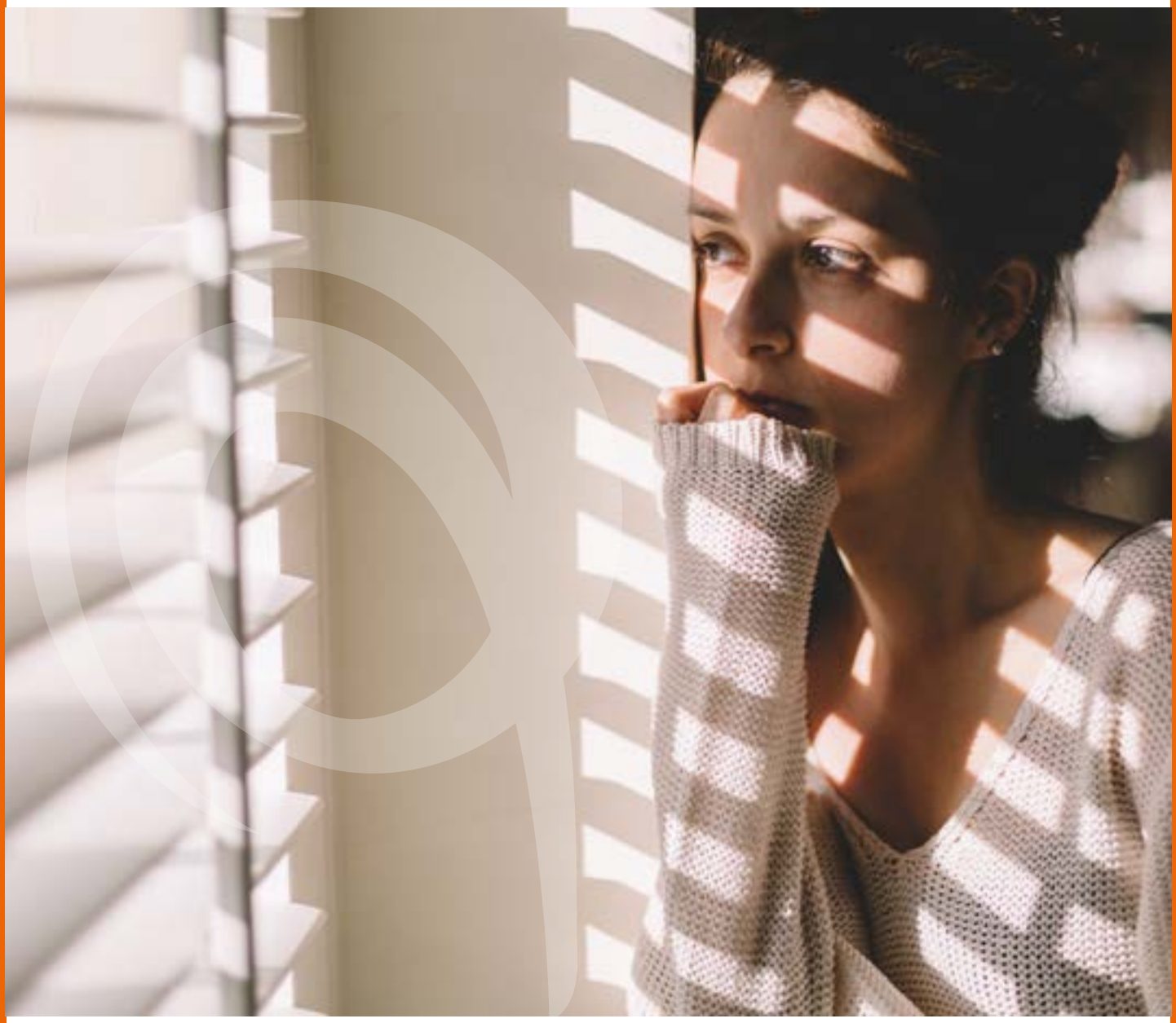
CONTENTION & ISOLEMENT

Repères et bonnes pratiques

Guide à l'utilisation des services d'accueil et d'hébergement pour personnes en situation de handicap agréés par l'AVIQ.



Wallonie
familles santé handicap
AVIQ

Editrice responsable
Françoise Lannoy, administratrice générale
Rue de la Rivelaine, 21 B-6061 Charleroi

Rédaction
Direction Audit et inspection de l'AVIQ
Séphora Cekevda

Mise en page et illustrations
Philippe Warmont

Photos
www.istockphoto.com

N° de dépôt légal : D/2019/7646/51

Le médiateur
de la Wallonie
de la Fédération Wallonie-Bruxelles
www.le-mediateur.be

Table des matières

Introduction 4

I. De quoi parle-t-on ? 5

II. Principes généraux 8
1.1. Législations 8
1.2. Recommandations de l'AVIQ 9

III. Et en pratique… 11
1. Réflexion pluridisciplinaire 11
2. Avertissement de la famille 11
3. Procédure interne 12
3.1. Une analyse de la situation problématique 12
3.2. La recherche d'alternatives 12
3.3. Une prescription individuelle 12
3.4. Une observation et une surveillance 13
3.5. Une réévaluation 14
3.6. La constitution d'un registre à l'échelle institutionnelle 15
4. Le matériel de contention 16
5. La chambre d'isolement 16
6. Proposition de la chronologie des gestes à poser en cas d'urgence et en dehors des situations d'urgence. 17
7. Formation des professionnels de terrain 19
8. Désignation d'un « référent contention» 19

IV. Check-list de bonnes pratiques 20
La journée 20
La nuit 21

V. En conclusion 22

VI. Quelques citations 24

VII. Législations 25

VIII. Pour en savoir plus 31

La problématique des contentions concerne de nombreux secteurs sociaux et de la santé. Elle est particulièrement sensible parce qu'elle concerne chaque fois des personnes qui présentent une vulnérabilité particulière. Elle amène la société à s'interroger quant aux mesures à mettre en place pour **garantir l'intégrité et la qualité de vie de chacun et de chacune**, quelles que soient ses difficultés.

