



CH du Gers

Santé mentale

10 rue Michelet
BP 70363
32008 Auch Cedex
FINESS : 320780125
SIRET : 26320003200013
Tel : 05 62 60 65 00

Madame la Présidente
Chambre Régionale des comptes d'Occitanie
500, avenue des Etats du Languedoc
CS 70755
34064 MONTPELLIER CEDEX 2

AUCH, le 23 octobre 2023

DIRECTION

Votre contact :

Secrétariat de Direction
Tel : 05 62 60 65 11
Mail : dir@ch-gers.fr

Réf. : TL/ 2023/66

Objet : Réponse au
rapport d'observations
définitives.

Madame la Présidente,

Par lettre en date du 26 septembre 2023, vous m'avez fait parvenir le Rapport d'Observations Définitives qui fait suite au contrôle opéré par la Chambre sur les exercices 2016 et suivants.

En retour, et en application des articles L. 243-5, R.243-13 et R.243-14 du Code des Juridictions Financières, j'ai l'honneur de vous communiquer par la présente plusieurs éléments de réponse.

Ces éléments visent à porter à la connaissance de la Chambre un état d'avancement sur plusieurs des 11 recommandations qui figurent au rapport, principalement pour actualiser le degré de mise en œuvre des dites recommandations suite aux travaux menés par l'établissement depuis la clôture de l'instruction, intervenue fin janvier 2023.

1. Établir l'ensemble des documents stratégiques exigés par le code de la santé publique, notamment le projet médical et d'établissement et les contrats de pôles. Non mise en œuvre.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'établissement mentionnait que la démarche d'élaboration du nouveau Projet d'Etablissement était engagée. A ce jour, la démarche se poursuit. Le Comité de Pilotage mis en place par les instances de l'établissement lors de leurs séances de mars et avril a validé le document joint en annexe n°1, retraçant les constats posés par les groupes de travail ainsi que les actions qu'ils proposent.

Ce document sera soumis à validation des instances lors de leurs séances de décembre.

Entretemps, le Comité de Pilotage se réunira une nouvelle fois le 22 novembre pour se prononcer sur la méthodologie d'élaboration des divers projets d'accompagnement du projet médico-soignant.

Nous faisons donc observer que la qualification « non mise en œuvre » prononcée par la Chambre ne correspond plus à l'état d'avancement du sujet, la mention « mise en œuvre partielle » nous semblant plus appropriée.

2. Se rapprocher du CH général d'Auch en vue de développer les mutualisations en termes de filière de soins et de fonctions logistiques au sein du GHT. Non mise en œuvre.

Le G.H.T. du Gers élabore depuis plusieurs mois un schéma directeur logistique dans la perspective de la construction d'un nouvel hôpital à

AUCH. Le Centre Hospitalier du Gers participe bien entendu à cette démarche. Toutefois, cette reconstruction vient d'être abandonnée et un projet de restructuration-extension de l'existant, ce qui ne manquera sans doute pas de réinterroger le schéma directeur logistique.

Malgré notre engagement dans cette démarche, et en l'absence d'émergence d'une politique du GHT en la matière, la mention « non mise en œuvre » demeure d'actualité.

3. Conformément à l'obligation édictée par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, établir dès 2023 un rapport sur les pratiques d'isolement et de contention. Non mise en œuvre.

Ce rapport a été élaboré pour l'année 2022 et figure en annexe n° 2 de la présente. Il a été validé par le groupe de travail « Isolement-Contention » lors de sa séance du 4 octobre 2023 (confer annexe n°3) et sera présenté aux instances de l'établissement lors de leurs séances de décembre.

La mention « non mise en œuvre » doit être remplacée par la mention « mise en œuvre complète ».

4. Poursuivre la structuration de la filière en amont et aval de l'hospitalisation. Mise en œuvre partielle.

Aucune nouvelle évolution à mentionner depuis le rapport d'observations provisoires.

5. Mettre un terme aux conventions en cours avec les associations afin d'en conclure de nouvelles qui respectent les dispositions légales, tant sur le contrôle de leur exécution que sur la mise à disposition de personnels. Non mise en œuvre.

La résiliation de l'annexe de la convention qui prévoyait la mise à disposition des personnels de la cafétéria au bénéfice de l'association « Société d'Entraide » est effective depuis le 1^{er} juillet 2023.

La seule mise à disposition qui demeure en vigueur à ce jour concerne une assistante de service social consacrant un mi-temps aux fonctions de présidente de ladite association. En contrepartie, l'association a versé au C.H. du Gers un remboursement de 20 336 euros en 2022. Ce montant va être redéfini dans le cadre d'une nouvelle convention qui prendra effet au 1^{er} janvier 2024, puisque la convention en cours ne peut prendre fin qu'au 31 décembre de chaque année civile.

La mention « non mise en œuvre » nous semble devoir être remplacée par la mention « mise en œuvre partielle ».

6. Mettre immédiatement en conformité avec la réglementation les modalités d'application du temps de travail additionnel pour les praticiens volontaires. Mise en œuvre partielle.

Le principe de conclusion de contrats de temps de travail additionnel, ainsi que leur modèle ont été validés par la Commission d'Organisation de la Permanence des Soins lors de sa dernière séance.

Néanmoins, ces contrats n'étant pas actuellement conclus avec les médecins concernés, la mention « mise en œuvre partielle » demeure d'actualité.

7. Appliquer sans délai la durée réglementaire du travail pour le personnel non médical. Non mise en œuvre.

Cette recommandation portant sur l'obligation de mettre en place la journée de solidarité, la direction a estimé qu'au vu du climat social très tendu dans l'établissement depuis plusieurs mois, l'engagement immédiat de cette démarche aurait sans doute un effet contreproductif

pour l'atteinte de cet objectif. La mention « non mise en œuvre » demeure d'actualité

8. Adopter d'ici fin 2023 des cycles de travail respectant la réglementation pour l'ensemble des services. Mise en œuvre partielle.

La mise en œuvre de cette recommandation a été suspendue pour les mêmes raisons que ci-dessus.

La mention non mise en œuvre demeure d'actualité

9. En lien avec le comptable, fiabiliser l'état de l'actif patrimonial et la comptabilisation des amortissements des biens. Mise en œuvre partielle.

Une démarche conjointe est en cours entre l'établissement et le comptable sur la question de la comptabilisation et de la durée des amortissements des biens.

Une réunion de travail s'est notamment tenue le 20 octobre 2023 sur ce sujet.

La mention « mise en œuvre partielle » demeure d'actualité

10. En lien avec l'ARS, mettre en application l'autonomie budgétaire du budget annexe du CSAPA conformément à la réglementation en vigueur. Non mise en œuvre.

Cette démarche aurait pu être engagée dans le cadre d'une décision modificative à l'E.P.R.D. afférent à l'exercice 2023. Toutefois, il est à souligner qu'à ce jour cet E.P.R.D. n'a toujours pas été instruit et approuvé ou rejeté.

La recommandation de la chambre ne pourra donc être conduite que dans le cadre de la prochaine procédure d'élaboration de l'E.P.R.D., ceci au titre de l'exercice 2024.

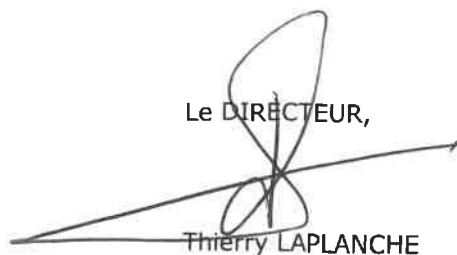
La mention « non mise en œuvre » demeure donc d'actualité.

11. Structurer le contrôle interne, notamment en formalisant les principaux processus financiers et administratifs, afin d'identifier les risques de gestion. Mise en œuvre partielle.

