Mesures de contention et/ou d'isolement : Recommandations générales

Février 2014

Sommaire

1. Préambule
    1.1. Objectif
    1.2. Méthodologie

2. Précisions terminologiques
    2.1. Mesure de contention et d'isolement
        Définition
        Techniques
        Processus

3. Cadre légal

4. Responsabilité
    Responsabilité civile
    Responsabilité pénale

5. Information
    5.1. Information à destination des usagers, des familles, de toute personne désignée pour assister l'usager et des représentants légaux
    5.2. Information et Règlement d'ordre intérieur : Services et institutions

6. Prévention
    6.1. Directives anticipées, techniques alternatives
    6.2. Formation du personnel
    6.3. Check list

7. Mise en œuvre des mesures
    7.1. Indications
    7.2. L'intervention
    7.3. Matériel et locaux
    7.4. Enregistrement
        Instances averties en cas d'application d'une mesure de contention et/ou d'isolement
        Données enregistrées
    7.5. Debriefing
    7.6. Evaluation
        En amont
        Pendant l'application de la mesure
        Lorsque la mesure a pris fin

8. Conclusion et recommandations

9. Annexes

1. Préambule

1.1. Objectif

Le présent document a été rédigé par le Délégué Général aux Droits de l'enfant (DGDE) et le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme (Centre), avec le concours de la Fondation SUSA et d'intervenants issus de secteurs divers. Il a pour objectif de proposer certains fondamentaux (principes, repères déontologiques et indications organisationnelles) relatifs aux mesures de de contention et/ou d'isolement.

Ces mesures sont en effet pratiquées au sein de différents lieux de vie accueillant des personnes en situation de handicap[1] (que ce soit à l'école, en milieu d'accueil ou de soin ou au sein des familles) mais sont évoquées et mises en œuvre différemment en fonction des secteurs. Dans certains cas, il peut même arriver qu'aucune balise n'encadre cette expérience qui est n'en est pas moins, à chaque fois, difficile à vivre pour l'ensemble des acteurs (la personne à qui s'applique la mesure, les proches de celle-ci, les pairs ainsi que les professionnels).

La problématique de fond est quant à elle toujours la même : **toute mesure de ce type porte directement atteinte aux libertés fondamentales de la personne à qui s'applique, mais dans le but de garantir la protection de cette même personne et/ou de son entourage**.
Puisque ces pratiques sont inévitables[2], le Centre et le DGDE estiment nécessaire la mise en place d'une véritable *politique* en matière de contention et d'isolement, tant au sein de chaque secteur où elles sont pratiquées (institutions destinées à accueillir les personnes handicapées, institutions psychiatriques, établissements de l'enseignement spécialisé, institutions résidentielles pour personnes âgées, etc.) qu'à un niveau intersectoriel.

Le Centre et le DGDE plaident donc pour que l'ensemble des autorités concernées se saisissent du sujet afin que dans l'avenir, l'application d'une mesure de contention et/ou d'isolement puisse se dérouler dans le souci du respect de chacun : résidant, élève, patient, usager, familles et professionnels.

1.2. Méthodologie

Ce document a été réalisé avec l'appui d'intervenants issus de différents secteurs (enseignement, santé mentale, aide à la jeunesse, action sociale, handicap) et de structures variées (institutions, services, administrations, organes de concertation, etc.) afin de mutualiser les expériences, les informations et les bonnes pratiques.

Dans son travail, le groupe s'est appuyé notamment sur les éléments et recommandations déjà rassemblés en 2006 par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou

---

1 La définition des « personnes en situation de handicap » est celle que donnent les Nations Unies dans sa Convention relative aux droits des personnes handicapées (art. 1) : *« Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres*. »

2 Ainsi que le signale le CPT dans son document de travail consacré à la question : « Tant la pratique clinique que les recherches montrent qu'il semble impossible d'éviter le recours à certaines formes de mesures coercitives […]. Les établissements qui utilisent les techniques d'accompagnement permanent (« shadowing ») n'acceptent pas toutes les catégories de [personnes]. Les établissements qui méritent toute notre admiration pour avoir réussi à bannir la fixation et à se concentrer sur les pratiques de contrôle manuel et d'isolement fondées sur 'l'accord sans portes fermées à clef' ont recours à la contention chimique et doivent parfois faire appel à la police ou à la sécurité pour maîtriser les [personnes] violent[e]s. » (Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, *Moyens de contrainte en hôpital psychiatrique*, Strasbourg, 2 mars 2006, p. 10)

traitements inhumains et dégradants (CPT) dans son document de travail « Moyens de contraintes en hôpital psychiatrique ».
Ce document, conçu à partir des observations et échanges des délégations du CPT avec des intervenants de terrain, recommande en effet l'adoption d'une « nouvelle sorte d'approche globale pour la prévention des traitements dégradants liés au recours à la contention »[3] et ce, tant pour les institutions accueillant des patients psychiatriques que des établissements médico-sociaux accueillant destinés à accueillir des personnes susceptibles de mouvements incontrôlables ou de chute, des personnes présentant des comportements imprévisibles dus à des troubles cognitifs (démence, par exemple) ou un retard mental, ...[4]

Cette approche alternative de la question ne peut, selon le CPT, être proposée qu'au terme de **discussions approfondies avec les acteurs** concernés et qu'après avoir procédé « à une **comparaison attentive des règles écrites** (législation, lignes directrices) ***avec la pratique quotidienne*** »[5].