Cette brochure s'adresse spécifiquement aux établissements pour personnes en situation de handicap. Un autre document de sensibilisation est en préparation pour le secteur des aînés.

Les institutions constituent le lieu de vie des personnes. Accompagnées de professionnels, elles y bâtissent leur projet de vie.

Sur le terrain, en fonction des difficultés, déficiences, fragilités présentées par la personne ainsi accompagnée, il arrive aux travailleurs et travailleuses de terrain, de manière exceptionnelle, de recourir à des moyens de contention ou à de l'isolement de manière à garantir sa sécurité et/ou celle de son environnement.

L'AVIQ souhaite aider les professionnels dans leur travail de réflexion concernant le recours aux méthodes de contention et d'isolement en proposant des balises respectueuses et sécurisantes pour tous, résidents et résidentes, parents et proches, intervenants et intervenantes...

Ce guide se veut donc un soutien aux professionnels et une aide à la mise en place de bonnes pratiques. Il est destiné à être **exploré en réunion d'équipe** et à être utilisé pour élaborer des outils spécifiques aux situations et aux besoins de chaque service. Il constitue un outil complémentaire à celui édité en février 2014 par le Délégué Général aux Droits de l'Enfant et le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme.

Françoise LANNOY, Administratrice générale

I. De quoi parle-t-on ?

►La contention mécanique et physique

La **contention d'une personne** se définit comme une **limitation imposée à son autonomie et à ses mouvements par un procédé mécanique ou une intervention physique.**

La contention **ne limite pas les contacts relationnels de la personne.**
On considèrera comme recours à la contention toute mesure visant à restreindre l'utilisation de tout ou d'une partie du corps.
Ainsi, la limitation de la capacité de déambulation est considérée comme de la contention. Cette restriction peut s'établir via différents moyens tels que l'usage d'une ceinture de sécurité, de moufles, d'une barrière de lit, de certaines orthèses, etc. La personne devient dès lors tributaire d'une aide extérieure pour se mouvoir ou mouvoir une partie de son corps.

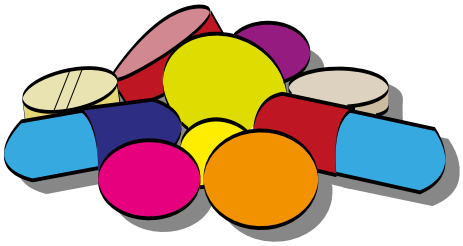
►L'isolement

L'**isolement représente une limitation de l'espace de vie d'une personne sans entrave à ses mouvements.**

Il constitue une entrave à sa liberté d'aller et de venir et il amène à une restriction de sa vie relationnelle.
À noter que proposer le retrait d'une personne dans une chambre sans l'enfermer ne constitue pas un isolement.
On peut parler d'isolement uniquement si cette personne n'est pas en capacité de sortir de cette pièce (par exemple parce que celle-ci est fermée à clé ou que cette personne est incapable d'en sortir par ses propres moyens).

►La médication

Des médications particulières, d'urgence ou non, sont parfois prescrites dans une visée de contention, en alternative à la contention physique/ mécanique ou à la mise en isolement.
Ce traitement doit s'intégrer dans une réflexion globale et une approche pluridisciplinaire de la prise en charge du patient.



►Les effets secondaires

La **contention ou l'isolement** sont mis en place pour **les effets positifs** qu'ils peuvent avoir sur la personne. Ils permettent de **cadrer, sécuriser, apaiser** et paradoxalement, comme l'ont signalé des intervenants, d'accroître l'espace de liberté de la personne concernée (par exemple, attacher une personne non voyante via un foulard à un guide pour lui permettre de participer à une promenade…).

Des effets secondaires négatifs existent aussi, tant sur le plan physique que psychique.

La littérature relate les **risques suivants** :

> pour la personne :

- une **atteinte à sa dignité et à son confort** ;
- un risque de voir se développer **des sentiments d'humiliation, de peur, d'impuissance** avec une augmentation de l'agitation, de l'agressivité ;

- un risque de développement d'effets secondaires dont l'apparition peut, pour certains, être liée à la durée et la chronicité de la contention :
    - des **lésions** au point de contention, un **encombrement bronchique**, un risque d'**étranglement** ou de **décès** ;
    - une **diminution de l'autonomie** dans les actes de la vie quotidienne et la survenue d'incontinence par exemple, mais aussi une a**ugmentation des risques de chutes et d'accidents** lorsque la contention sécuritaire est levée ;

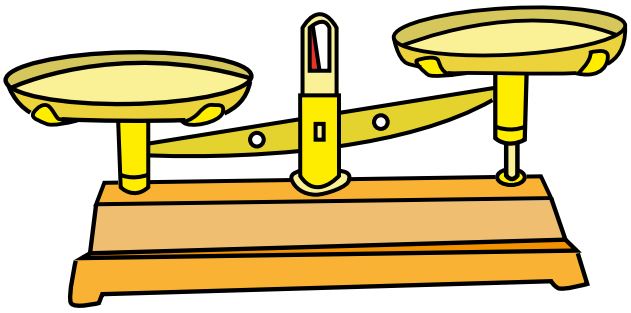
> pour les proches :

- de la peur, de l'incompréhension, de la souffrance, un sentiment d'impuissance, un traumatisme et une révolte ;

> pour le personnel :

- un **ressenti difficile** qui peut s'apparenter à un sentiment d'échec ou de désaccord quant à la mesure décidée ;
- un **travail de surveillance supplémentaire.**

Autant d'effets négatifs sans qu'il y ait toujours le sentiment d'une sécurité augmentée pour la personne.



II. Principes généraux

1.1. Législations

Il est important de situer la pratique de la contention/de l'isolement dans le cadre des législations belges, européennes et internationales, afin de dégager des principes généraux à respecter concernant ces pratiques.

Elles sont détaillées en annexe mais certains points méritent d'être mis en exergue dans le cadre de notre réflexion :

► Dans la loi belge

« Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite ».

« Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable ».

« Le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable (…) ».

« Le patient a le droit de refuser ou de retirer son consentement, tel que visé au § 1er, pour une intervention (…) ».

« Les droits, tels que fixés par la présente loi, d'un patient majeur relevant du statut de la minorité prolongée ou de l'interdiction sont exercés par ses parents ou par son tuteur ».

Loi du 22/08/2002 relative aux droits du patient, art. 5, 7, 8 et 13.

« Chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine ».

Art. 23 de la Constitution belge.

► Dans la législation internationale

« Tout individu a droit à la liberté et à la sûreté de sa personne ».
Art.3 de la Déclaration universelle des droits de l'homme.

« Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants ».
Art. 5 de la Déclaration universelle des droits de l'homme et Art. 15§1 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées – New York 13/12/2006.

1.2. Recommandations de l'AVIQ

Ces différentes législations permettent l'élaboration de principes généraux qui seront autant de guides dans la pratique quotidienne institutionnelle.

- On reconnaîtra ainsi que :
  - la contention et l'isolement sont des mesures de privation de liberté qui portent atteinte aux droits fondamentaux d'un être humain ;
  - les services reconnus par l'AVIQ ne sont pas en droit de restreindre la liberté d'une personne d'une quelconque façon ;
  - les mesures de contention et d'isolement n'ont de sens que dans un but de **protection de la santé et de l'intégrité** d'une personne et/ou de son entourage.

- Ce qui entraînera automatiquement des dispositions particulières dans l'application de ces mesures, telles que :
  - la mise sous contention et/ou en isolement seront des **mesures exceptionnelles et de dernier recours**, prises de préférence après concertation pluridisciplinaire, en accord avec le patient ou son mandataire et au sens de la loi sur les droits du patient ;
  - **la mise en place d'urgence sera évitée** autant que possible. Si une décision urgente d'isolement ou de contention devait être le seul recours, elle se référera à une procédure prédéfinie et se discutera en équipe ;

- toute décision ou pratique de contention ou d'isolement sera **limitée dans le temps**. Elle sera **remise en question** de manière régulière et réévaluée ;
- certains résidents vivent la contention ou l'isolement comme une protection de leur intégrité ou ont intégré ces pratiques dans leurs habitudes de vie.

Ces données ont toute leur place dans un plan spécifique qui pourra être annexé au projet individualisé de la personne. Elles peuvent en effet orienter certains choix et/ou attitudes à adopter, comme par exemple la diminution progressive dans le temps d'une contention ou l'élaboration de schémas relatifs à une contenance sécurisante pour la personne.

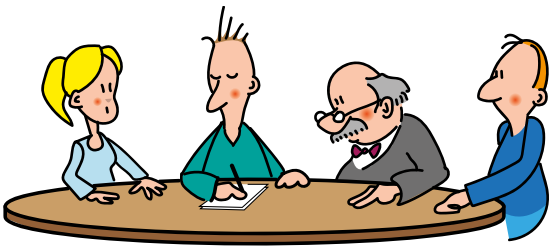
On veillera à ne pas recourir à la contention ou à l'isolement :

- pour pallier un manque de personnel ;
- pour entretenir un rapport de force entre soignant et soigné, aidant et aidé ;
- pour constituer une mesure disciplinaire ou punitive à l'encontre d'une personne ;
- pour le confort ou la facilité des professionnels ;
- en les décidant de manière isolée ;
- en les menant de façon violente, non réfléchie ou inadaptée,
- en les banalisant ;
- sans l'accord de la personne, de sa famille ou de son représentant légal.

III. Et en pratique…

1. Réflexion pluridisciplinaire

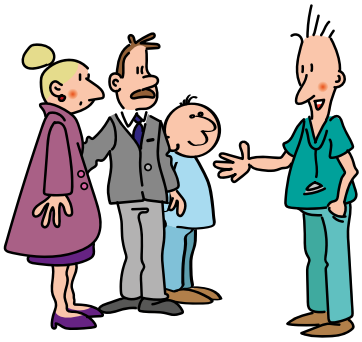
Il est important que tout service qui envisage le recours à ce type de pratique mène une **réflexion pluridisciplinaire approfondie** au sein de son institution à laquelle participeront entre autres le ou la **médecin coordinateur/trice**, si la maison en dispose, et le ou la **responsable pédagogique**. La **direction** doit également participer à cette discussion. Comme dans le cadre d'un projet de service, il est nécessaire de permettre à l'ensemble des **travailleurs et des travailleuses** de faire part de leurs observations. Pour ce faire, ils pourront prendre part activement à l'ensemble du processus de réflexion ou être consultés lorsque le groupe de travail aura proposé les conclusions de sa réflexion.



2. Avertissement de la famille

Si le service, au terme de sa réflexion, considère comme possible, en fonction des situations, le recours à la contention ou l'isolement, il en avertira toute nouvelle résidente ou tout nouveau résident potentiel, sa famille ou sa représentante ou son représentant légal.

Le service remet un **document** qui traite de ce sujet, lors d'un moment de **rencontre avec la résidente ou le résident et ses proches.** Grâce au dialogue, on assurera à ceux-ci le caractère constructif et exceptionnel de ces mesures, en veillant à garantir un lien de confiance entre l'institution et le ou la bénéficiaire. Si toutes les parties prenantes marquent leur accord, la **signature** du document officialise la possibilité d'avoir recours à l'isolement ou à la contention. Si nécessaire, des ajouts ou modifications peuvent être apportés au contrat, à la demande du résident ou de la résidente ou de ses proches.



3. Procédure interne

Le cas échéant, le service élaborera une procédure interne, précisant les modalités de recours à la contention et à l'isolement, à l'attention de tous les professionnels du service. Ce document pourra être le même que celui adressé à l'attention des résidents, des résidentes et des familles ou pourra être davantage détaillé.