Aucune nouvelle évolution à mentionner depuis le rapport d'observations provisoires.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'assurance de ma parfaite considération.

Le DIRECTEUR,

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'T' and 'L' intertwined, with a horizontal line extending to the right.

Thierry LAPLANCHE

Projet médico-soignant : état des lieux et proposition de plan d'actions

Etat d'avancement de la démarche

- ▶ Les cinq groupes du secteur adultes se sont réunis deux fois pour poser des constats et définir des propositions d'actions :
 - ▶ CMP
 - ▶ Ambulatoire
 - ▶ Urgences et admissions
 - ▶ Psychogériatrie
 - ▶ Réhabilitation / Long cours
- ▶ Les trois groupes du secteur pédopsychiatrique se sont réunis chacun une fois pour proposer des actions :
 - ▶ Hospitalisation et crise
 - ▶ Ambulatoire
 - ▶ Périnatalité
- ▶ En plus de ces groupes, des réunions ont eu lieu pour :
 - ▶ La prise en charge somatique
 - ▶ La prise en charge du suicide
 - ▶ Le groupe isolement contention

The background features abstract, overlapping green geometric shapes, primarily triangles and polygons, in various shades of green, creating a modern and dynamic visual effect.

Proposition de plan d'actions du projet médico-soignant 2024-2028

CMP : constat et réponse globale

- ▶ Il existe une certaine hétérogénéité d'organisation et de moyens dans les CMP, avec une relative méconnaissance de l'activité et des règles pour tracer l'activité, ce qui pose des problèmes de connaissance et de gestion de la file active et de pilotage en général ; les équipes sont en demande d'une concertation avec le DIM pour mieux coter leur activité
- ▶ Les contraintes sont notamment le manque de praticiens hospitaliers mais aussi de médecins libéraux pour les relais de prise en charge
- ▶ Le découpage sectoriel semble partiellement inabouti avec des incohérences
- ▶ Il n'y a pas de psychologues dans tous les CMP, leur répartition est à revoir
- ▶ Trois IPA partent en formation cette année et le positionnement en CMP était une des affectations pressenties pour ces postes
- ▶ Expérimentation engagée avec une convention de partenariat avec la MSP de Samatan
- ▶ Il existe un accueil non programmé possible mais cela est variable entre les CMP et non protocolisé
- ▶ Les liens entre CMP et équipes d'hospitalisation sont hétérogènes et dépendants des initiatives personnelles
- ▶ La réponse globale est d'assurer une organisation plus homogène pour accueillir les patients dans le département en précisant les attributions et répartitions des infirmiers, IPA et psychologues dans les CMP, en lien avec la file active ; de mieux maîtriser la traçabilité de l'activité et définir des indicateurs de suivi partagés ; de densifier les liens entre les CMP, le secteur d'hospitalisation et les intervenants de l'environnement pour améliorer le parcours de prise en charge

CMP : actions

- ▶ 1) sur la base de la charte et du logigramme des CMP pour l'accueil et l'orientation, homogénéiser le premier accueil soignant et l'orientation initiale dans les CMP du territoire, en précisant notamment les rôles des IDE et psychologues dans les fiches de postes et l'organisation opérationnelle
- ▶ 2) définir précisément le rôle des futurs IPA dans les missions possibles en CMP : évaluation des projets thérapeutiques des patients, renouvellement des traitements et de la prescription, l'ETP, la coordination, en complémentarité avec les médecins ; et les répartitions des IPA entre les CMP (au moins un IPA au CMP d'Auch et plusieurs postes répartis dans les CMP périphériques)
- ▶ 3) définir le rôle des psychologues comme intervenant pivot dans des filières de soins graduées notamment dans des filières brèves de PEC et acter une répartition équitable des psychologues entre tous les CMP
- ▶ 4) organiser une formation avec le DIM pour mieux maîtriser la cotation des actes par les professionnels des CMP et définir collégialement des indicateurs de suivi pour l'activité en CMP : file active, délai d'attente pour le premier RDV, pour le RDV médical, les durées de PEC...et les suivre institutionnellement entre direction et communauté médicale et soignante
- ▶ 5) définir des protocoles d'accueil non programmé médico-soignant dans les CMP (lien avec le dossier d'autorisation)
- ▶ 6) contractualiser des liens avec les MSP des territoires des CMP ou les centres de santé du département pour organiser notamment des concertations pluridisciplinaires, voire avec d'autres structures partenaires : EMPP, insertion CD32, CADA....
- ▶ 7) renforcer les liens entre CMP et site d'hospitalisation en faisant participer des professionnels des CMP aux réunions intra-hospitalières
- ▶ 8) organiser un groupe de travail pour ajuster la cohérence des rattachements de communes aux CMP

Ambulatoire : constat et réponse globale

- ▶ Constat d'une multiplicité de structures avec des missions mal définies et peu distinctes, une gradation des structures illisible et mal appréhendée par les intervenants de l'intra hospitalier
- ▶ Glissement de fonctionnement par rapport aux projets de service initiaux notamment pour Regis, Marminos avec un tassement des files actives
- ▶ Problème de requalification de l'AT Marminos et de l'HAD (autorisations)
- ▶ Il n'existe pas réellement d'hôpital de jour fonctionnant intégralement comme un hôpital de jour pouvant prendre en charge des patients ayant des troubles conséquents ou ayant besoin de se restabiliser pour éviter une réhospitalisation, alors que la non réhospitalisation est un objectif prioritaire
- ▶ Réponse globale : structurer les prises en charge de façon simplifiée par intensité croissante d'intervention auprès des patients, structurer un niveau plus intensif, plus riche en contenu soignant et remettre en place des passerelles entre intra et extra hospitalier notamment pour la prise en charge des patients les plus complexes

Ambulatoire : actions

- ▶ 1) assurer une offre CATTP pour tous les territoires dans les sites des CMP avec une organisation dédiée dans chaque territoire de CMP avec un fonctionnement mobilisant des compétences soignantes et/ou éducatives
- ▶ 2) définir une offre CATTP à Auch comprenant Marminos et l'Envol avec une organisation d'activité complémentaire et convergente ; renouveler les partenariats d'activités extérieures avec les prestataires pour développer les compétences psychosociales des personnes prises en charge
- ▶ 3) redéfinir Régis comme un site d'HDJ pouvant mener un accueil intensif de patients ayant besoin de soins denses, d'ETP, de relais en sortie d'hospitalisation ; définir la complémentarité avec l'hôpital de jour Rehalyse en termes de parcours et d'adressage
- ▶ 4) Centrer l'intervention du SAD sur les prises en charge complexes de patients à domicile ne pouvant se déplacer en HDJ ou CATTP
- ▶ 5) Définir de façon systématique un projet de sortie des patients adapté au sein du projet personnalisé de soins, mobilisant le bon niveau d'intervention ambulatoire et redévelopper des liens et des temps entre équipes HDJ/CATTP et l'intra notamment pour le relais à la sortie

Urgences et admissions : constat et réponse globale

- ▶ Le modèle actuel d'admissions n'est pas complètement satisfaisant car il est dominé par des admissions directes en urgence, avec une part non négligeable de soins sans consentement, avec parfois une évaluation rapide et pauvre en amont, alors que l'hospitalisation en aval peut durer parfois longtemps avec une recherche de solution complexe pour le parcours de vie
- ▶ Le nombre de places pour accueillir des situations non stables en secteur fermé est limité ce secteur est très souvent saturé, à la différence des admissions libres qui le sont beaucoup moins souvent (quelques pics annuels)
- ▶ Le système d'orientation depuis les urgences a donné lieu à la signature d'une convention mais la protocolisation des orientations reste à formaliser et il n'existe pas de capacité d'accueil temporaire pour les patients psychiatriques près des urgences
- ▶ Les SSC sont utilisés souvent de façon abusive dans la mobilisation des procédures les moins exigeantes et sans respecter les conditions de base ; les décisions sont mal notifiées aux patients
- ▶ Réponse : définir une approche plus préventive et progressive de l'arrivée des patients en hospitalisation en offrant des réponses à la crise graduées et en diminuant si possible les prises en charge contraintes inadaptées

