



La cheffe du  
Département de la  
santé et de l'action  
sociale

Av. des Casernes 2  
BAP  
1014 Lausanne

Commission nationale de prévention de la  
torture (CNPT)  
A l'att. de M. A. Achermann, Président  
Taubenstrasse 16  
3003 Berne

« 676'145 »

Lausanne, le 12 août 2019

**Rapport au Conseil d'Etat du canton de Vaud concernant la visite de la  
Commission cantonale de prévention de la torture (CNPT) à l'Hôpital  
psychiatrique de Cery les 18 et 19 avril 2018**

---

Monsieur le Président,

Votre courrier du 21 décembre 2018 accompagné du rapport cité en référence est bien parvenu au Département de la santé et de l'action sociale (DSAS).

Tout d'abord, je vous remercie du délai supplémentaire que vous nous avez octroyé pour vous répondre et vous prie de bien vouloir excuser le temps pris à ce faire.

Suite à un examen minutieux des recommandations contenues dans votre rapport, dont nous relevons la qualité, nous avons attaché une attention particulière à vous donner des informations exhaustives. Nous vous faisons parvenir, en annexe, nos déterminations, élaborées en collaboration avec le CHUV, qui se tient naturellement à votre disposition pour toute information complémentaire.

Vous en souhaitant bonne réception, je vous adresse, Monsieur le Président, mes salutations distinguées.

La cheffe du département



Rebecca Ruiz

**Copie :** Chancellerie, M. le Chancelier Vincent Grandjean, Etat de Vaud, 1014 Lausanne  
CHUV, M. le Directeur général Pierre-François Leyvraz, 1011 Lausanne

**Annexe :** ment.

## Réponse au Rapport du CNPT concernant sa visite à l'hôpital de Cery, les 18 et 19 avril 2018

---

### **Point 10 – Mineurs : La commission invite les autorités compétentes à trouver des alternatives aux placements de mineurs dans l'établissement**

Il convient de souligner que l'hospitalisation de patients mineurs fait partie des cas très exceptionnels (2 hospitalisations d'enfants de moins de 15 ans, 2 de 16 ans et 15 dans leur 17<sup>e</sup> année en 2018, pour 2286 admissions au total) et que ces hospitalisations ne sont effectuées qu'en cas d'extrême nécessité pour la santé psychique du patient lorsqu'aucune autre solution n'a pu être trouvée. Par ailleurs, les lieux et les places d'hospitalisation pour patients mineurs sur le canton font sévèrement défaut et des réflexions sont en cours pour y remédier avec la Direction générale de la Santé.

\*\*\*\*\*

**Point 17 – Plan de traitement : La Commission a pris bonne note du fait que pratiquement tous les patients placés sous un PLAFa disposaient d'un plan de traitement. Elle rappelle néanmoins que, selon les dispositions légales pertinentes, chaque patient devrait bénéficier, dès l'admission, d'un plan de traitement individualisé et modulable, dans lequel les traitements médicamenteux et les objectifs thérapeutiques sont précisés et actualisés, et soumis au consentement de la personne concernée ou sa personne de confiance. L'approbation ou le rejet du plan de traitement doit être confirmé par la signature de la personne concernée ou sa personne de confiance**

Lors de la séance de restitution faisant suite à la visite de la CNPT, il est ressorti clairement que les membres de la commission s'étaient heurtés aux complexités de l'outil Soarian, ainsi qu'aux complexités d'archivages des documents liées à la nécessité de combiner documents informatiques et documents papier encore existants, du fait du retard de leur informatisation, que les cliniciens déplorent. Il leur a ainsi été difficile de vérifier l'exhaustivité de ces documents. Nous pouvons cependant confirmer que chaque patient admis à l'hôpital bénéficie d'un plan de traitement (cf point 18) dont il existe deux formes : avec et sans le consentement du patient. Le document sans consentement du patient contient la mention des voies de recours possibles. Le contenu de ces documents a été validé par le service des affaires juridiques du CHUV.

\*\*\*\*\*

**Point 18 – Plan de traitement sans consentement : La Commission rappelle que les traitements sans consentement doivent être consignés et faire l'objet d'une décision écrite au sens de l'article 434 al. 2 CC. Néanmoins, dès lors que le traitement médicamenteux continu est prévu dans le plan de traitement, la Commission est d'avis qu'une seule décision est suffisante.**

Afin de simplifier le contrôle d'exhaustivité des plans de traitement sous contrainte en attendant que ceci soit possible par Soarian (une fois que le document sera informatisé), un tableau est maintenant produit chaque semaine et adressé au chef de service du PGE. Ce tableau recense la date de toutes les admissions sous PLAFa et la date à laquelle le plan de traitement a été produit.