En tout état de cause, pour respecter la dignité et l'intégrité du résident ou de la résidente et poser des balises claires, voici les éléments à y faire apparaître :

3.1. Une analyse de la situation problématique

Les professionnels recherchent les **diverses origines possibles** (médicales, environnementales…) des symptômes dérangeants.

3.2. La recherche d'alternatives

Avant la mise en place de ces mesures particulières, les professionnels de santé doivent essayer des **solutions plus légères**, comme par exemple la modification de l'environnement spatial et temporel ou encore l'apprentissage de compétences.

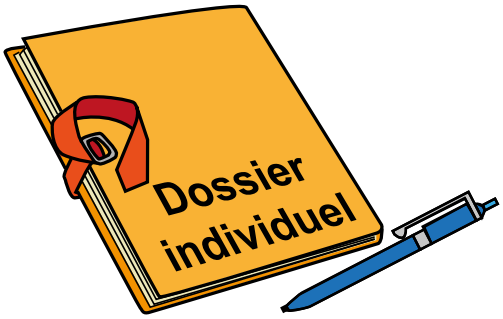
3.3. Une prescription individuelle

- Une contention/ un isolement ne s'appliqueront qu'accompagnés ou suivis rapidement d'une **prescription ou d'une validation médicale**.
- Celle-ci sera le résultat d'une **réflexion pluridisciplinaire**. La personne et/ou sa représentante ou son représentant légal sera/seront intégré(s) à cette réflexion, en partie à tout le moins.
- Dans les institutions disposant d'un ou d'une **médecin coordinateur/trice**, il/elle signe la prescription, éventuellement en association avec d'autres membres de l'équipe de réflexion (le ou la médecin traitant si celui/celle-ci est partie prenante et ne joue pas le rôle de médecin coordinateur/trice, le ou la psychologue, le ou la responsable pédagogique…). Dans les institutions qui ne collaborent pas avec un ou une médecin coordinateur/trice, l'équipe pluridisciplinaire sera responsable de l'élaboration de pareille « prescription » et y associera, dans la mesure du possible, le ou la médecin traitant.

- Les éléments suivants y apparaîtront :
  - la **description** de la raison de la contention ;
  - son **objectif** ;
  - sa **durée** (jamais indéterminée !) ;
  - les **moments de contention** prévus si cela est déterminé ;
  - les moments prévus de **réévaluation** ;
  - le **mode** de contention et le **matériel** utilisés ;
  - le mode et la fréquence de la **surveillance** ;
  - les **circonstances particulières qui permettent sa levée** (visite de la famille, prise en charge particulière par un membre du personnel à un moment donné de la journée…). Dans la mesure du possible, en cas d'instauration d'une contention de longue durée, il faudra en effet veiller à des périodes de levée de cette contention.
- Il ne faut pas oublier d'indiquer les **personnes à prévenir** et **par qui** selon les circonstances, dans la prescription ou sur un document annexe facilement et directement accessible au personnel concerné.

3.4. Une observation et une surveillance

- Les éducateurs et les éducatrices **notifient les comportements observés** lors de la mise sous contention/en isolement et lors de la levée de celle-ci/celui-ci dans le **dossier individuel de la personne** ou sur une fiche individuelle particulière.



- En cas d'épisode aigu, ils y détaillent les circonstances qui ont conduit à la décision.

- Différents paramètres déterminent **la fréquence de la surveillance**, tels que le degré d'entrave, le niveau de risque, l'évolution du comportement… À titre d'exemple, une mise en isolement à la suite d'une crise aiguë de violence pourra exiger une observation toutes les 5 minutes dans un premier temps, tandis que la pose d'une barrière de lit pendant la nuit, chez une personne habituée à ce matériel, nécessitera uniquement quelques passages nocturnes.
- On notera les personnes qui ont été mises au courant. Il est important de déterminer **comment prévenir les responsables et la famille** en cette circonstance et de s'assurer que la communication a bien été faite. Un paraphe pourra par exemple être apposé dans le document de surveillance, dans un espace prévu, pour signaler que cela a été fait.

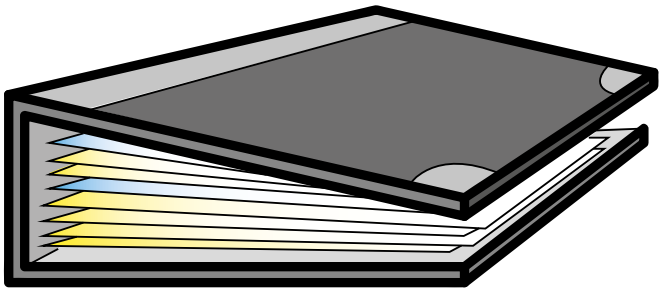
3.5. Une réévaluation

- Quand on recourt à une contention et/ou à un isolement pour une personne, il est absolument nécessaire de faire très régulièrement une **mise au point en équipe pluridisciplinaire.** Il s'agit de vérifier si les buts recherchés sont atteints, si le recours à pareille méthode est bénéfique ou non pour la personne, s'il est utile de continuer dans ce sens ou si d'autres modes d'intervention peuvent être dégagés.
- La **fréquence** de ces évaluations est **à adapter** à la situation. Dans une situation de crise, elles peuvent être quotidiennes ou plus encore. Elles peuvent être liées à la réévaluation d'un projet individuel. L'important est de **ne jamais banaliser** le recours à ces pratiques, de bien avoir conscience du caractère contenant ou coercitif de certains actes posés et d'analyser régulièrement, en profondeur, la pertinence de ces façons de faire.
- **Un document spécifique pourra être annexé au projet individuel** de chaque résidente et de chaque résident concerné par la contention/ l'isolement. Celui-ci reprendra l'ensemble des éléments élaborés dans la procédure, complétés pour la personne considérée, et servira de guide à la réflexion.