Urgences et admissions : actions

- ▶ 1) faire aboutir le protocole d'orientation des patients en urgence et l'évaluer à moyen terme avec le CHAG ; organiser une rencontre avec Condom pour explorer une déclinaison possible ; explorer la possibilité de télésanté entre le site du CHG et le site du CHAG pour les avis de psychiatrie sur des patients aux urgences du CHAG
- ▶ 2) définir un scénario d'augmentation des places de zones fermées en ajoutant des places dans une des unités d'admission (avec diminution corrélative de la zone ouverte et adaptation de l'organisation médico-soignante)
- ▶ 3) définir un plan de formation pour prévenir les situations nécessitant un isolement et gérer les situations d'agressivité et violence et adopter les bonnes pratiques en isolement et contention
- ▶ 4) approfondir les inadéquations en SSC en passant en revue de façon pluriprofessionnelle les situations inadéquates pour dégager les parcours normaux possibles pour les différents cas ; en tirer un guide pour les partenaires du territoire et effectuer une diffusion/intervention sur ce thème (pour maires, préfecture...)
- ▶ 5) réfléchir à la mise en place de plans de prévention avec les patients sujets à crise/décompensation régulière
- ▶ 6) acter le rôle particulier des IDE en journée avec des missions enrichissant le service rendu au patient pour les droits des patients, le lien avec l'extrahospitalier, la tenue du dossier....et l'évaluer dans le temps
- ▶ 7) Finaliser une convention pour la prise en charge des transports en soins sans consentement avec des modalités de transport agréées, avec une régulation territoriale

Psychogériatrie : constat et réponse globale

- ▶ Le service de psychogériatrie est en permanence embolisé et complet avec une fluidité très limitée et ne joue plus un rôle fluide d'accueil et de gestion du parcours des personnes âgées présentant des problèmes de santé mentale
- ▶ La proportion de personnes âgées accueillie en admissions et au long cours dans l'établissement est importante en lien avec la population départementale âgée qui est à domicile ou en établissement (nombreux EHPAD publics et privés)
- ▶ La filière gériatrique territoriale est en train de se structurer et de s'enrichir
- ▶ Mais les EHPAD sont encore réticents à accueillir nos patients âgés qui ont besoin de temps pour s'intégrer à un nouvel environnement d'hébergement
- ▶ Réponse : structurer la filière gériatrique territoriale pour permettre une meilleure orientation des patients en réservant les possibilités d'hospitalisation aux situations psychiatriques aiguës

Psychogériatrie : actions

- ▶ 1) Communiquer sur le circuit d'admission directe en psychogériatrie et ses conditions de fonctionnement
- ▶ 2) Définir un parcours possible de séjours de rupture avec les EHPAD
- ▶ 3) Développer les outils de télésanté pour mieux gérer le parcours de prise en charge avec les EHPAD (peu de téléconsultations directes)
- ▶ 4) Recruter une compétence gériatrique somatique pour les patients âgés du CH
- ▶ 5) Evaluer la file active de l'EMOPPA et définir un mode d'intervention de l'EMOPPA au domicile en lien avec les intervenants de ville pour prévenir les hospitalisations inadéquates
- ▶ 6) Développer une coopération formalisée avec les acteurs de la filière gériatrique notamment les UCC et USPC pour orienter les patients ne relevant pas ou plus de psychiatrie HC
- ▶ 7) Restructurer le service de psychogériatrie en une unité de plain pied
- ▶ 8) Réaffecter un temps de psychologue sur l'hôpital de jour de psychogériatrie
- ▶ 9) Agir en concertation avec les mandataires de protection des majeurs pour fluidifier l'admission en maison de retraite

Réhabilitation : constat et réponse globale

- ▶ Le secteur réhabilitation et long cours représente une part significative des journées d'hospitalisation au sein de l'établissement et de la mobilisation des ressources de l'établissement et le placement des PH atteints de pathologies mentales reste difficile du fait de l'engorgement des ESMS
- ▶ EMLISA a été mise en place mais sa sollicitation est en partie faite pour le domicile et un peu moins par les ESMS handicap
- ▶ Les établissements hébergeant des personnes handicapées auraient besoin par moments de séjour de rupture
- ▶ Les relais entre secteur d'admission et secteur réhabilitation et long cours sont mal effectués et les critères de transferts sont peu clairs pour les acteurs
- ▶ Il manque des relais et partenariats externes dans le domaine du logement et de l'insertion professionnelle
- ▶ Réponse globale : il convient de continuer à densifier la relation avec les acteurs de l'insertion de nos patients dans les différentes étapes des parcours de vie

Réhabilitation : actions

- ▶ 1) Contractualiser les résidences accueil et les autres formes de logement possibles pour la réinsertion des patients et développer si possible d'autres possibilités de logements temporaires pour la sortie des patients en partenariat avec des acteurs du secteur (bailleurs sociaux, société d'entraide...)
- ▶ 2) Réserver des places pour les séjours de rupture en affinant la gestion des parcours avec les établissements et services du handicap adultes et la MDPH
- ▶ 3) Mettre en œuvre des actions de partage d'expérience (formations, stages croisés...) entre filière long cours et établissements du médico social adultes handicap avec une structure de travail inter-établissements
- ▶ 4) Développer les partenariats pour l'insertion professionnelle en s'appuyant sur les ressources internes (agent compétent en matière d'insertion professionnelle, possibilités d'évaluation interne) et en conventionnant avec les structures externes de travail adapté
- ▶ 5) Définir des modalités opérationnelles plus fluides de passage entre admissions et filière réinsertion/long cours en adoptant un système de demande interne de transfert et de liste d'attente avec une réunion régulière de régulation
- ▶ 6) Evaluer les premières activités d'EMLISA et Rehalyse, notamment leur file active et leurs modalités d'accompagnement vers un projet de vie autonome hors site d'hospitalisation et faire des ajustements en fonction des besoins territoriaux
- ▶ 7) Etudier la mise en place d'un pôle autonome pour la filière long cours/sortie

Pédopsychiatrie : périnatalité

- ▶ Position particulière au regard des autorisations ; probable organisation régionale avec des lits d'hospitalisation complète au niveau des CHU et une organisation ambulatoire pour le reste du territoire
- ▶ Constat d'une difficulté actuelle pour assurer tous les suivis nécessaires en périnatalité sur tout le département et besoin d'une intervention plus conséquente et graduée pour les situations les plus complexes
- ▶ Le réseau périnatalité préexistant ne se réunit plus que de manière informelle

Actions :

- ▶ Projet CATTP périnatalité qui a obtenu des crédits dans le cadre d'un appel à projet MNPEA et qui pourrait proposer une certaine gradation des soins souple en complément du dispositif actuel : phase de mise en œuvre en cours de travail avec la recherche de locaux et ensuite recrutement d'une équipe pluriprofessionnelle
- ▶ Action de relance du réseau périnatalité avec les partenaires (PMI, ASE, maternité, CAMSP) avec proposition d'une convention et des réunions régulières

Pédopsychiatrie : hospitalisation et prise en charge non programmée

- ▶ Saturation de la clinique adolescents avec régulièrement des mineurs accueillis en secteur adultes et une occupation au-delà de 5 lits
- ▶ Faiblesse de la situation de la pédiatrie au CHAG, qui peut moins accueillir les mineurs avec troubles pédopsychiatriques
- ▶ Cadrage des nouvelles autorisations en psychiatrie : en principe, mineur hospitalisé uniquement en pédopsychiatrie

Actions :

- ▶ Projet de passer à 7 lits le nombre de lits d'hospitalisation complète à la clinique ados avec la possibilité d'accueillir en non programmé et un protocole à écrire entre pédopsy et psy adultes quand il sera absolument nécessaire de faire l'entrée en secteur adultes pour des raisons tenant à l'état du mineur
- ▶ Travailler la transition de prise en charge entre pédopsychiatrie et psychiatrie adultes dans un protocole de relais formalisé

Pédopsychiatrie : activité ambulatoire

► Réflexions

- Besoin de mieux connaître l'évolution de l'environnement médico-social et les limites d'intervention des uns et des autres
- Besoin d'une présence psychologue et assistante sociale dans les CMP IJ
- Préciser le rôle futur IPA en CMP IJ
- Réflexion sur la compétence éducative en CMP
- Enfants pris en charge par l'ASE et les assistants familiaux : des besoins de guidance pédopsychiatrique à approfondir avec le Conseil départemental

► Pistes d'actions

- Projet AFT (PTSM et projet de pôle et feuille de route santé mentale)
- Evaluation de l'organisation des CMP IJ (projet de pôle)
- Développement des thérapies familiales (MDA, MDEF ?)

