir quel proche contacter en cas de péjoration de l'état de santé.
- Le recueil de données est constitué d'anamnèses permettant à l'équipe d'avoir une connaissance bio-psycho-socio-culturelle et spirituelle du résident. Elles sont nécessaires à la planification d'un accompagnement individualisé.
- Les observations utiles sont des faits importants à connaître, nécessaires à la compréhension globale de la personne. Leur régularité est représentative de l'accompagnement quotidien du personnel.
- Le processus de soins (et/ou projet d'accompagnement) est centré sur le résident. Il permet de construire un accompagnement individualisé qui tient compte des attentes du résident, de ses ressources, de sa personnalité, de ses habitudes de vie et de ses limitations. Se fondant sur l'ensemble des données recueillies, ce projet est élaboré en interdisciplinarité avec le résident et, si souhaité par le résident ou nécessaire en raison de troubles cognitifs, avec ses proches.

Centré sur ce qui donne du sens et du plaisir à sa vie, ce projet vise à construire une réponse adaptée à des attentes et besoins particuliers. Le projet d'accompagnement doit donc contenir les objectifs, actions et moyens mis en œuvre pour y répondre. Ce projet peut s'inscrire dans tous les domaines (vie sociale, spirituelle, activités culturelles, récréatives, rythme de vie, etc.). Il peut concerner des activités ou moments particuliers de la journée, des événements plus épisodiques, voire la réalisation de grands rêves. Le projet d'accompagnement doit être réévalué et, selon l'évolution des désirs et/ou capacités du résident, réajusté.

## **6.2 Les mesures de privation de la liberté de mouvement sont exceptionnelles et sont appliquées de manière conforme**

Les mesures de privation de la liberté de mouvement sont par principe **interdites**.

On entend par mesures limitant la liberté de mouvement:

- Les mesures entravant la possibilité pour un résident de se mouvoir par:
  - des moyens mécaniques qui limitent la faculté d'une personne de se mouvoir (ex : entraves telles que liens ou barrières) ou de quitter un périmètre défini (ex : fermeture des portes, poignée haute ou compliquée) ;
  - des moyens permettant de créer un milieu fermé à l'égard de la personne concernée, de même que les mesures d'isolement (ex : isolement de la personne pour le repas) ;
  - des moyens de surveillance électronique (ex : dispositif électronique anti-fugue se déclenchant au-delà d'un certain périmètre ; tapis alarme) ou au moyen de télésurveillance.
- Les mesures de contention, soit toute mesure de limitation de la liberté de mouvement appliquée directement au corps du résident (ex : liens, attachement du torse, chemise de sécurité, veste de sécurité, fauteuil avec ceinture de corps, blocage sélectif des mains par des attaches ou des gants ou d'autres moyens);
- Les mesures de contrainte, soit toute intervention prise sans le consentement du résident et allant à l'encontre de sa volonté déclarée ou suscitant sa résistance ou, si le résident n'est pas capable de communiquer, allant à l'encontre de sa volonté présumée.

Les mesures collectives, soit les mesures proportionnées s'appliquant à tous les résidents pour leur sécurité (ex : mesures architecturales, ascenseur avec code) ne font pas partie des mesures de restriction de la liberté de mouvement.

**À titre exceptionnel**, et dans le respect strict du cadre légal, les mesures limitant la liberté de mouvement peuvent toutefois être introduites si le comportement du résident présente un grave danger menaçant sa vie ou son intégrité corporelle ou celles d'un tiers, ou perturbe gravement la vie communautaire.

Ainsi, si de telles mesures sont appliquées, l'établissement démontre que l'ensemble des conditions requises par les bases légales valaisannes en vigueur (fond et forme) sont respectées. L'argumentaire des protocoles prouve que leur introduction/maintien/nécessité/durée découle d'une profonde réflexion soignante. Le suivi est rigoureux. L'impact sur la santé des résidents est hautement considéré.

## **Norme 7 : L'EMS respecte les bases légales en matière de dotation et de piquet**

### **7.1 L'EMS respecte les bases légales en matière de dotation et de piquet**

La dotation correspond aux Directives d'autorisation d'exploiter du DSSC au niveau quantitatif et qualitatif.

Une infirmière est présente dans l'établissement au moins 9 heures par jour. En cas d'absence de personnel infirmier dans l'établissement, l'EMS garantit un service de piquet infirmier.

**État** : août 2022