- Il ne faut jamais oublier d'**intégrer dans la réflexion le résident ou la résidente dans la mesure de ses capacités et sa famille ou sa représentante ou son représentant légal**, ce sont les principaux concernés. Ils pourront souhaiter la présence d'intervenantes ou d'intervenants extérieurs comme leur médecin traitant, d'autres thérapeutes ou de personnes proches.
- En cas de désaccord des différents intervenants ou intervenantes dans la réflexion, la **direction**, avec le ou la médecin coordinateur/trice si l'institution en dispose, et après concertation avec l'ensemble des acteurs, **prend la décision finale et en fait part aux personnes concernées**. Il motivera sa décision sur base de la notion de **danger** que pourrait constituer une personne pour elle-même et/ou pour son environnement.

3.6. La constitution d'un registre à l'échelle institutionnelle

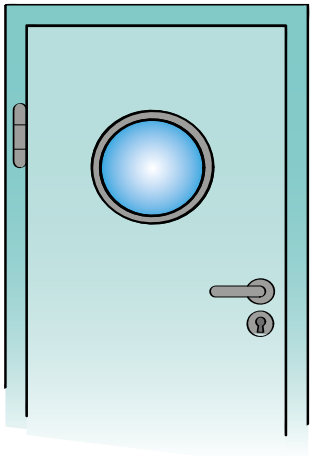
De manière à avoir une idée globale du recours à la contention/ l'isolement dans une institution et pour suivre l'évolution de ces pratiques au cours du temps, il est utile de **constituer un registre qui reprend les noms des personnes concernées** par la mise en place de ces solutions. Des copies des différentes prescriptions médicales pourraient par exemple être regroupées.



4. Le matériel de contention

Pour appliquer la contention, le personnel utilise du **matériel spécifiquement adapté** et non du matériel détourné de sa fonction (par exemple drap de lit), pour assurer sécurité et confort à la personne.

L'outil qui permet d'enlever rapidement la contention (ciseaux, matériel de désaimantation…) **se trouvera à proximité** du lieu de la contention, dans un endroit sécurisé et accessible uniquement aux personnes susceptibles d'intervenir.



5. La chambre d'isolement

Le but d'un isolement est de permettre à la personne de s'apaiser et/ou d'assurer sa protection et/ou celle des autres, résidents, résidentes et professionnels.

Néanmoins, outre le risque de survenue d'effets secondaires déjà décrits (décuplement de la violence par exemple avec risque de blessures ou d'automutilation), **une chambre d'isolement présente un danger particulier en cas d'incendie ou de tout autre événement qui nécessite une évacuation.** Des précautions sont donc à prendre.

De ce fait, la chambre d'isolement :

- se trouvera dans un lieu tel que le personnel pourra assurer une **surveillance rapprochée** (de l'ordre de 5 minutes dans le cas de troubles aigus du comportement) ;
- sera conçue de manière à **écarter au maximum le risque d'accident** (automutilation…), donc de préférence matelassée, avec le matériel minimum et en faisant attention à éliminer tous les éléments apparents ou à les protéger (radiateurs, câbles électriques…) ;

- sera aménagée de manière à **favoriser l'apaisement** (couleurs des murs, musique apaisante si bienvenue, lumière tamisée, matériel d'occupation si opportun…)
- sera munie d'une **ouverture visuelle** qui permettra une surveillance tout en préservant au maximum l'intimité de la personne (par ex. petite tenture);
- sera utilisée pour des **périodes très courtes**, avec des procédures strictes ;

Un professionnel référent est désigné pour chaque pause et a toujours connaissance de la présence d'une personne dans ce lieu. **Le personnel note l'occupation du local dans un document spécifique (registre d'occupation)**, ce qui permettra d'agir rapidement en cas d'urgence et d'évacuation.

6. Proposition de chronologie des gestes à poser en cas d'urgence et en dehors des situations d'urgence

Le recours à la contention ou à l'isolement se fait essentiellement **dans deux circonstances distinctes : soit** il a été **réfléchi à l'avance** et est utilisé à des moments déterminés, **soit** il est **lié à une situation urgente** qui oblige à une décision rapide du personnel de terrain.

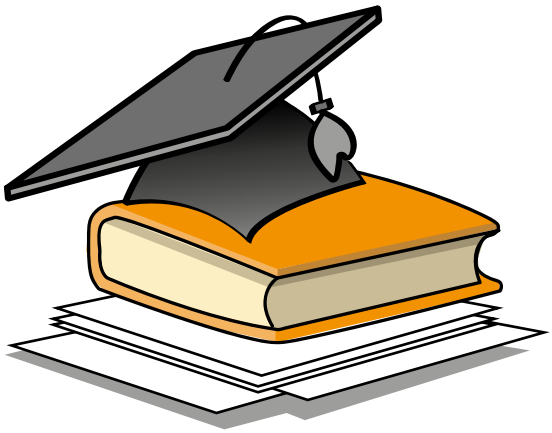
Dans tous les cas, il est important de **rassurer la personne et de lui donner une explication** sur ce qui est en train d'arriver (le pourquoi de la situation et les gestes effectués).

Lors d'une contention pratiquée en urgence, il faut en informer un professionnel responsable et la famille. Une validation médicale sera demandée dans un second temps, après analyse pluridisciplinaire de la situation.

Voici une **proposition de schéma** qui reprend les étapes à faire figurer et à détailler dans une procédure de mise sous contention selon qu'il y ait ou non urgence :

PAS D'URGENCE	URGENCE
Discussion en équipe pluridisciplinaire	-
Accord de l'équipe pluridisciplinaire et de la famille	-
Prescription	-
Mise sous contention/ en isolement (formation, verbalisation)	Mise sous contention/en isolement «spontanée» (Procédure de décision et de mise en œuvre)
-	Avertir direction, médecin, famille (personne responsable)
Observation (surveillance, fiche individuelle ou carnet observation)	Observation (surveillance, fiche individuelle ou carnet observation)
Isolement : registre d'occupation	Isolement : registre d'occupation
-	Validation médicale
-	Discussion en équipe pluridisciplinaire
Réévaluations régulières qui associent les familles au minimum à l'occasion des actualisations des PEI	Réévaluation

7. Formation des professionnels de terrain



La **formation** des professionnels de terrain est **indispensable**.
Cette formation sera envisagée sous l'angle le plus global possible. La mise sous contention/ en isolement sont des **alternatives à utiliser « en dernier recours »**. Il est nécessaire d'**élargir le cadre** à des sujets tels que **la gestion des conflits** et de la violence, la maltraitance, l'autodétermination, etc. Des notions dans le domaine de l'**autodéfense** respectueuse de l'autre permettront aux équipes de mieux maîtriser leur peur face à des comportements agressifs et d'adopter dès lors des comportements plus adéquats.
Enfin, l'utilisation du **matériel de contention** éventuel se fera après avoir reçu toutes les informations.
Des supervisions d'équipe peuvent être envisagées.