Actions transversales

- ▶ Conforter l'accès aux soins somatiques généraux et spécialisés en renforçant l'équipe médicale de généralistes et en confortant notre réseau de spécialistes sur site et par téléconsultation ; conforter l'offre dentaire (partenariat ?) et de kinésithérapie
- ▶ Développer une équipe de liaison d'addictologie pour les patients ayant des besoins dans les services de psychiatrie en intra et en extra
- ▶ Définir les besoins en termes de file active et de soins pour la création d'un service de SMR addictologie territorial en lien avec l'offre de sevrage
- ▶ Donner une lisibilité des actions et structures du CHS dans le territoire pour les professionnels (ex : Viapsy) et participation aux actions d'information vers le grand public (SISM)
- ▶ Développer un accompagnement pour les aidants avec un volet de psychoéducation : se former au programme Bref
- ▶ Suicide : assurer une formation régulière des soignants sur les processus de repérage et prise en charge, collaborer avec les acteurs du territoire pour les actions de prévention (CLSM), effectuer des patients traceurs sur des parcours spécialisés avec le CHAG (femmes enceintes, personnes âgées, PEC urgences), appliquer le processus Vigilans
- ▶ Décliner sur le plan opérationnel la politique isolement contention : plan de formation, mise en place de pratiques alternatives issues de bonnes pratiques, participation aux actions de la Ferrepsy, réflexion sur les espaces d'apaisement dans l'établissement et actions de remise en conformité des lieux d'isolement

Propos introductifs et contexte réglementaire

L'instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement dispose que chaque établissement doit établir annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre.

L'instruction vient préciser d'une part les éléments devant figurer dans le rapport annuel et d'autre part les destinataires de ce rapport (CDU, Conseil de Surveillance, ARS et CDSP)

A partir des données de son système d'information et de la réflexion menée au niveau de ces instances, l'établissement établit annuellement un rapport rendant compte :

- des pratiques d'isolement et de contention au regard des recommandations pour la pratique clinique élaborées par l'HAS,
- de la politique définie par l'établissement pour limiter le recours à ces pratiques,
- de l'évaluation de sa mise en œuvre.

Le rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1 ou à l'organe qui en tient lieu, au plus tard le 30 juin de chaque année suivante, ainsi qu'à l'ARS et à la commission départementale des soins psychiatriques.

Ces éléments qualitatifs sont complétés par des éléments quantitatifs recueillis par service parmi lesquels figurent notamment :

- Nombre de mesures
- Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure
- Nombre moyen de mesures par patient
- Durée moyenne des mesures
- Durée minimale
- Durée maximale
- Pourcentage de patients en soins sans consentement ayant fait l'objet d'une mesure

Le rapport annuel analyse la répartition des placements à l'isolement ou en contention selon les horaires de la journée ainsi que selon les jours de la semaine.



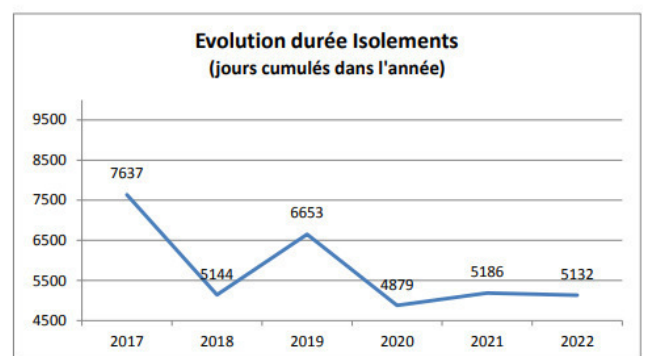
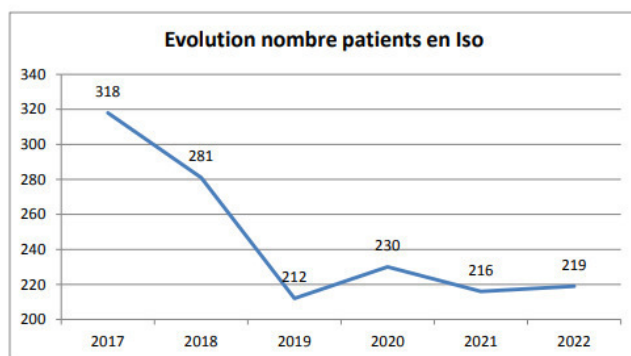
I - L'évolution des pratiques d'isolement et contention au CH du Gers¹

Evolution Isolements 2017 - 2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre patients en Iso	318	281	212	230	216	219
Durée Isolements (jours cumulés)	7637	5144	6653	4879	5186	5132

Nota: 2017 durée corrigée après correction erreurs pour IPP 6025285, 6027666 et 6029785

Nota: 2018 durée corrigée après correction erreurs pour IPP 34567, 391826, 364018 et 6016342



source BI "Analyse sur Iso" onglet "Nb et durées mesures mensuelles"
Tableaux MAT2A pour le nombre de patients & journées avec isolement thérapeutique