Le présent document est la *première étape* de ce projet : il est le fruit des échanges et débats entre acteurs de terrain et a comme objectif principal de proposer un certain nombre de **balises intersectorielles pour la pratique** des mesures de contention et d'isolement.

Dans un *deuxième temps*, il conviendra que chaque secteur concerné s'approprie le cadre général esquissé dans ce texte et **adapte les recommandations à ses spécificités**, pour pouvoir ensuite les diffuser auprès des équipes de terrain dans les différents services et institutions.

2. Précisions terminologiques

2.1. Mesure de contention et/ou d'isolement

Définition :

Les mesures de contention et d'isolement sont des ***mesures exceptionnelles*** **de sécurité destinées à prévenir ou contrôler les actes d'une personne** ***pouvant occasionner des lésions corporelles*** **pour elle-même et/ou son entourage** ; elles limitent par des procédés divers l'autonomie et les mouvements d'une personne présentant un comportement se mettant elle-même et/ou les autres en danger.
Elles ne peuvent être utilisées qu'en dernier recours ; en aucun cas, elles ne peuvent avoir une visée thérapeutique, éducative, disciplinaire, ou punitive.

Ces mesures ne peuvent donc en aucun cas être destinées à pallier un manque de personnel, être conçues en vue d'assurer un certain « confort » pour les professionnels ou les familles ou être pratiquées dans le cadre d'une expérience médicale ou scientifique.

---

[3] *Ibid*., p.11
[4] « Il convient de rappeler que les moyens de contrainte ne servent pas uniquement à maîtriser des patients agressifs ; ils peuvent aussi être utilisés dans le but d'empêcher un patient de se blesser (en faisant des mouvements incontrôlables ou en tombant du lit) ou de limiter les comportements imprévisibles dus à des troubles cognitifs (démence, par exemple) ou à un retard mental. L'utilisation de moyens de contrainte à cette fin s'observe plus souvent dans les établissements médicalisés ou les foyers médicosociaux. » (*Ibid*. p. 9)
[5] *Ibid*., p. 11

Techniques :

Les techniques utilisées à cette fin peuvent être de différents types :

- **Contention physique** : elle consiste à immobiliser une personne, selon des techniques spécifiques de contrôle manuel, pour entraver sa liberté de mouvement ;
- **Contention mécanique** : elle consiste à utiliser un mécanisme pour restreindre les mouvements d'une personne (sangles, camisoles de force, lits clos, orthèse, …) ;
- **Contention chimique** : elle consiste à administrer des médicaments à une personne afin de contrôler son comportement (antipsychotiques, tranquillisants, hypnotiques et sédatifs, …) ;
- **Isolement** : il consiste en toute forme d'écartement pendant lequel un responsable, pour des motifs précis et de manière temporaire, isole une personne et la tient à l'écart de ses pairs et/ou des professionnels. Il s'agit en d'autres termes du placement d'une personne seule dans une pièce fermée à clé, quel que soit le nom donné à cette pièce.
    - **Pratique d'isolement** : mise à l'écart d'une personne dans un local spécifiquement destiné à cet effet, généralement accompagnées d'une procédure particulière en matière d'enregistrement, d'information et de communication aux tiers
    - **Mesure d'écartement** : mises à l'écart d'une personne dans une pièce (ex. : placer une personne sur une chaise dans un couloir, etc.) répondant en principe à une situation de danger moindre que les mesures d'isolement et faisant de ce fait l'objet d'une procédure moins élaborée.
    - **Dans les faits** néanmoins, il reste très difficile - voire impossible - de différencier les deux et c'est pourquoi nous recommandons que *toutes* les mesures – qu'elles soient d'isolement ou d'écartement - fassent l'objet d'un enregistrement et d'une communication aux personnes responsables.