Enfin, l'application d'une contention à une personne touche à sa vie intime et à sa dignité. Elle impose un **devoir de discrétion** de la part des éducatrices et des éducateurs : ils ne communiquent que l'indispensable, uniquement aux personnes concernées.

8. Désignation d'une *référente* ou d'un *référent contention*

L'institution désigne un de ses membres comme **personne de référence en matière de contention et d'isolement** (tout comme il existe des professionnels de référence dans certains domaines éducatifs comme la vie affective et sexuelle, le vieillissement ...).
Ce professionnel pourra être la **personne relais** pour ses collègues sur le terrain, mais aussi en matière d'information et de formation.

IV. Check-list de bonnes pratiques pour éviter autant que possible le recours à l'isolement et à la contention

La journée

Lorsque des mesures de contention et d'isolement sont prises en journée, il faut s'interroger sur le confort ressenti par la personne, la reconnaissance de ses besoins et de ses désirs, l'aménagement de son lieu de vie et rechercher des alternatives.

Le recours à une mesure de contention ou d'isolement ne peut idéalement avoir lieu que si l'équipe a examiné l'ensemble de ces questions et a répondu « oui » à chacune d'entre elles :

- les causes physiques responsables de l'agitation de la personne ont-elles été recherchées et traitées (douleurs aux dents, règles douloureuses, migraines, ongles incarnés ...) ? Le médecin traitant a-t-il été consulté ?
- A-t-on éliminé les causes majeures qui peuvent déclencher une crise, par exemple un bruit excessif, des objets déplacés, un changement soudain et non annoncé des conditions de vie… ?
- La taille du groupe est-elle adéquate ?
- Les goûts particuliers et les habitudes ou manies du résident ont-ils été respectés ?
- La personne a-t-elle un projet de vie, est-elle intégrée dans des activités ?
- La personne dispose-t-elle de repères suffisants quant aux lieux et au déroulement des journées ?
- La personne peut-elle se confier à des personnes référentes ; est-elle encouragée à exprimer ses émotions ?
- Le personnel d'encadrement est-il suffisant ? A-t-il une formation spéciale pour les troubles du comportement et l'expérience suffisante pour les gérer ?

- A-t-on recours à des moyens qui facilitent la communication (ex.pictogrammes) ?
- A-t-on mis en place un protocole d'observation pour savoir quand et pourquoi arrivent les crises (signes annonciateurs ...) ?
- Le résident bénéficie-t-il de suffisamment de possibilités d'être libre à l'extérieur sans danger ?
- A-t-on pensé à des astuces pour sécuriser l'environnement (fixation de décorations, plexiglas au lieu de verre, serrure sur un frigo, fixation des fenêtres ...) ?
- La médication est-elle adaptée ?
- A-t-on bien étudié les mesures alternatives à la contention, à travers l'organisation des équipes, l'analyse du rapport bénéfice/risque de certains soins ou activités… ?

La nuit

Pour des mesures de contention et d'isolement prises pour la nuit, il faut s'interroger sur le confort ressenti par la personne et sur l'adéquation de la surveillance de nuit.

Là encore, le recours à une mesure de contention ou d'isolement ne peut idéalement avoir lieu que si l'équipe a examiné l'ensemble des questions suivantes :

- y-a-t-il une raison médicale qui crée une situation d'inconfort pour la personne ? La médication est-elle adaptée ?
- La raison de la contention est-elle liée à une faiblesse de l'encadrement durant cette période ? Faut-il revoir l'organisation en termes de quantité de personnel présent ?
- La raison de la contention est-elle liée au partage d'une chambre par plusieurs personnes ? Y-a-t-il d'autres organisations possibles ?
- Quels sont les moyens de surveillance de l'éducateur ? Visuel et/ou auditif, dans la chambre ou le couloir ?

V. En conclusion

Les institutions constituent un **lieu de vie** pour les personnes en situation de handicap qui y sont accueillies. Celles-ci y vivent au quotidien, c'est parfois leur seul domicile.

Les professionnels qui les accompagnent dans leur projet garantissent leur qualité de vie mais également **leur intégrité** et celle de leurs pairs.

Pour assurer leur sécurité, ils ont parfois recours à la contention ou à l'isolement.

Il est important que ces pratiques s'intègrent dans une culture et une réflexion institutionnelles solides, centrées sur l'intérêt et le **bien-être** de la personne accompagnée.

Ainsi la contention ou l'isolement seront utilisés **en dernier recours** lorsque « tout aura déjà été tenté sans succès ». La recherche en équipe pluridisciplinaire d'alternatives les plus légères possibles fera de ces pratiques des mesures individualisées, transitoires, résiduaires et exceptionnelles.

Elles seront le résultat d'une analyse objective des risques liés à une situation déterminée pour la personne et son environnement, et non consécutives à une impression subjective de risque.

Le **rapport bénéfice/risque** de la mesure envisagée sera étudié, et tiendra compte des effets secondaires possiblement néfastes de la contention tant pour la personne que pour son entourage.

Il sera toujours important aussi de centrer l'intervention **sur la personne, son entourage et ses conditions de vie** plutôt que sur le comportement à corriger ou éliminer. Il s'agit de créer un contexte favorable à la recherche de solutions alternatives.