¹ Rapport annuel du DIM à la CME

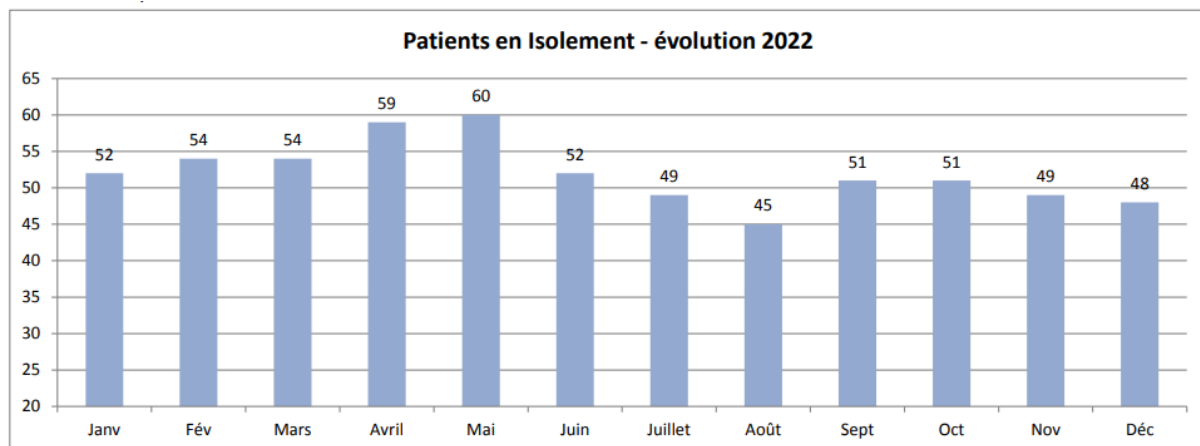


II - Les pratiques d'isolement et de contention au CH du Gers en 2022 ²

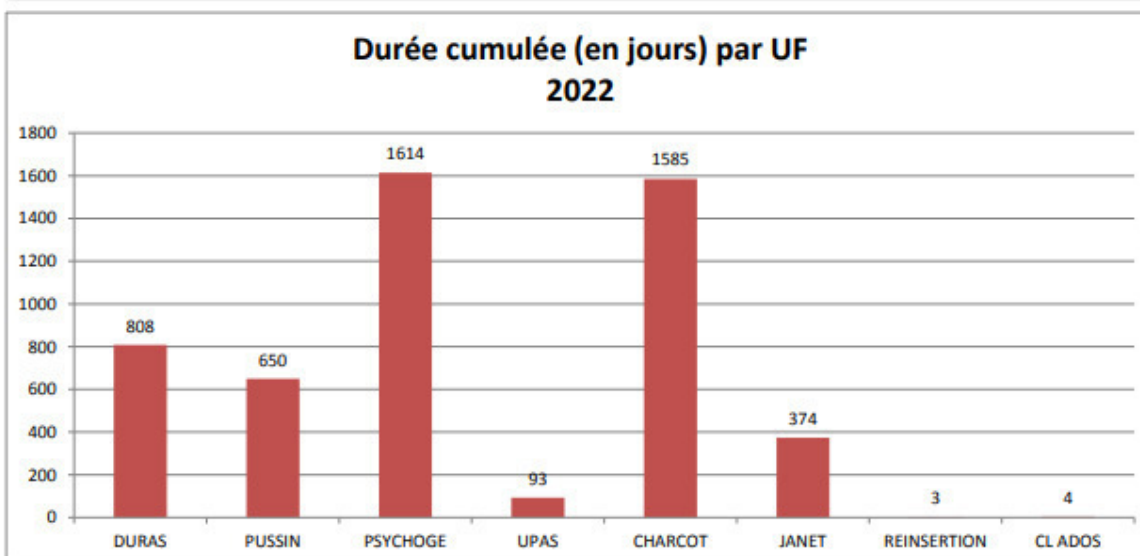
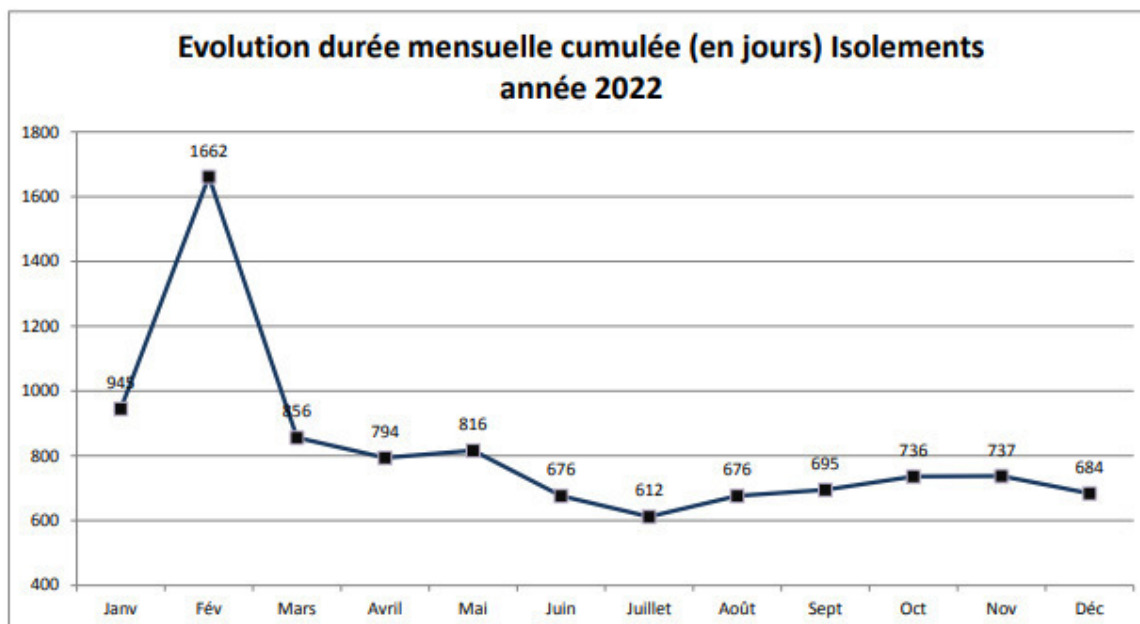
File Active Patients en Isolement - détail par UF
Année 2022

	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total par UF
DURAS	10	11	9	11	14	11	12	14	12	13	11	10	90
PUSSIN	10	9	15	14	13	8	8	6	12	11	9	11	87
PSYCHOGE	14	15	12	12	16	14	12	9	11	14	17	16	40
UPAS	3	1	1	3	1	2							6
CHARCOT	13	12	12	12	13	13	13	12	12	12	12	10	14
JANET	4	5	5	5	4	4	4	4	4	3	3	2	7
REINSERTION				1	1								1
CL ADOS				1	2	1				1	1		5
Total mensuel	52	54	54	59	60	52	49	45	51	51	49	48	219

source BI "Analyse sur Iso"