Processus :

Une mesure de contention et d'isolement doit être comprise et traitée comme une **séquence au sein d'un processus** ne faisant pas uniquement intervenir la mise en œuvre de la mesure elle-même : **elle intervient lorsqu'un certain nombre d'éléments préventifs établis en amont auront été passés en revue et épuisés et sera suivie par certaines opérations indispensables lorsque la mesure elle-même aura pris fin.**

- En amont :
    - Directives anticipées, techniques alternatives
    - Formation du personnel
    - Composition d'une *check list*
- Lors de l'application de la mesure :
    - Indications
    - L'intervention
    - Matériel et locaux
- Lorsque la mesure a pris fin :
    - Enregistrement
    - Evaluation de la mesure
    - Debriefing

3. Cadre légal

Cette question fait appel à différentes législations et règlementations, qui peuvent varier en fonction des secteurs.

Nous indiquons ici les principes qui définissent le cadre dans lequel s'inscrivent les mesures de contention et d'isolement. Cette liste n'est pas exhaustive et nous invitons chaque secteur à compléter et/ou l'amender en fonction de ses propres besoins.

- **Droit à vivre dans la dignité** :
  - *« Chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine. »* (Constitution, art.23)
- **Non-assistance à personne en danger :**
  - *« Sera puni d'un emprisonnement de huit jours à (un an) et d'une amende de cinquante à cinq cents [euros] ou d'une de ces peines seulement, celui qui s'abstient de venir en aide ou de procurer une aide à une personne exposée à un péril grave, soit qu'il ait constaté par lui-même la situation de cette personne, soit que cette situation lui soit décrite par ceux qui sollicitent son intervention. »* (Code pénal, art. 422 bis)
- **Droit à la liberté et à la sûreté :**
  - *« Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté [….] »* (Convention européenne droits de l'Homme, art.5).
  - *« Les États Parties veillent à ce que les personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres :*
    - *Jouissent du droit à la liberté et à la sûreté de leur personne;*
    - *Ne soient pas privées de leur liberté de façon illégale ou arbitraire; ils veillent en outre à ce que toute privation de liberté soit conforme à la loi et à ce qu'en aucun cas l'existence d'un handicap ne justifie une privation de liberté […].* » (Convention relatives aux droits des personnes handicapées, art. 14)
- **Droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants :**
  - *« Nul ne peut être soumis à la torture, ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants ».* (Convention européenne des droits de l'Homme, art. 3)
  - *« Les Etats parties veillent à ce que :*
    - *Nul enfant ne soit soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Ni la peine capitale ni l'emprisonnement à vie sans possibilité de libération ne doivent être prononcés pour les infractions commises par des personnes âgées de moins de dix-huit ans;*
    - *Nul enfant ne soit privé de liberté de façon illégale ou arbitraire. L'arrestation, la détention ou l'emprisonnement d'un enfant doit être en conformité avec la loi, n'être qu'une mesure de dernier ressort, et être d'une durée aussi brève que possible;*
    - *Tout enfant privé de liberté soit traité avec humanité et avec le respect dû à la dignité de la personne humaine, et d'une manière tenant compte des besoins des personnes de son âge. En particulier, tout enfant privé de liberté sera séparé des adultes, à moins que l'on estime préférable de ne pas le faire dans l'intérêt supérieur de l'enfant, et il a le droit de rester en contact avec sa famille par la correspondance et par les visites, sauf circonstances exceptionnelles […].* » (Convention des droits de l'enfant, art.3)

- *« Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. En particulier, il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique […]. »* (Convention relative aux droits des personnes handicapées, art. 15)

- **Droit de ne pas être soumis à l'exploitation, à la violence et à la maltraitance :**
  - *« Les États Parties prennent toutes mesures législatives, administratives, sociales, éducatives et autres mesures appropriées pour protéger les personnes handicapées, à leur domicile comme à l'extérieur, contre toutes formes d'exploitation, de violence et de maltraitance, y compris leurs aspects fondés sur le sexe.*
    - *Les États Parties prennent également toutes mesures appropriées pour prévenir toutes les formes d'exploitation, de violence et de maltraitance en assurant notamment aux personnes handicapées, à leur famille et à leurs aidants des formes appropriées d'aide et d'accompagnement adaptées […,]y compris en mettant à leur disposition des informations et des services éducatifs sur les moyens d'éviter, de reconnaître et de dénoncer les cas d'exploitation, de violence et de maltraitance. […]*
    - *Afin de prévenir toutes les formes d'exploitation, de violence et de maltraitance, les États Parties veillent à ce que tous les établissements et programmes destinés aux personnes handicapées soient effectivement contrôlés par des autorités indépendantes.*» (Convention relative aux droits des personnes handicapées, art. 16)

- **Protection de l'intégrité de la personne :**
  - *« Toute personne handicapée a droit au respect de son intégrité physique et mentale sur la base de l'égalité avec les autres »*. (Convention relative aux droits des personnes handicapées , art.17)

- **Intérêt supérieur de l'enfant :**
  - *« Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.*
    Les Etats parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées.
    Les Etats parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié. » (Convention des droits de l'enfant, art.37)

