

VERS UNE POLITIQUE DE CONTENTION CONFORME A LA LEGISLATION RELATIVE AUX CENTRES DE SOINS RESIDENTIELS FLAMANDS

PAR **RUTH SIERENS* et TIM OPGENHAFFEN****

*Chercheur doctoral à L'Institut voor Sociaal Recht, KU Leuven

**Professeur, Eenheid Privaat en Economisch Recht, VUB ; chercheur post-doctoral, Instituut voor Sociaal Recht, KU Leuven

1. INTRODUCTION

Depuis le décret flamand de 2019¹ relatif aux centres de soins résidentiels, les centres de soins résidentiels ont l'obligation d'élaborer des politiques et des procédures relatives aux mesures restrictives de liberté. Bien que le concept de mesures restrictives de liberté soit large, l'utilisation de la contention mécanique en constitue un des fers de lance. En effet, les mesures annuelles effectuées à l'aide d'indicateurs de qualité montrent que son utilisation est importante². Dans 764 centres de soins résidentiels en Flandre, au moins 1 des 9 moyens de contention mécanique est³ utilisé chaque jour. Le pourcentage de résidents contenus au moins une fois dans la journée est de 17,3 %. Dans 7,4 % des cas, des barrières de lit ont été appliquées au moins une fois pendant la journée et dans 3,8 % des cas, une ceinture de contention a été utilisée. En outre, 34,3 % des résidents concernés ont fait l'objet d'au moins une mesure de contention pendant la nuit. Dans 32,2 % des cas, des barrières de lit ont été utilisées au moins une fois pendant la nuit et une ceinture a été utilisée dans 0,6 % des cas⁴. Cette prévalence, mais aussi les questions juridiques soulevées par la contention, font de ce thème un fer

(1) Décret flamand du 15 février 2019 relatif aux soins résidentiels, *M.B.*, 3 mai 2019, 43.078.

(2) Agentschap Zorg en Gezondheid, *Vlaams indicatorenproject woonzorgcentra: kwaliteitsindicatoren 2021*, Bruxelles, Agentschap Zorg en Gezondheid, 53-68, 2021.

(3) Les neuf moyens de contention sont les suivants : barrières de lit, fauteuil avec tablette, fauteuil gériatrique à bascule ou fauteuil à assise profonde d'où il n'est pas possible de se lever, couverture de contention, sac de couchage, pyjama de type grenouillère ou autres vêtements limitant la liberté de mouvement, ceinture, attache aux poignets et attache aux chevilles.

Voir : Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, *Indicatorfiche indicator D fysieke vrijheidsbeperking*, www.zorgkwaliteit.be/QI_WZC, 1.

(4) Agentschap Zorg en Gezondheid (Agence Soins et Santé), *Vlaams indicatorenproject woonzorgcentra: kwaliteitsindicatoren 2021*, Bruxelles, Agentschap Zorg en Gezondheid, 53-68, 2021.

de lance. C'est également ce qui ressort des pratiques d'inspection de Zorginspectie (Agence flamande de l'Inspection des soins)⁵.

L'élaboration d'une politique et de procédures en matière des mesures restrictives de liberté n'est cependant pas évidente. En effet, cette politique doit être alignée sur les connaissances de nombreuses disciplines scientifiques. Le droit y a également un rôle important à jouer. Bien que la contention ne soit pas réglementée de manière exhaustive par la loi, les réglementations sectorielles sur les soins aux personnes âgées, le droit à la santé et les principes juridiques généraux ont un impact. Le fait que ces différents cadres juridiques ne soient pas harmonisés ne facilite pas les choses. L'objectif de cette contribution est de clarifier le cadre juridique national. Quels sont les principes et les règles dont les centres de soins résidentiels flamands doivent tenir compte dans l'élaboration de leurs politiques et procédures relatives à l'utilisation de la contention mécanique? Le cadre juridique international — déjà abordé en détail dans d'autres contributions — n'est pas abordé ici⁶.

Nous proposons ici une réponse à cette question en transformant la réglementation fragmentée en six clés concrètes⁷. Ce faisant, nous examinons non seulement les règles telles qu'elles sont contenues dans la législation, mais aussi la manière dont elles sont appliquées par Zorginspectie. Pour élaborer cette contribution, 100 rapports d'inspection consultables par le public ont été étudiés de manière aléatoire⁸. Ces rapports couvrent les inspections effectuées dans les centres de soins résidentiels flamands entre le 1^{er} octobre 2021 et le 31 décembre 2022⁹. Tout au long de l'article, les notes de bas de page renvoient aux rapports d'inspection consultés. L'intention n'est pas de mettre en évidence les établissements individuels de manière positive ou négative, mais plutôt d'étayer nos observations sur les pratiques d'inspection de Zorginspectie. Les mêmes constatations s'appliquent probablement aussi à d'autres rapports d'inspection (qui n'ont pas fait l'objet de cette étude).