² Sources : DIM, extraction données Cortexte



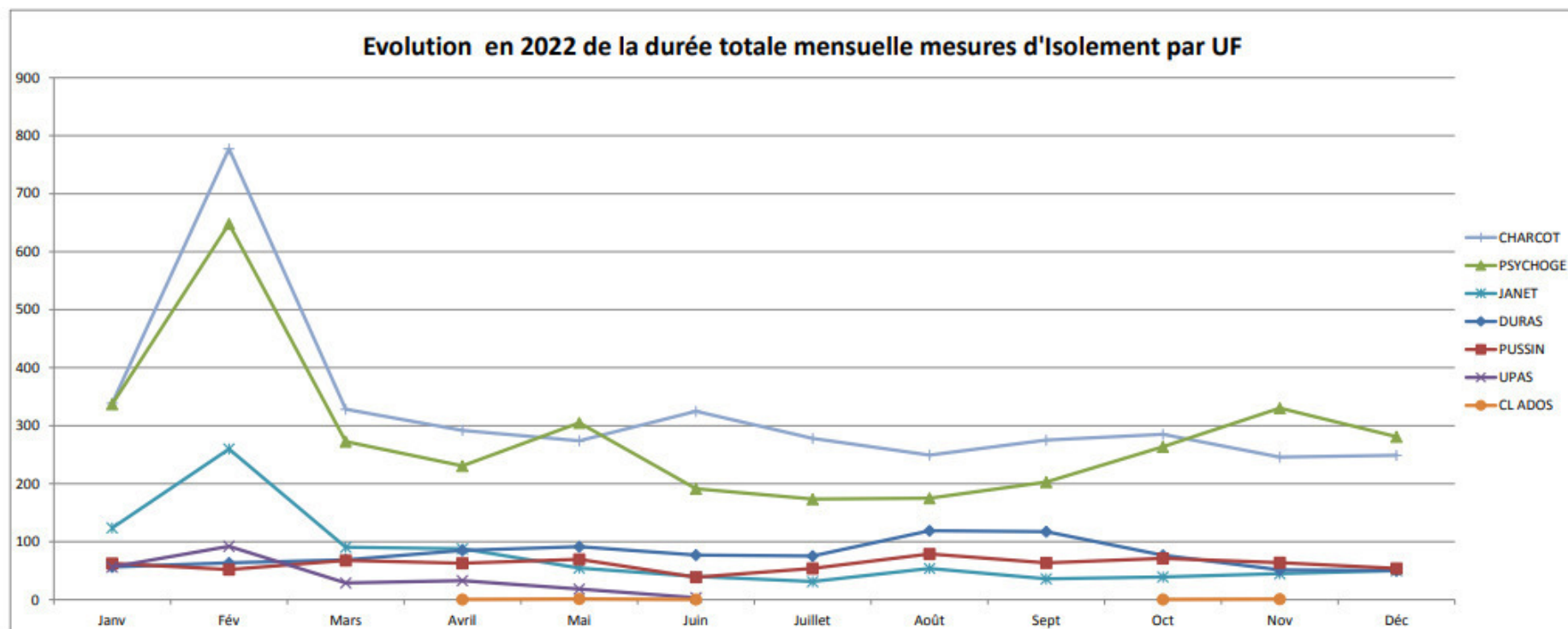


**RAPPORT ANNUEL
PRATIQUES ISOLEMENT ET CONTENTION
CH DU GERS ANNEE 2022**

Nombre et durée totale mensuelle mesures Isolement - détail par UF

Année 2022

UF	Janv		Fév		Mars		Avril		Mai		Juin		Juillet		Août		Sept		Oct		Nov		Déc		Total (Jours)
	Nb	Durée (j)	Nb	Durée (j)	Nb	Durée (j)	Nb	Durée (j)	Nb	Durée (j)	Nb	Durée (j)	Nb	Durée (j)	Nb	Durée (j)	Nb	Durée (j)	Nb	Durée (j)	Nb	Durée (j)	Nb	Durée (j)	
DURAS	13	56	19	64	15	69	22	85	26	91	18	77	22	75	27	119	17	117	18	77	14	51	15	50	808
PUSSIN	18	62	14	52	21	68	16	63	21	70	10	39	7	54	9	79	21	64	18	71	26	64	15	54	650
PSYCHOGE	17	337	17	648	15	273	14	231	20	305	33	191	46	174	10	175	14	203	17	264	28	330	32	281	1614
UPAS	5	57	1	92	2	29	3	33	6	18	3	3													93
CHARCOT	20	339	13	777	16	328	26	292	36	274	14	325	30	278	42	249	20	275	21	285	33	246	27	249	1585
JANET	4	124	6	260	4	90	5	88	7	55	10	40	4	31	6	54	8	36	4	39	5	45	4	50	374
REINSERTION							3	2	3	2															3
CL ADOS							1	1	3	1	1	1							1	1	1	1			4
Total (jours)	77	945	70	1662	73	856	91	794	122	816	89	676	109	612	95	676	80	695	79	736	107	737	93	684	5132





Prescriptions Iso Cont non validées par les soignants

Période 2022

UF	Isolements non validés		Contentions non validés	
	Nombre presc	Durée totale (jours)	Nombre presc	Durée totale (jours)
DURAS HC	219	99	12	4
PUSSIN HC	120	43	7	3
PSYCHOGERIATRIE HC	200	84	278	116
UPAS HC	66	32	1	1
CHARCOT HC	176	82	15	5
JANET HC	79	36	3	1
REINSERTION HC	6	3	1	1
CLINIQUE ADOS	8	3		
Total	874	382	317	131

Prescriptions d'une durée > 5' pour écarter les éventuelles erreurs de manipulation

Source BI "Analyse sur Iso"

Source StatsWeb "92 Prescriptions Iso Cont Valideurs"

A. Nombre de mesures

Soins prescrits	Nombre de mesures
Isolement thérapeutique	785
Contention	157
TOTAL	942

B. Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure

Soins prescrits	Nombre de patients
Isolement thérapeutique	218
Contention	58
TOTAL	219

C. Nombre moyen de mesures par patient

Soins prescrits	Nombre moyen par patient	Durée moyenne par patient (h)
Isolement thérapeutique	3.6	565
Contention	2.7	207
TOTAL	4.3	617.48



D. Pourcentage de patients en soins sans consentement ayant fait l'objet d'une mesure

Soins prescrits	% de patients en SSC
Isolement thérapeutique	79.36%
Contention	77.59%
TOTAL	79.00%

Isolements en SL

Période 2022

UF	Aucun SSC prescrit pdt iso		SSC prescrits après 24h	
	Nb de Patients	Nb de Mesures	Nb de Patient	Nb de Mesures
DURAS HC	1	1	2	2
PUSSIN HC	1	1	1	1
UPAS HC	1	1		
PSYCHOGERIATRIE HC	10	31	12	57
CHARCOT HC			5	43
JANET HC			2	11
Total	12	33	22	114

Exclusion Villeneuve et mineurs (âge calculé au début de l'intervalle)

Existence ou non d'isolement en chambres non aménagées à cet effet : de façon très restreinte, il peut arriver que des patients soient enfermés pour une durée très courte dans leur chambre, soit à leur demande, soit dans un contexte d'agitation ou d'agressivité. Ces cas doivent demeurer exceptionnels et restent placés sous la responsabilité d'un médecin psychiatre. Ces situations sont reprises dans le registre d'isolement et de contention de l'établissement.

Isolements type B (espace non dédié) prescrits
Période 2022

UF	Nb presc Iso type B	Durée cumulée (jours)
DURAS HC	398	190
PUSSIN HC	221	90
PSYCHOGERIATRIE HC	3346	1586
UPAS HC	198	91
CHARCOT HC	3232	1580
JANET HC	782	374
REINSERTION HC	7	3
CL ADOS HC & HN	12	4
Total	8195	3918

Source: BI "Analyse sur ISO"

Pourcentage de chambres d'isolement sur la capacité totale de lits en psychiatrie : 2,72% soit 4 chambres d'isolement pour 147 lits de psychiatrie au 31 décembre 2022.

Type de répartition dans les unités ou regroupement des chambres dans un service unique : les chambres d'isolement sont installées uniquement dans les unités avec zones fermées (2 à Pussin et 2 à Duras) ; elles ne sont pas regroupées dans une seule unité (fermeture de l'UPC en 2019).

Caractéristiques des équipements usuellement utilisés pour la contention mécanique : dispositifs de couchage de sécurité et barrières de lits, (Psychogériatrie), sangles molletonnées non traumatiques comme pourraient l'être des sangles en cuir (psychiatrie adultes) voir avec Pharmacie

Modalités de prise de décision pour la mise en œuvre de l'isolement ou de la contention ou pour les renouvellements : les isolements et/ou les contentions sont décidés par un psychiatre (celui de l'unité pendant les heures ouvrables, le praticien de garde ou le senior d'astreinte pendant les heures de continuité des soins). Elles se matérialisent par une inscription dans le dossier patient informatisé « Cortexte ». Les renouvellements sont décidés de la même façon. La décision médicale de mise en isolement est une réflexion clinique. Elle est étayée par l'analyse des antécédents, du motif d'hospitalisation et de l'état clinique du patient à l'admission tout en prenant en compte les critères de

bénéfices/risques que cette prise en charge peut occasionner dans chaque situation particulière.

Rôle éventuellement confié aux internes en première intention : les internes peuvent être amenés, dans le cadre de la « première ligne » de garde médicale, à mettre en œuvre une contention ou un isolement ; dans ce cas, un psychiatre doit confirmer sans délai cette décision. L'interne, sur délégation du chef de pôle, est également celui qui, de façon courante, assure le suivi somatique au moins journalier des patients isolés ou sous contention.

Mode d'organisation de la surveillance et mode de désignation des professionnels de santé qui en sont chargés : chaque patient en isolement ou sous contention est placé sous la référence d'un ou de plusieurs infirmiers de l'unité qui assurent plus spécifiquement, à tour de rôle, en fonction de leurs postes, la surveillance du patient. Ils sont identifiés sur le planning de l'unité. Les noms de ces professionnels sont rapportés sur le registre des isolements et des contentions de l'établissement.

Les FEI concernant des mesures d'isolement/contention : En 2022, 4 FEI concernait des événements survenus au cours d'une mesure isolement/contention.