La législation mentionne le cas où une mesure de contention est pratiquée sur un *patient* (au sens où le définit la loi relative aux droits du patient) [6]. La contention est alors assimilée aux mesures de

6 La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient définit le patient comme :
Art. 2. Pour l'application de la présente loi, il faut entendre par : 1° patient : la personne physique à qui des soins de santé sont dispensés, à sa demande ou non; 2° soins de santé : services dispensés par un praticien professionnel en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient ou de l'accompagner en fin de vie; 3° praticien professionnel : le praticien visé à l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé ainsi que le praticien professionnel ayant une pratique non conventionnelle, telle que visée dans la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales. »

prévention des lésions corporelles et est définie comme une prestation technique de soins infirmiers B1 d'exception[7].

4. Responsabilité

Les mesures de contention et d'isolement impliquent une responsabilité aux yeux de la loi. A cet égard, il convient de distinguer responsabilité civile et pénale.

Responsabilité civile :

Elle est engagée lorsqu'une personne provoque par sa faute (c'est-à-dire un fait, un comportement que n'aurait pas adopté une personne normalement prudente et diligente placée dans les mêmes circonstances) un dommage à autrui ; elle vise la réparation de ce dommage. Les juridictions civiles sont compétentes (juge de paix, tribunal de première instance, cour d'appel)[8].

La responsabilité civile n'est pas personnelle. Ainsi, l'employeur peut être tenu responsable pour une faute commise par son travailleur (excepté en cas de dol, faute lourde ou légère habituelle). C'est pourquoi, le droit du travail oblige l'employeur à s'assurer en responsabilité civile pour les faits commis par ses employés.

Responsabilité pénale :

La responsabilité pénale est engagée lorsqu'une personne commet une infraction ; elle vise la protection de la société. Les juridictions pénales sont compétentes (tribunal de police, tribunal correctionnel, Cour d'assise)

La responsabilité pénale est personnelle, qu'il s'agisse d'une personne morale ou physique : elle ne peut être engagée que dans le chef de l'auteur de l'infraction.

Dès lors, pour un même fait (dans un cas de contention par exemple), la responsabilité civile de l'employeur peut être engagée et la responsabilité pénale de l'employé peut être engagée. Notons que l'employeur tenu d'indemniser la victime pourra se retourner ensuite contre le travailleur pour réclamer le montant de l'indemnité payée si la faute commise par le travailleur est grave ou habituelle.

Il convient néanmoins d'apporter la précision suivante : si toute personne morale est pénalement responsable des infractions qui sont intrinsèquement liées à la réalisation de son objet ou à la défense de ses intérêts et/ou lorsque les faits concrets démontrent que ces infractions ont été commises pour son compte, lorsque sa responsabilité est engagée exclusivement en raison de l'intervention d'une personne physique identifiée, seule la personne qui a commis la faute la plus grave peut être condamnée. Si la personne physique identifiée a commis la faute sciemment et volontairement, elle peut être condamnée en même temps que la personne morale responsable.

[7] Arrêté royal du 18 juin 1990 fixant la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier
[8] Code civil, art. 1382 & 1383

5. Information

Dans la mesure où la pratique de la contention et/ou de l'isolement présente un risque d'abus important, il convient de mettre tout en œuvre afin de diminuer la charge traumatique pour l'ensemble des acteurs et de rechercher autant que possible l'implication volontaire de la personnes à qui la contention est appliquée dans la mise en œuvre de la mesure.

C'est en ce sens que nous préconisons le fait **d'informer la personne et/ou son représentant légal de la *possibilité* de l'application d'une mesure de contention** et ce, dans un cadre préalablement défini.

5.1. Information à destination des usagers, des familles, de toute personne désignée pour assister l'usager et des représentants légaux

Afin de veiller au maintien de la communication entre la personne à qui s'applique la mesure et les autres intervenants, il convient d'informer au préalable cette personne elle-même et/ou son représentant légal de la possibilité de se voir appliquer ce type de mesures en cas de nécessité. De cette manière, la personne et/ou ses proches auront la garantie que ce type de procédure est balisée et fait l'objet d'une attention particulière au sein de l'institution. Une information concernant les possibilités de recours en cas d'abus doit également être communiquée.[9]

Dans le cas où ce sont les familles elles-mêmes qui pensent être amenées à pratiquer des mesures de contention et d'isolement dans le cadre de la sphère privée, le Centre et le DGDE recommandent que cette éventualité soit, dans la mesure du possible, réfléchie avec des professionnels extérieurs qui pourraient aider les personnes concernées à baliser cette pratique dans le respect des droits de la personne.