\*\*\*\*\*

## Réponse au Rapport du CNPT concernant sa visite à l'hôpital de Cery, les 18 et 19 avril 2018

---

**Point 22 – Chambres de soins intensifs à des fins d'isolement : La Commission invite l'établissement à prendre des mesures alternatives à des placements en isolement de plus de 24 heures. Par ailleurs, elle juge problématique le recours à des mesures d'isolement dans le service de psychiatrie de l'âge avancé, en particulier pour des patients souffrant de maladies dégénératives.**

Les chambres de soins intensifs (CSI) ne sont pas des chambres d'isolement, mais réellement un lieu à travers lequel des soins intensifs sont proposés au patient : passage toutes les heures d'un personnel soignant, 6 sorties accompagnées par jour, etc.

Le principal objectif du placement en CSI est donc thérapeutique. Sur un second plan, l'objectif peut également être (1) la régulation des stimulations auxquelles le patient est exposé, (2) la protection des autres patients et du personnel en cas d'état d'agitation grave avec risque hétéroagressif ou, plus exceptionnellement, (3) la mise à l'abri de consommations erratiques de toxiques qui mettent la vie du patient en danger.

Les patients souffrant de maladies neurodégénératives peuvent (comme tout autre patient hospitalisé en psychiatrie) bénéficier de ce type de prise en charge en fonction de leur état clinique et seulement après avoir évalué toutes les autres alternatives possibles.

Lorsqu'un patient est en CSI, une évaluation est faite par un médecin et l'équipe de soins, au maximum toutes les 24 heures, et, en fonction de son état de santé, décider de la suite du traitement.

Il est à noter qu'actuellement en psychiatrie de l'âge avancé, et en fonction des limitations du bâtiment actuel, les chambres de soins intensifs sont parfois utilisées comme chambre normale avec un mobilier adapté et la porte ouverte 24 heures par jour.

Enfin, il convient de préciser que cette problématique sera résolue dès que nous occuperons le nouvel hôpital puisque les CSI deviendront des espaces de soins intensifs comprenant un espace commun et un balcon sécurisé.

\*\*\*\*\*

**Point 23 - Chambres de soins intensifs à des fins d'isolement : La Commission recommande que les mesures d'isolement fassent l'objet d'une décision formelle en vertu des articles 438 respectivement 383 et 384 CC.**

Les mesures de restriction de la liberté font partie du cadre thérapeutique et elles conduisent donc à la production d'un plan de traitement sous contrainte dès qu'un changement significatif survient, que ce soit à l'égard du cadre ou de la médication mise en place.

\*\*\*\*\*

## Réponse au Rapport du CNPT concernant sa visite à l'hôpital de Cery, les 18 et 19 avril 2018

---

**Point 25 – Autres mesures :** À la lumière des standards internationaux, la Commission juge problématique le recours à des agents de sécurité privée pour la surveillance des patients en psychiatrie habilités à faire usage de la contrainte physique. Dans tous les cas, ces mesures de surveillance doivent être consignées en tant que mesure restreignant la liberté de mouvement, et faire l'objet d'une décision formelle.

**Point 28 - Autres mesures :** La Commission estime que le recours à des agents de sécurité privée pour maîtriser les patients agités devrait être limité aux cas les plus graves, dans lesquels il existe un danger imminent pour le personnel médical de l'établissement. Par ailleurs, seules des personnes ayant suivi une formation appropriée dans le domaine psychiatrique devraient être habilitées à procéder à de telles interventions. En revanche, la Commission s'interroge sur la nécessité d'équiper des agents de sécurité avec des menottes, un bâton ou du gel au poivre dans un établissement psychiatrique et recommande à l'établissement de revoir sa politique à cet égard.

Le recours à des agents de sécurité répond à plusieurs objectifs du point de vue des équipes de soins et de l'ensemble des professionnels présents sur le site hospitalier.