- Deux à Charcot : 1 pour agitation du patient et 1 pour impossibilité de faire confirmer la mesure par un médecin (faute d'effectif médical).
- Une à la Psychogériatrie : pour impossibilité de faire confirmer la mesure par un médecin (faute d'effectif médical).
- Une à Pussin : pour le décès d'un patient au cours d'une mesure d'isolement. Cet événement a été spécifiquement analysé en cellule de prévention des risques et signalé en tant qu'événement indésirable grave auprès de l'ARS.

Les alertes PTI et les interventions renfort : A ce jour, il n'existe aucun recueil concernant les alertes PTI et les intervention renfort. Cet indicateur serait pourtant pertinent pour mesurer les phénomènes de crise et de gestion de désescalade.

III - La politique définie par l'établissement pour limiter le recours à ces pratiques

La politique de l'établissement se structure autour de 3 objectifs :

- prévenir les situations de violence pouvant être à l'origine d'un isolement et/ou d'une contention,
- réduire le nombre d'isolements et des contentions associées à un isolement,
- assurer le respect des droits des patients et des bonnes pratiques en matière d'isolement et/ou de contention.

La politique ayant pour objet de limiter le recours aux pratiques d'isolement et de contention a été rédigé en 2023 et validé en CME lors de sa séance du 15 décembre 2023.

Elle a fait l'objet d'un enregistrement qualité le ... et d'une diffusion auprès des structures concernées par ces pratiques le ... par note de service en date du

La politique pour limiter le recours aux pratiques d'isolement et de contention, à l'issue de sa validation en CME, a été également présentée :

- DIRECTOIRE : Mardi 5 décembre à 9h30
- COMITE SOCIAL D'ETABLISSEMENT : Mardi 12 décembre à 14h
- CONSEIL DE SURVEILLANCE : Lundi 18 décembre à 9h30
- En CSIRMT le ...
- En CDU le lundi 27 novembre 2023

Le plan d'action découlant de cette politique ainsi que son évaluation périodique ont été inclus dans la politique qualité/gestion des risques de l'établissement et intégrés dans le Programme d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS).

IV - Evaluation de la mise en œuvre de la politique pour limiter le recours à ces pratiques

Du fait de la rédaction et validation de la politique de l'établissement pour limiter le recours aux pratiques d'isolement et de contention en décembre 2023, ce présent rapport se consacre à la présentation de cette dernière et du plan d'action qu'elle comporte.

L'évaluation de sa mise en œuvre pourra être effective à partir du rapport émis en 2024 sur l'activité de l'année 2023.



V - Commentaires et limites statistiques du recueil

Les données quantitatives du présent rapport sont extraites depuis le logiciel de dossier médical en place au CH du Gers, soit le logiciel Cortexte.

Plusieurs limites sont à préciser concernant la fiabilité de ces données :

- Une même mesure peut être comptée plusieurs fois en place d'une reconduction de mesure déjà en place.
- Une fin de mesure peut ne pas être renseignée au moment de la levée, ce qui augmente artificiellement les durées.
- Certaines mesures sont doublement renseignées (un même patient a deux mesures en même temps).
- Mauvaise remontée du Mode Légal de soins du patient qui fait faussement ressortir des mesures d'isolement ou de contention en soins libres.

VI - Plan d'action

Mise en place d'un plan de formation spécifique

(OMEGA...)

Etude aménagement des zones fermées

Une étude doit être conduite, notamment dans le cadre du projet d'établissement, afin :

- D'adapter la capacité d'accueil des zones fermées en fonction de l'évolution des besoins,
- D'aménager des espaces d'apaisement au sein de ces zones fermées,
- D'aménager les chambres d'isolement avec du mobilier adapté (fauteuils adaptés pouvant servir de tables à manger, tabourets). Les mobiliers en mousse sont mobiles et confèrent un caractère moins austère à la chambre d'isolement. D'autres équipements doivent être étudiés (système d'appel, thermomètres, horloge...).

Mettre en place de Crise Conjoint

Mettre en place le débriefing avec le patient et en équipe

Prévention des phénomènes de violence dans les unités de soins



Prévention primaire

- EPP sur l'isolement/contention
- Travail institutionnel sur les droits des patients (Interroger toutes pratiques systématisées, et les mesures de restrictions de liberté.)
- Analyse des FEI en rapport avec des isolements/contention et la violence
- Formation des professionnels au moindre recours à l'isolement et à la contention, à la gestion de la violence, au désamorçage...
- Proposer et utiliser des médiations simples et facilement accessibles (boissons, journal, et tout objet support...)
- L'organisation d'équipes transversales de renforts, d'apaisement et d'assistance au soin
- Architecture et synchronisation des temps professionnels
 - Rapprochement des bureaux médicaux, psychologues, assistants sociaux au sein des unités de soins
 - Espaces ouverts, favorisant la rencontre
 - Espaces d'apaisement
- L'équipe, unité de soin
 - Binôme cadre/médecin : portage de repère et sens sur le collectif
 - Implication médicale dans le portage du projet de soins de l'unité
 - Formaliser les temps d'échanges en équipes
 - Supervisions, analyses des pratiques
 - Favoriser le travail en collaboration avec les patients

PLAN D'ACTION PREVENTION PRIMAIRE

...

...

..



Prévention secondaire

- Repérage des patients « thermomètres » : permet un décryptage précoce de certaines situations en prenant une fonction d'alerte et de sentinelle.
- Evaluation des situations : la réactivité des soignants à « aller vers » permet d'amorcer précocement un travail d'identification, de décryptage et de désamorçage. En fonction de l'analyse de la situation par le soignant, « aller vers » aura plusieurs buts et conséquences.
- Décryptage : s'interroger sur ce qu'il se passe : origine de l'agitation ? Evaluation de la situation : niveau d'agitation psychomotrice ? habituel ? inhabituel ? Remettre dans le contexte du patient, de l'unité. Source individuelle ? groupale ?
- Intervenir sur l'environnement : propose une activité pour faire rupture, distraire, faire diversion (évaluation de la distractibilité). Utilisation des clés relationnelles. Importance de la connaissance du patient.
- Capacité à verbaliser : quelle est la demande du patient ? De quoi a-t-il besoin ? Que pouvons-nous faire pour vous aider ? Vous nous confirmez que nous n'allons pas bien ? Favoriser les interactions avec échanges confirmatifs.
- Médiation verbale : entretien dans un bureau, dans le couloir ou déambulatoire quand il s'agit de prendre en considération le besoin de décharge motrice.
- Gérer la frustration : ne pas opposer une fin de non-recevoir rigide qui va déclencher le mouvement agressif ou d'agitation.
- Fonction d'accompagnement du cadre**
- Autorité/Fermeté rassurante pour « border » le développement de l'agitation et favoriser le désamorçage.
- Faire appel aux ressources internes du service : médecins, cadre, etc... On ne parle pas ici de renforts mais de la mobilisation des ressources réelles et symboliques propres à l'unité.
- Techniques de désamorçage : ensemble de techniques permettant l'apaisement d'une situation :
 - Dérivation : propose autre chose, faire rupture, faire diversion
 - Désescalade : recherche un apaisement de la situation par palier
 - Décalage : provoquer la surprise chez le patient, interloquer.
 - Marche à petit pas : accompagner le patient dans ses déambulations
 - Espace d'apaisement : espace défini, avec du mobilier spécifique ou tout espace permettant l'apaisement (chambre du patient, salle d'activité, parc du service...).
 - Accolade thérapeutique : rapprochement d'un ou plusieurs soignants auprès du patient dans la recherche d'une contenance suffisante
 - Dialogue de crise
 - Immobilisation thérapeutique : immobilisation manuelle d'un patient afin d'obtenir un apaisement du patient (recherche d'un relâchement musculaire et psychique)
- Appel à renforts
- Réévaluer la nécessité de l'isolement /contention : aussitôt la décision d'isolement prise, l'évaluation de sa nécessité doit être interrogée. L'annonce de la mise en chambre d'isolement peut avoir des effets et suffire à apaiser une situation. Selon Hermann Simon, l'effet recherché par la mise en isolement (apaisement, sédation) survient dans les 15 premières minutes de l'isolement.
- Le maintien de l'isolement / contention est-il nécessaire ?
- Réévaluation des besoins du patient : Respecter la dignité du patient en chambre d'isolement et primordial. S'assurer que le patient dispose de tout le confort dont il a besoin : vêtements, lunettes de vue, appareil auditif, orientation spatio-temporelle, accès à un point d'eau... Réévaluer les besoins du patient permet aux soignants de mettre en place d'autres dispositifs améliorant le lien avec le patient. Cela peut également ouvrir sur de nouvelles mesures alternatives dans un cadre sécurisé.
- Surveillance : Elle est somatique et psychiatrique.