5.2. Information : Services et institutions

Les principes de la contention et de l'isolement doivent être notifiés et développés dans des **documents officiels** propres au service ou à l'institution (par exemple dans le règlement d'ordre intérieur), à la structure d'accueil ou de soin susceptibles de mettre en œuvre ces pratiques.
Le texte élaboré sera le résultat d'une réflexion pluridisciplinaire. Dans le cas où la présence d'un médecin est prévue de manière structurelle, il sera associé au travail.
Communiquer à des tiers l'application d'une mesure de d'une contention relève du devoir de réserve. Il sera donc bien rappelé au personnel l'obligation de discrétion en la matière (cf. également *infra* point 7.4 « Enregistrement »).

6. Prévention

6.1. Directives anticipées, techniques alternatives

Il est impératif de travailler en amont, en amenant les différents intervenants à pouvoir détecter les éléments susceptibles d'éviter l'application de la contention ou de l'isolement.

[9] En fonction des secteurs, ceux-ci peuvent différer mais il convient dès à présent de relever par ex. les médiateurs pour les droits des patients, le délégué général aux droits de l'enfant ou le Centre pour l'égalité des chances en sa qualité d'organe de suivi pour la Convention des Nations Unies pour les droits des personnes handicapées.

Pour ce faire, il s'agit d'examiner, avec les usagers et/ou leur représentant, les approches innovantes visant à développer des alternatives à la contention, tant en matière d'organisation que de comportements des intervenants.

6.2. Formation du personnel

Celle-ci doit être envisagée sous un angle **général** : elle abordera les **modalités pratiques** des mesures de contention mais il importe que soient également abordés les **aspects préventifs** en se formant à des techniques de gestion de conflits et de la violence, les techniques de désescalades, le monitoring des situations de crise, l'analyse fonctionnelle des troubles du comportement, le support positif au comportement, etc. Des supervisions d'équipe doivent également être envisagées.

Il convient de remarquer en outre qu'il existe un certain nombre de techniques destinées à maîtriser ou immobiliser une personne. Il est primordial de respecter, dans le choix de celles-ci, deux critères fondamentaux :
1. La technique doit garantir la protection des deux parties ;
2. Elle doit se fonder prioritairement sur des actions préventives à l'application d'une mesure de contention et ne considérer celle-ci que comme ultime recours en cas de nécessité.

6.3. Points d'attention pour l'application de la mesure :

Comme nous l'avons mentionné plus haut, chaque secteur d'activité aura à adapter les indications et recommandations contenues dans le présent document afin de pouvoir assurer une mise en œuvre effective respectueuse de tous.

Dans la mesure où la contention et l'isolement sont avant tout une **pratique de terrain**, il est indispensable que les *check lists* qui seront produites afin de baliser le travail des intervenants :

- **Tiennent compte des spécificités de chaque contexte** ;
- **Prennent en considération le type de contention pratiquée** (cf. *supra* : Techniques de Contention) ;
- **Respectent absolument les principes suivant :**
    - **La contention et l'isolement sont des mesures exceptionnelles et de dernier recours ;**
    - **Elles doivent intervenir dans un contexte de violence et/ou d'agitation aiguës ;**
    - **Elles doivent répondre à un état de nécessité : une mise en danger imminente de la personne à qui s'applique la mesure et/ou d'un tiers.**