1. En psychiatrie, l'exposition au risque d'un comportement menaçant et violent est sensiblement plus importante que dans d'autres institutions de soins. Les collaborateurs qui travaillent dans nos unités psychiatriques de soins aigus le savent, ce n'est pas pour autant qu'ils sont prêts à accepter le risque d'être blessés pendant leur activité professionnelle (ils ont droit à la même protection que leurs collègues des services d'urgence somatique, lieux dans lesquels la violence physique et le recours à des agents de sécurité pour y faire face a souvent été relevée sans susciter de questions particulières).
2. L'employeur a la responsabilité de garantir la sécurité de ses collaborateurs.
3. L'hôpital doit garantir la sécurité des autres patients.
4. La composition des équipes infirmières est à 70% féminine. L'ensemble de l'équipe, pour pouvoir se consacrer aux soins, doit se sentir en sécurité et être sûre qu'en cas de danger imminent, des collaborateurs compétents interviendront pour prévenir, renforcer et protéger. Sans cela, l'absentéisme, les maladies, voire les accidents du travail auront une répercussion sur la composition des équipes (plus de collaborateurs non spécialisés à engager pour remplacer, intérimaires, etc.) avec des effets négatifs sur la qualité des soins.
5. Les patients hospitalisés doivent également être en sécurité et ne doivent pas subir des menaces et des actes violents. La présence des agents est rassurante et montre aussi le cadre à respecter et les moyens que l'institution se donne pour faire respecter les droits de la personne. Dans les situations d'accompagnement 1/1 par un agent dédié, il s'agit de préserver l'intégrité d'un patient contre lui-même et la sécurité des autres personnes présentes (risque de fugue avec violence par ex., agressions physiques imprévisibles sans indications pour une CSI, etc.).
6. Très rarement, le recours à la police est sollicité, lorsque l'agent de sécurité et les soignants sont dépassés et en danger. L'intervention de la police prend entre 10 et 20 minutes. Pendant cet intervalle, les personnes présentes doivent gérer des situations parfois extrêmement graves voire

## Réponse au Rapport du CNPT concernant sa visite à l'hôpital de Cery, les 18 et 19 avril 2018

---

dangereuses pour les soignants et les autres patients. Le rôle de l'agent de sécurité dans ce moment est essentiel.

7. Pour les équipes de soins, le fait d'avoir des agents en uniforme permet de montrer clairement l'image des activités différentes – donner des soins vs assurer la sécurité –. De plus, les techniques pour contenir une personne en utilisant le minimum de force et des gestes qui préviennent les risques de blessure demandent une vraie compétence que les soignants ne peuvent ni acquérir, ni maîtriser, car ce n'est pas ce qui est attendu d'eux.

8. Les agents de sécurité dédiés aux services de psychiatrie, bien qu'appartenant à une entreprise privée, forment un groupe et assument une activité régulière sur le site. Ils ont une formation spécifique pour leur activité au sein des unités psychiatriques et réalisent des formations conjointes avec les nouveaux collaborateurs des soins. Ils sont considérés comme des collègues, et partenaires, et ont des activités coordonnées avec les équipes de soins. Ils bénéficient de la même protection que les collaborateurs du CHUV ( Art. 285 Violence ou menace contre les autorités et les fonctionnaires) et sont soumis au devoir du secret de fonction.

Avant de pouvoir exercer leurs activités au sein d'un établissement psychiatrique, les agents de sécurité ont suivi un cursus de formation interne dans leur entreprise. Plusieurs semaines d'accompagnement et de coaching sont nécessaires pour que l'agent de sécurité puisse œuvrer de manière autonome.

Contractuellement, les agents de sécurité exerçant leur activité à Cery doivent avoir obtenu le Brevet Fédéral d'agent de Sécurité. Une formation annuelle, sous la forme d'un cours de répétition, complète les différentes formations de base liées à leur fonction. La direction de la sécurité effectue régulièrement des contrôles des prestations afin de garantir le suivi et le bon niveau des formations. Les situations complexes sont analysées en débriefing avec le personnel médico-soignant et, selon les circonstances, peuvent servir de cas d'école pour une formation et/ou une adaptation de nos consignes de sécurité. La présence et la collaboration active et solide avec les agents de sécurité permettent de diminuer le recours aux autres mesures de contraintes : contention mécanique, chambres de soins intensifs, unité de soins fermés (qui pénalise l'ensemble des patients de l'unité).

9. L'agent de sécurité est équipé d'un équipement lui permettant d'assurer sa sécurité personnelle, conformément aux obligations liées à la sécurité et la santé au travail. Cela lui permet également d'assurer la sécurité des patients et du personnel selon le principe de la légitime défense, pour lui-même ou pour autrui. La complémentarité du spray au poivre et du bâton tactique offre l'avantage d'une gradation possible des moyens de protection selon l'intensité de l'agression subie afin de préserver au maximum l'intégrité de l'agresseur. Les menottes métalliques sont utilisées pour entraver durant une durée très courte une personne auto ou hétéroagressive. Ce moyen de contention simple et efficace est utilisé de manière exceptionnelle, et permet de sécuriser momentanément une situation. Cela permet à l'agent de sécurité de se dégager de la contrainte physique pour alerter des renforts, et prendre soin de la personne concernée.