PLAN D'ACTION PREVENTION SECONDAIRE

...
...
..



Prévention tertiaire

- Reprise de l'événement avec le patient : discuter du ressenti du patient face à la situation, face à la mesure d'isolement et de contention le cas échéant, des alternatives qui pourraient être imaginées à l'avenir. Recherche de clés relationnelles. Réaliser également ce travail auprès du groupe patient.
- Reprise de l'événement avec les soignants : avec tous les soignants ayant participé à la gestion de la situation : équipe de renfort le cas échéant, équipe référente. Rechercher les actions qui ont été efficaces, celles qui ne l'ont pas été. S'intéresser à l'analyse contextuelle de la situation, au niveau organisationnel, institutionnel et élaborer des pistes de réflexion.
- Reprise en équipe de la situation en analyse de pratiques.
- Utilisation d'outils comme par exemple des grilles de débriefing, un plan de crise conjoint, etc...

PLAN D'ACTION PREVENTION TERTIAIRE

...
...
...

 CH du Gers Santé mentale	COMPTE RENDU Réunion Groupe Isolement et Contention	Rédacteur : [REDACTED] AAH DAMG
	Date 04/10/2023	Page1/3

COMPTE RENDU DE LA REUNION DU 04 OCTOBRE 2023		
Participants	[REDACTED], IDE, Charcot	
	[REDACTED], IDE, Pussin	
	[REDACTED], Technicienne qualité, DS	
	[REDACTED], Cadre sup. de santé, Pôle psy Adulte	
	[REDACTED], DAMG	
	[REDACTED], Attachée d'administration, DAMG	
	[REDACTED], Coordinatrice Générale des Soins, DS	
	[REDACTED], IDE, Psychogériatrie	
	[REDACTED], FF cadre socio-éducatif, Psychogériatrie	
	[REDACTED], FF cadre de santé, Pussin	
	[REDACTED], IDE, Duras	
	[REDACTED], FF cadre de santé, Charcot	

L'ordre du jour est le suivant :

- Approbation du compte rendu de la réunion du 26/05/2023
- Etat d'avancement du plan d'action
- Validation de la politique de réduction des pratiques d'isolement / contention
- Validation du rapport annuel 2022 des pratiques d'isolement / contention
- Plan de formation

1- Approbation du compte rendu de la réunion du 26/05/2023

Le CR est approuvé

2- Etat d'avancement du plan d'action

Répondre à l'enquête FERREPSY

- Le questionnaire a été complété au mois de Juillet 2023, les résultats n'ont pour l'instant pas été communiqués.

S'inscrire sur l'espace numérique partagé de la FERREPSY

- L'établissement a accès à l'espace, mais il y a pour l'instant peu d'échange et de documentation.

Rédiger proposition de politique « isolement/contention » + plan de formation

Rédiger la trame du rapport annuel Isolement/contention

- La politique et le rapport ont été rédigés et seront examinés lors de cette réunion (Cf. points suivants de l'ordre du jour)

Actualiser procédure Isolement/contention

- La procédure isolement contention va être actualisée avec le DIM au regard des évolutions de la réglementation et du logiciel Cortexte.

Constituer sous-groupe avec DSET aménagement et travaux

- Le sous-groupe se réunira d'ici fin 2023 avec pour 1ère mission la réalisation d'un diagnostic au niveau architectural, unité par unité.



CH du Gers
Santé mentale

COMPTE RENDU **Réunion Groupe Isolement et Contention**

Rédacteur :
[REDACTED]
AAH DAMG

Date 04/10/2023

Page2/3

3- Validation de la politique de réduction des pratiques d'isolement / contention

La politique présente les attendus réglementaires et reprend les recommandations de bonne pratique en matière d'isolement et de contention. Elle est déclinée en plusieurs axes :

- Formation
- Alternatives à l'isolement / contention
- Debriefing avec le patient
- Architecture
- Espaces d'apaisement
- Prévention (primaire, secondaire et tertiaire)

Les moyens et ressources mis en place dans l'établissement sont également précisés, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation de cette politique.

Il est précisé que le Plan de Crise Conjoint (PCC) sera travaillé dans le cadre du Projet d'Etablissement. Des trames de PCC existent et la HAS élabore actuellement un support. Il conviendra de choisir la trame qui semble le plus adaptée à l'établissement.

Par ailleurs, une EPP sur l'isolement / contention pourra être menée une fois que la politique et la procédure isolement / contention auront été validées.

La politique est relue en séance et ne fait l'objet d'aucun commentaire. Elle sera présentée pour validation en CME au mois de décembre 2023.

4- Validation du rapport annuel 2022 des pratiques d'isolement / contention

Il est précisé que ce rapport annuel est prévu dans la réglementation depuis 2017. Jusqu'ici, un rapport trimestriel, essentiellement quantitatif, était établi et présenté en CME. Le rapport 2022 intègre une analyse qualitative des données, et servira de trame pour les rapports futurs.

Les éléments concernant les équipements de contentions restent à préciser (en attente de réponse du Dr [REDACTED]).

Le rapport 2023 intégrera une analyse des actions qui auront pu être menées cette année.

Le rapport est examiné en séance et ne fait l'objet d'aucun commentaire. Il sera présenté pour validation en CME au mois de décembre 2023.

Une fois validés, les documents devront faire l'objet d'une communication auprès des équipes. Il est proposé de les diffuser par mail à l'encadrement soignant et aux IDE.

5- Plan de formation

Des formations ont été inscrites au plan de formation 2024 :

- Isolement / contention : liberté, alternatives et bonne pratiques (dates non connues)
- Contention et espaces d'apaisement (2 jours en juin 2024)

Par ailleurs, la psychogériatrie a demandé une formation à la contention.

Mme [REDACTED] informe le groupe que le fournisseur de matériel de contention doit venir sur l'établissement en novembre. Il peut faire des formations à l'utilisation du matériel, directement dans les services, et Mme [REDACTED] a demandé à la pharmacienne qu'il puisse intervenir sur Charcot.



CH du Gers
Santé mentale

COMPTE RENDU **Réunion Groupe Isolement et Contention**

Rédacteur :
[REDACTED]
AAH DAMG

Date 04/10/2023

Page3/3

Une formation pourrait être organisée sur le même mode pour les autres unités de soins (se renseigner auprès du Dr [REDACTED]).

L'idée de mettre en place des référents, spécifiquement formés à la contention, est évoquée. Ceux-ci pourraient former les nouveaux professionnels.

Il est proposé que ces référents soient les soignants membres du groupe isolement / contention.

Enfin, il est rappelé que la journée régionale FERREPSY aura lieu le 16 novembre à Béziers, et qu'elle est ouverte à 2 participants par établissement. Mme [REDACTED] et M. [REDACTED] se proposent d'y participer.

Date de la prochaine réunion :

A fixer au mois de mars 2024

[REDACTED]

Directeur des affaires médicales et générales