7. Mise en œuvre des mesures

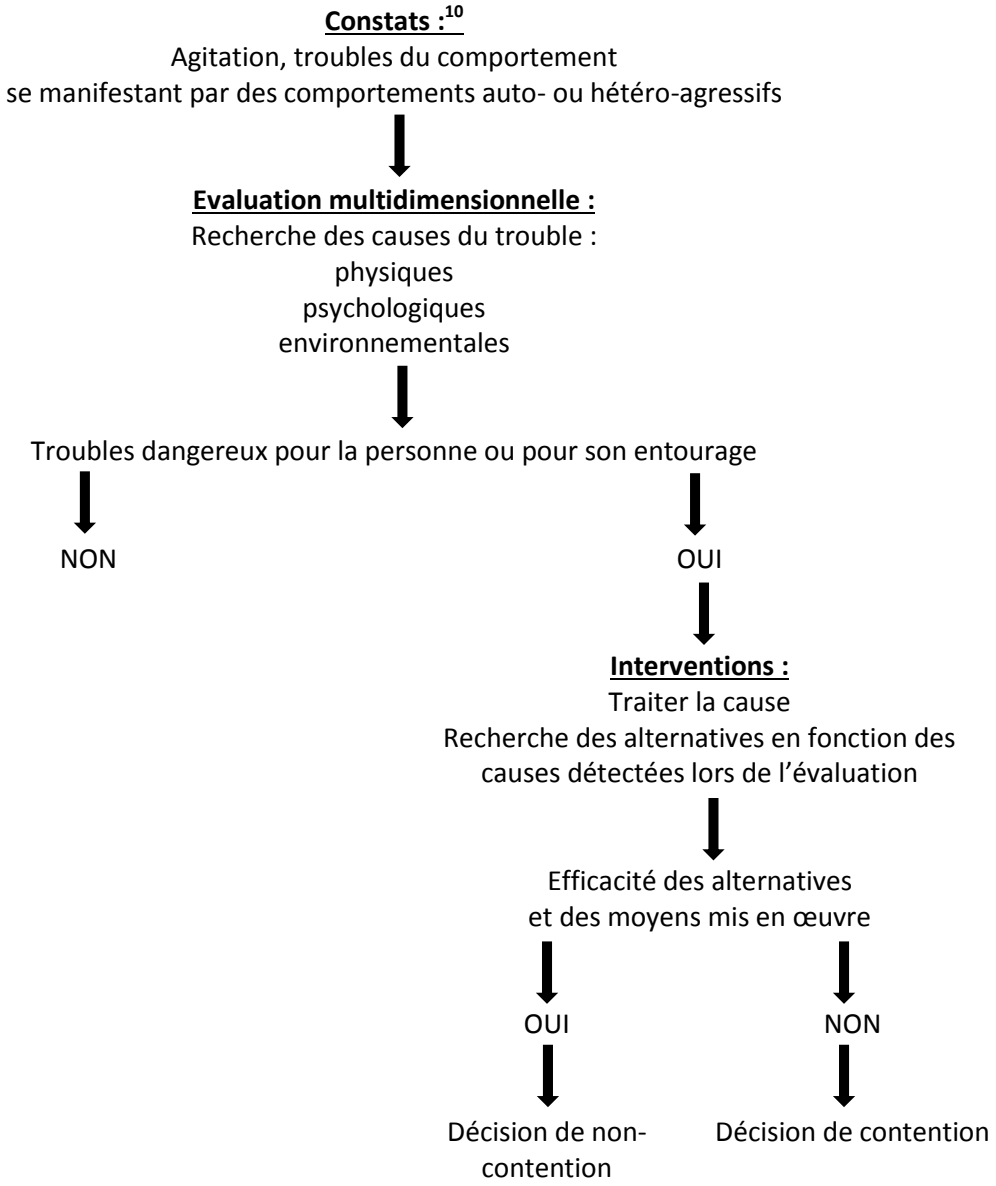
7.1. Indications

Dans tous les cas, la durée de la mesure de contention ou d'isolement doit être **limitée au laps de temps le plus court possible**.

Elle doit également faire l'objet d'un **programme de surveillance et d'accompagnement individualisé** (en veillant à observer les éventuels facteurs de risque et contre-indications liés à la personne : problèmes respiratoires, fausse déglutition, …). Il convient également d'organiser son **évaluation**.

L'importance de la prescription médicale en tant que condition *sine qua non* pour l'application de la mesure devra être examinée avec attention dans tous les secteurs.
Nous considérons en effet que dans certains cas, l'exigence d'une prescription préalable à l'application pourrait constituer un véritable obstacle à la mise en œuvre de celle-ci en cas de nécessité et ne peut donc être envisagée.

7.2. L'intervention



[10] Ce schéma s'inspire dans sa plus grande partie d'un schéma réalisé par la Fédération des CPAS, publié par l'Union des Villes et communes de Wallonie, dans sa version 03/2009 : *Mesures de prévention de lésions corporelles – Moyens de contention*, p. 2

7.3. Matériel et locaux

La contention ne sera appliquée qu'au moyen de **matériel adapté préservant la sécurité et le respect de la personne**. Celui-ci peut varier selon le type de contention pratiqué mais ne peut en aucun cas entraver les fonctions vitales. Il conviendra également de veiller à maintenir la capacité à s'exprimer de la personne à qui la contention est appliquée.

Dans le cas des mesures d'isolement, il convient de remarquer que les locaux où celles-ci sont pratiquées ne portent pas nécessairement le nom de « chambre d'isolement ». En tout état de cause, c'est l'usage davantage que le nom qui détermine si l'isolement est pratiqué ou non (cf. *supra* point 2.1).
Ces lieux impliquent une prise de risques majeure : outre l'atteinte aux libertés individuelles, ils présentent un danger accru d'augmentation de l'auto et de l'hétéro-agressivité.

Ils doivent de ce fait :

- Se trouver dans un lieu tel qu'une **surveillance physique rapprochée**[11] pourra être assurée tout en préservant néanmoins la dignité et l'intimité de la personne faisant l'objet de la mesure ;
- Être conçus de manière à **écarter le risque d'accident** (automutilation,…) avec le matériel minimum, en faisant attention à éliminer tous les éléments apparents ou à les protéger (radiateurs, câbles électriques…) ;
- Être utilisés pour des **périodes très courtes**, avec des **procédures strictes** ;
- Mentionner et intégrer l'usage de ce matériel et de ces locaux dans les **plans de prévention et évacuation** des établissements ;
- Faire l'objet d'un **mode d'emploi connu de tous** dans le cas de la présence de matériel de contention spécifique.