10. Le CHUV sous-traite depuis toujours les missions confiées aux agents de sécurité à une entreprise de sécurité privée via un processus de soumission publique. L'entreprise privée de sécurité est au bénéfice d'une autorisation d'exploiter et ses agents sont accrédités par la police cantonale conformément à la loi cantonale et son règlement. Ces bases légales garantissent des

## Réponse au Rapport du CNPT concernant sa visite à l'hôpital de Cery, les 18 et 19 avril 2018

---

prestations conformes et du personnel habilité à les exécuter. Dans le cas d'une exécution à l'interne, le CHUV ne disposerait pas de la sécurité garantie par ces bases légales.

Le personnel mis à disposition est recruté, engagé, habillé, équipé, instruit, planifié et encadré par l'entreprise privée de sécurité.

Ces coûts indirects sont inclus dans le prix de la prestation ainsi que les charges liées au remplacement du personnel en cas d'absence programmée ou non programmée. Le coût de la prestation globale est « in fine » inférieur au coût d'un collaborateur qui serait engagé par l'institution.

L'entreprise privée dispose d'un réservoir important d'agents de sécurité disponibles, et peut mettre à disposition, dans un très court délai, du personnel tout en respectant la loi sur le travail et les congés de son personnel. Cette prestation est très souvent sollicitée par le CHUV pour faire face aux demandes imprévisibles. Le CHUV ne dispose pas d'une telle organisation qui est uniquement rentable pour une entreprise qui dispose d'un potentiel important en termes de clientèle.

Les activités confiées aux agents de sécurité sont difficiles et pénibles en psychiatrie. L'entreprise privée de sécurité, qui est mandatée par des clients très différents, peut offrir à son personnel des missions moins difficiles sur d'autres sites. Cela permet d'équilibrer la pénibilité du travail sur la durée. Elle offre également, compte tenu de son organisation, de réelles possibilités de progression. Le personnel qui serait engagé par le CHUV ne pourrait pas jouir de ces avantages, et n'aurait pas de perspectives d'avenir motivantes. L'activité des agents de sécurité nécessite des capacités physiques qui seraient évidemment moins présentes chez les plus âgés. L'entreprise de sécurité privée peut, grâce à son organisation, mettre à disposition du personnel en pleine capacité de remplir les missions.

**Point 26 – Autres mesures : Bien que le tapis alarme constitue également une mesure de protection pour les patients, la Commission estime que pour des raisons de traçabilité, toutes les mesures restreignant la liberté de mouvement d'un patient doivent être consignées et faire l'objet d'une décision formelle, au moins une fois.**

À l'heure actuelle, et selon la mesure de contrainte/contention, la traçabilité se fait sur 2 logiciels différents – Soarian ou GESCO. Afin de diminuer le risque de confusion et améliorer l'accessibilité à l'information, nous avons demandé le développement d'un logiciel unique (en cours d'exécution par l'équipe SOARIAN).

Il est à noter que les tapis sonnettes sont avant tout un bon moyen de prévention des chutes, permettant aux soignants d'intervenir rapidement auprès des patients à risque.

\*\*\*\*\*

## Réponse au Rapport du CNPT concernant sa visite à l'hôpital de Cery, les 18 et 19 avril 2018

---

**Point 29 – Autres mesures : Dans un souci de transparence et de traçabilité, la Commission recommande de consigner les interventions policières effectuées dans l'établissement. En outre, la Commission recommande l'établissement d'enregistrer dans un registre spécifique tout constat de lésions traumatiques, qui doit être porté à la connaissance des autorités compétentes.**

Les interventions de la police font partie des indicateurs suivis par la direction de la sécurité. Le détail de leurs engagements est consigné dans les rapports de sécurité, et analysé systématiquement. Nous relevons que le nombre d'interventions de la police pour des actes de violence est faible (1 cas en 2017 et 4 cas en 2018). La présence d'un agent de sécurité sur site en permanence nous permet d'obtenir ce faible taux d'interventions.

L'engagement de la police en soutien dans les chambres de soins intensifs est, à une grande majorité, pour des interventions de prévention ; généralement la police reste en retrait.

Les situations graves sont traitées conjointement entre le service médico-soignant, la direction de la sécurité et l'encadrement du corps de police. Les situations particulières sont reprises au sein de la plateforme d'échange Police-Psychiatrie composée des représentants de l'ensemble des parties (Sécurité, police, médecin et infirmiers-cadres). Cette commission siège semestriellement.

Quant aux lésions traumatiques, elles sont très rares et sont analysées et répertoriées dans le cadre de la Commission cantonale de révision des pratiques cliniques (CCRPC)

\*\*\*\*\*