Dignité, respect et liberté ne peuvent se concevoir sans associer chaque individu, quelles que soient ses compétences, à toutes les prises de décisions qui le concernent, voire qui s'imposent à lui. Cela ne peut se faire que dans une **communication vraie**, au travers d'un dialogue sincère et transparent.

Être acteur ou actrice de sa vie implique la capacité à choisir. Pour ce faire, la personne doit pouvoir **être informée**, comprendre les possibilités qui s'offrent à elle et être mise en situation de pouvoir **exprimer son choix**.

Lorsqu'une décision s'impose à la personne, celle-ci doit, à tout le moins, être informée des motivations qui entraînent cette décision qui la concerne et pouvoir exprimer son accord ou son désaccord envers celle-ci. La décision opérationnelle finale doit prendre en compte le point de vue de la personne.

Ce dialogue vise autant que possible le « **consentement libre et éclairé** ». Le dialogue entre individus passe également par l'équipe multidisciplinaire. Il est le fondement d'un principe de questionnement permanent de la pratique professionnelle. L'habitude et « ce qui s'est toujours fait » sont les pièges qui menacent, au quotidien de nos pratiques, la dignité, le respect et la liberté humaine.

VI. Quelques citations

Ces citations laissées à votre réflexion sont pour la majorité issues de l'ouvrage « **Actes du Colloque Isolement et contention : pour s'en sortir et s'en défaire** » : un colloque international de l'Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec (A.G.I.D.D.-S.M.Q.), Montréal, 2000.

« C'est donc l'organisation même de l'institution, ses lois non écrites, son système hiérarchique, la répartition (ou la concentration) des pouvoirs, la nature du règlement, la prédominance donnée à l'institution qui génèrent la violence ».
Tomkiewicz S., 2000, conférence d'ouverture. Actes du colloque.

« L'agressivité et la violence sont des comportements normaux. Il n'existe pas d'institution sans agressivité, ni violence ; ce qui peut être pathologique, et de ce point de vue, c'est une question adressée à l'institution, c'est la fréquence de ces comportements ».
Friard D., dans la communication « Résister ». Actes du colloque.

« De tout ce qu'un soignant peut être conduit à faire à un soigné, la maîtrise de l'agressivité et de la violence est l'intervention la plus complexe à gérer, celle qui implique le plus le soignant et pourtant c'est celle pour laquelle il est le moins formé ».
Friard, Actes du colloque.

« Il est particulièrement plus aidant d'enseigner au personnel à réfléchir aux causes des problèmes de comportement que de se centrer sur leurs modifications ».
Evans in Scotti et Meyer 1999. Actes du colloque.

« Le handicap est une situation de privation de liberté, variable selon le degré de gravité de la déficience et lié, d'une part, à ses résonances directes et, d'autre part, aux entraves d'un environnement colonisé par les « bien-portants ». Il ne touche donc pas uniquement le corps ou l'esprit : il affecte la liberté de la personne. Etre handicapé, c'est encourir la menace d'être déterminé par sa seule blessure et soumis, par celle-ci et par le comportement des autres, à des formes de captivité et d'asservissement ».
Charles Gardou in « Le handicap par ceux qui le vivent », éditions Erès, 2009.

VII. Législations

► La Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (Rome 4/11/1950)

Article 3. Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne.

Article 8. Toute personne a droit à un recours effectif devant les juridictions nationales compétentes contre les actes violant les droits fondamentaux qui lui sont reconnus par la constitution ou par la loi.

► La Convention relative aux droits des personnes handicapées (New-York 13/12/2006)

Article 14. Liberté et sécurité de la personne

1. Les États Parties veillent à ce que les personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres :

   a) jouissent du droit à la liberté et à la sûreté de leur personne ;

   b) 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.

2. Les États Parties veillent à ce que les personnes handicapées, si elles sont privées de leur liberté à l'issue d'une quelconque procédure, aient droit, sur la base de l'égalité avec les autres, aux garanties prévues par le droit international des droits de l'homme et soient traitées conformément aux buts et principes de la présente Convention, y compris en bénéficiant d'aménagements raisonnables.

Article 15. Droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

1. Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Article 16. Droit de ne pas être soumis à l'exploitation, à la violence et à la maltraitance

1. 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.

3. 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.

Article 17. 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.

► La loi belge du 22/08/2002 relative aux droits du patient

Art. 5. Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite.

Art. 7. § 1er. Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable.

§ 2. La communication avec le patient se déroule dans une langue claire. Le patient peut demander que les informations soient confirmées par écrit.
À la demande écrite du patient, les informations peuvent être communiquées à la personne de confiance qu'il a désignée. Cette demande du patient et l'identité de cette personne de confiance sont consignées ou ajoutées dans le dossier du patient.

Art. 8. § 1er. Le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable. Ce consentement est donné expressément, sauf lorsque le praticien professionnel, après avoir informé suffisamment le patient, peut raisonnablement inférer du comportement de celui-ci qu'il consent à l'intervention. A la demande du patient ou du praticien professionnel et avec l'accord du praticien professionnel ou du patient, le consentement est fixé par écrit et ajouté dans le dossier du patient.

§ 2. Les informations fournies au patient, en vue de la manifestation de son consentement visé au § 1er, concernent l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, effets secondaires et risques inhérents à l'intervention et pertinents pour le patient, les soins de suivi, les alternatives possibles et les répercussions financières. Elles concernent en outre les conséquences possibles en cas de refus ou de retrait du consentement, et les autres précisions jugées souhaitables par le patient ou le praticien professionnel, le cas échéant en ce compris les dispositions légales devant être respectées en ce qui concerne une intervention.

§ 3. Les informations visées au § 1er sont fournies préalablement et en temps opportun, ainsi que dans les conditions et suivant les modalités prévues aux §§ 2 et 3 de l'article 7.