7.4. Enregistrement

L'enregistrement de la mesure doit être effectué de manière systématique au sein du service ou de l'institution et doit figurer dans le dossier de la personne à laquelle la mesure a été appliquée.

Instances averties en cas d'application d'une mesure de contention et/ou d'isolement :

Une communication au sujet de toute mesure de contention et/ou d'isolement qui a été prise doit être effectuée auprès de :

- La direction de l'établissement ;
- Toute personne ayant éventuellement été désignée pour assister la personne à qui la mesure a été appliquée (ex. : le référent du projet de la personne au sein de l'établissement) et/ou le représentant légal de celle-ci ;

Il faut en outre avertir :

Dans les établissements où une présence médicale est prévue :
- Le médecin responsable

Dans la sphère privée (ex. : au sein de la famille) :

[11] Dans les lieux où cette pratique est possible, il importe de remarquer qu'une vidéosurveillance ne suffit pas et ne remplace en aucun cas la présence régulière d'un membre du personnel.

- Une personne extérieure ayant une connaissance de la situation de l'usager et apte à évaluer la pertinence de l'application de la mesure (ex. : le médecin traitant).

A l'instar du CPT, nous recommandons également la création d'un dispositif intersectoriel chargé de la récolte et du suivi des mesures de contention et d'isolement pour l'ensemble du pays (cf. point 8. « Conclusions et recommandations »).
Dans cette perspective, chaque enregistrement doit également être communiqué à ce dispositif.

Données enregistrées :

Cet enregistrement reprendra les éléments suivants :

- La personne à qui la mesure a été appliquée ;
- Le motif de la mesure ;
- Les personnes ayant effectué la mesure ;
- Le(les) mode(s) de contention utilisé(s) ;
- Le programme de surveillance et d'accompagnement, en ce compris les moments de réévaluation de la mesure ;
- Les indications pour préparer la période qui suivra la levée de la mesure.

Nous recommandons également de limiter le nombre d'informations à enregistrer de telle sorte que les éléments puissent être répertoriés correctement sans que cela n'entraîne un travail administratif trop important pour le personnel.

7.5. Debriefing

Lorsqu'une mesure a pris fin, il est important de pouvoir mettre les événements passés en perspective avec l'ensemble des intervenants, y compris avec les pairs afin de :

- Créer un espace de parole pour la personne à qui la mesure a été appliquée ;
- Proposer aux pairs une autre grille de lecture des événements qui ont eu lieu afin de éventuellement atténuer le vécu de violence ressenti ;
- Créer un espace de parole pour la(les) personne(s) qui a(ont) appliqué la mesure ;
- Recréer le lien, rompu pendant un temps, entre la personne à qui la mesure a été appliquée et la personne qui a appliqué cette mesure.

7.6. Evaluation

L'évaluation doit intervenir à chaque étape du processus.

En amont :

Avec les indications données en matière de prévention (point 6. « Prévention »)

Pendant l'application de la mesure :

Lorsqu'une mesure de contention ou d'isolement est mise en œuvre, celle-ci doit être de la durée la plus brève possible. Il s'agit également de veiller à rendre l'inconfort le plus minime possible.
En outre, la mesure doit faire l'objet d'une évaluation régulière afin notamment de vérifier l'adéquation des modalités d'application de la mesure et de l'évolution de la personne

contentionnée. La fréquence de ces évaluation sera déterminée par différents paramètres, tels que le degré d'entrave, le niveau de risque, l'évolution du comportement, etc.
Dans le cas où il est nécessaire de prolonger la durée d'application de la mesure, il y a lieu d'envisager à nouveau une surveillance (sécurité physique, etc.) et un accompagnement.
La vidéosurveillance ne peut remplacer la présence d'un membre du personnel.

Lorsque la mesure a pris fin :

Il est nécessaire de pouvoir effectuer une évaluation globale. En cas de mesure récurrente, une attention particulière sera portée à la fréquence, la durée, les motifs et les modalités. Il est important d'y associer la personne et/ou son représentant.

8. Conclusion et recommandations

Les mesures de contention et d'isolement se définissent comme toutes mesures exceptionnelles de dernier recours imposant une limitation – quel que soit le procédé – à l'autonomie et aux mouvements d'une personne présentant un comportement la mettant elle-même et/ou les autres en danger.

Quel que soit le secteur d'activités dans lequel elle s'appliquera, on retrouvera donc toujours les éléments suivants afin de définir le cadre dans lequel elles s'exercent :

- Une mesure **exceptionnelle et de dernier recours ;**
- Un **risque important d'atteinte à l'intégrité physique** de la personne elle-même et/ou des personnes de son entourage ;
- Un **état de nécessité** (mise en danger imminente de la personne à qui s'applique la mesure et/ou d'un tiers).

De manière générale, le Centre et le DGDE recommandent la mise en place d'une véritable politique transversale en matière d'application et de contrôle des mesures de contention et d'isolement, portant notamment sur :

- La concertation avec l'ensemble des pouvoirs décisionnels et organisateurs des secteurs concernés afin d'implémenter :
    - Des instructions écrites pour le personnel ;
    - Une formation pour le personnel aux mesures préventives et aux techniques à appliquer ;
    - L'organisation d'un debriefing systématique pour l'ensemble des acteurs concernés ;
    - La mise à disposition des publics concernés d'un document fournissant des informations concernant la politique de l'établissement en matière de contention et d'isolement ;
- La mise en place d'un mécanisme de monitoring intersectoriel, de même que la désignation d'instances sectorielles habilitées à contrôler et suivre les questions liées à cette problématique ;
- La mise en place d'un mécanisme de plainte intersectoriel.

Dans tous les cas, et en tout état de cause, il conviendra d'accorder une attention particulière aux éléments suivants :

Individualisation

Ces mesures, quelle que soit leur fréquence d'application à une même personne, doivent à chaque fois faire l'objet d'une application de la plus courte durée possible, au cours de laquelle on mettra en place une surveillance et un accompagnement. Une réévaluation régulière est également indispensable.

Autant que faire se peut, il conviendra de se mettre à l'écoute de la parole de la personne à qui devraient être appliquées ces mesures, que ce soit en amont (techniques préventives de désescalade, etc.), lors de la mesure elle-même ou en aval, lorsque la mesure a pris fin (debriefing élargi, etc.).

Information et recours

Ce type de mesures doivent faire l'objet d'une attention particulière de la part des administrations et institutions compétentes, en termes d'information des personnes et d'enregistrement.

Ainsi, il conviendra de prévoir une information préalable des personnes à qui la contention et l'isolement sont susceptibles d'être appliquées, ainsi que de leurs éventuels représentants. Cette information portera tant sur l'éventualité de l'application d'une mesure de type que sur les possibilités et les modalités pratiques de recours auxquels il peut être fait appel.

Enregistrement et communication

Afin de prévenir toute forme d'abus, un enregistrement des mesures de contention et d'isolement devra être organisé au sein de chaque institution ou structure. Cet enregistrement reprendra uniquement les éléments qui permettront la tenue d'un répertoire exhaustif et actualisé régulièrement.

Une communication au sujet de toute mesure de contention et d'isolement qui a été prise doit être transmise à la direction du service (ou au médecin-responsable), à l'éventuel représentant légal de la personne (lorsque celle-ci est mineure). Une personne extérieure ayant une connaissance de la situation de l'usager et apte à évaluer la pertinence de l'application de la mesure devrait également être idéalement tenue informée (par ex. le médecin traitant) *dans le cas où la mesure a été appliquée dans le cadre de la sphère privée* (par ex. au sein des familles).

Nous recommandons en outre vivement la mise en place, par secteur, d'une instance indépendante destinée à assurer, dans le respect des conditions légales d'une telle opération, le suivi des enregistrements relatifs à cette problématique. Cette instance (médiateurs, délégués, etc.) sera informée systématiquement des mesures de contention et d'isolement ayant été appliquées au sein de leur secteur, permettant ainsi de pouvoir objectiver certains éléments relatifs à ces pratiques.

Création d'un dispositif intersectoriel chargé du monitoring des mesures de contention et d'isolement

Nous recommandons enfin la création d'un organe transversal chargé d'assurer le monitoring de cette problématique de la contention et de l'isolement, cruciale en matière de respects des droits fondamentaux. Ce dispositif serait notamment chargé de collecter les données, faire un état des

lieux des pratiques et de constituer une plateforme d'échanges entre les différents secteurs où la contention et l'isolement sont pratiqués afin de faire émerger les bonnes pratiques, permettre une remise en question.

9. Références

- Convention des droits de l'enfant : http://www.dgde.cfwb.be/index.php?id=3570
- Convention relative aux droits des personnes handicapées : http://www2.ohchr.org/french/law/disabilities-convention.htm
  Convention européenne des droits de l'Homme : www.echr.coe.int/Documents/Convention_FRA.pdf
- Comité européen pour la prévention de la torture et des peines et traitements inhumains et dégradants, Moyens de contrainte en hôpital psychiatrique, 2 mars 2006 : www.cpt.coe.int/fr/documents-travail/cpt-2006-22-fra.pdf