§ 4. Le patient a le droit de refuser ou de retirer son consentement, tel que visé au § 1er, pour une intervention. A la demande du patient ou du praticien professionnel, le refus ou le retrait du consentement est fixé par écrit et ajouté dans le dossier du patient. Le refus ou le retrait du consentement n'entraîne pas l'extinction du droit à des prestations de qualité, tel que visé à l'article 5, à l'égard du praticien professionnel…

§ 5. Lorsque, dans un cas d'urgence, il y a incertitude quant à l'existence ou non d'une volonté exprimée au préalable

par le patient ou son représentant visé au chapitre IV, toute intervention nécessaire est pratiquée immédiatement par le praticien professionnel dans l'intérêt du patient. Le praticien professionnel en fait mention dans le dossier du patient visé à l'article 9 et agit, dès que possible, conformément aux dispositions des paragraphes précédents.

Art. 12. § 1er. Si le patient est mineur, les droits fixés par la présente loi sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur.

§ 2. Suivant son âge et sa maturité, le patient est associé à l'exercice de ses droits. Les droits énumérés dans cette loi peuvent être exercés de manière autonome par le patient mineur qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts.

Art. 13. § 1er. Les droits, tels que fixés par la présente loi, d'un patient majeur relevant du statut de la minorité prolongée ou de l'interdiction sont exercés par ses parents ou par son tuteur.

§ 2. Le patient est associé à l'exercice de ses droits autant qu'il est possible et compte tenu de sa capacité de compréhension.

► La loi belge du 26/06/1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux

Stipule en son article 2 que *« les mesures de protection ne peuvent être prises, à défaut de tout autre traitement approprié, à l'égard d'un malade mental, que si son état le requiert, soit qu'il mette gravement en péril sa santé et sa sécurité, soit qu'il constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui ».*

► La Constitution belge

Art. 12. La liberté individuelle est garantie.

Art. 22. Chacun a droit au respect de sa vie privée et familiale, sauf dans les cas et conditions fixés par la loi.

Art. 22bis. Chaque enfant a droit au respect de son intégrité morale, physique, psychique et sexuelle.

Art. 23. Chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine.

► L'arrêté royal du 18 juin 1990

sur les actes infirmiers répertorie une prestation technique de soins infirmiers « B1 » d'exception : « mesures de prévention de lésions corporelles : moyens de contention, procédure d'isolement, prévention des chutes, surveillance ».

► Le Code Pénal

Article 422bis. Sera puni, 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 lui-même la situation de cette personne, soit que cette situation lui soit décrite par ceux qui sollicitent son intervention.

► Une circulaire émanant du Conseil Wallon du Troisième âge (01/10/2002)

Cette circulaire relative aux mesures de contention appliquées dans les maisons de repos et à destination de leurs gestionnaires constitue un guide utile. Elle est disponible sur demande.

► L'Arrêté du Gouvernement wallon modifiant le Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé en ce qui concerne des dispositions relatives aux aînés du 16 mai 2019, disponible dans sa version complète sur

https://wallex.wallonie.be/sites/wallex/contents/acts/21/21705/1.html

Art. 127.
[…] Toute maison de repos et toute maison de repos et de soins disposent de procédures écrites à respecter en cas d'application de mesures de contention ou d'isolement. Les mesures de ce genre peuvent être appliquées uniquement à titre exceptionnel,

dans le but de garantir la sécurité des résidents qui présentent un danger pour eux-mêmes ou pour les autres résidents […]

Un formulaire est rédigé pour chaque résident mis sous contention et mentionne :

1° nom et prénom du résident ;
2° date du début de la décision ;
3° motifs et objectifs ;
4° type de contention ;
5° modalité d'application de la contention : permanence, nuit, ... ;
6° une information préalable à la famille ou au représentant du résident ;
7° signature médecin traitant ;
8° signature infirmière ;
9° une évaluation hebdomadaire.

Avant toutes mesures de contention ou d'isolement, des alternatives sont envisagées par l'équipe de soins.
Le matériel de contention utilisé est adapté selon les besoins du résident et en suffisance.
Une analyse de risque est réalisée chez les résidents à risque notamment par les chutes à répétition bénéficiant d'une décision de non contention.

VIII. Pour en savoir plus

Documents

- Loi belge du 22/08/2002 relative aux droits du patient
- Dossier : isolement et contention «en dernier recours», Revue Santé Mentale : N° 210 - Septembre 2016 .
- Délégué général aux droits de l'enfant et le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, « Mesures de contention et/ou d'isolement : Recommandations générales », février 2014.
- Anglade O. et al., « Corps, psychose et institution », in Delion Pierre (dir.), L'isolement et la contention, un tabou ?, pp 253-262, Éres, 2007.
- Convention internationale des droits de l'enfant (à retrouver par exemple sur le site web de L'Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse)
- Convention relative aux droits des personnes handicapées (sur le site internet des Nations Unies ou sur le site internet de l'AVIQ)
- Convention européenne des droits de l'Homme (sur le site internet de la Convention européenne des droits de l'Homme)
- Comité européen pour la prévention de la torture et des peines et traitements inhumains et dégradants, Moyen de contrainte en hôpital psychiatrique, 2 mars 2006 : **https://contrastcollectif.files.wordpress.com/2018/02/cpt-2006-22-fra.pdf** (consulté le 23/10/2019).
- Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, Rome 04/11/1950 (sur le site internet de la Convention européenne des droits de l'Homme)

Vidéo

Centre d'études sur les mesures de contrôle en santé mentale (CEMCSM), « Isolement et contention : comment en faire une exception ? », 2013,
https://www.youtube.com/watch?v=ZXRh_FcYkKY
(consulté le 23/10/2019).

La réflexion et les propositions sur la contention et l'isolement présentées dans cette brochure se veulent dynamiques et évolutives. C'est pourquoi toute personne qui le souhaite est invitée à faire part de ses propositions ou commentaires à la Direction de l'audit et de l'inspection de l'AVIQ (secretariat.dai@aviq.be).

Wallonie
familles santé handicap
AVIQ