(5) Le ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille Jo Vandeurzen a choisi de prendre une action concrète dans sa note de politique Bien-être, Santé publique et Famille 2015-2016 : « En ce qui concerne les mesures de privation de liberté, une inspection thématique sera mise en place dans les différents secteurs concernés. » (traduction libre) En exécution de cette mesure, Zorginspectie a opté pour un cycle d'inspections suprasectorielles qui se déroulera sur plusieurs années.

Voir Beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2015-2016, *Parl.St.* VI.Parl. 2015-16, nr. 506/1, 61 ; Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, *Syntheserapport inspecties vrijheidsbeperkende maatregelen binnen de gehandicaptenzorg voor kinderen en minderjarigen – selectie van voorzieningen*, Bruxelles, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 4, 2019.

(6) Opgenhaffen, T., *Vrijheidsbeperkingen in de zorg*, Morsel, Intersentia, 558 p, 2020 ; Sierens, R., *Woonzorgcentra en vrijheid: (on)verzoenbaar?*, in VRG-Alumni (éd.), *Recht in beweging. 29^e VRG-alumnidag*, Anvers, Gompel&Svacina, 277-296, 2022.

(7) Etant donné que la responsabilité ne constitue pas en soi une clé et que les autres clés permettent d'éviter la responsabilité, cette dernière n'a pas été prise en compte. En outre, il a été décidé de ne pas, non plus, reprendre l'enregistrement des mesures de restriction de la liberté dans une clé distincte. Cette exigence fait, en effet, partie de l'utilisation prudente et sûre des moyens de contention et est donc incluse dans la clé 5.

(8) Consultable sur <https://publiek.departementwvg.be/Cobrho/Institutions/Search/Zorginspectie>.

(9) Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, *Vlaanderen publiceert proactief inspectieverslagen woonzorgcentra*, 2022, <https://www.departementwvg.be/nieuws/vlaanderen-publiceert-proactief-inspectieverslagen-woonzorgcentra>.

Enfin, cette contribution se termine par une analyse empirique des documents relatifs à la politique de 11 centres de soins résidentiels flamands, qui ont été sélectionnés à l'aide d'une matrice d'échantillonnage (*infra*, 4.1). Etant donné que les centres de soins résidentiels ont déjà mis en place des politiques de contention, cette contribution examine dans quelle mesure ces clés sont déjà utilisées dans la pratique aujourd'hui et, si ce n'est pas le cas, quels sont les points d'intérêt qui se posent. Leurs politiques actuelles donnent un aperçu des défis à relever à l'avenir. En développant des clés juridiques et en les testant dans la pratique, cette contribution vise à fournir un soutien juridique à une politique réfléchie et à une utilisation prudente de la contention. Ce faisant, cette contribution apporte une pièce au puzzle difficile qu'est celui de l'utilisation de la contention dans les soins résidentiels aux personnes âgées. D'autres disciplines, telles que les soins infirmiers, la gérontologie et la psychologie, devraient également s'atteler à soutenir la pratique sur la base de leurs connaissances scientifiques.

2. LA CONTENTION ET LE NOUVEAU DÉCRET RELATIF AUX SOINS RESIDENTIELS

En 2019, un nouveau décret relatif aux soins résidentiels est entré en vigueur en Flandre¹⁰. Ce décret fournit un cadre pour l'organisation, la programmation, l'agrément et le subventionnement du secteur des soins résidentiels. Le Décret relatif aux soins résidentiels de 2019 remplace le précédent décret relatif aux soins résidentiels de 2009, qui devait être révisé en raison du transfert de compétences dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat et des évolutions démographiques, sociales et scientifiques¹¹.

Le décret flamand de 2019 relatif aux soins résidentiels introduit également deux innovations pour les centres de soins résidentiels en termes de mesures de restriction de la liberté. Premièrement, le système de gestion de la qualité déjà obligatoire auparavant – qui fait partie du manuel de qualité – doit inclure une procédure sur les mesures de restriction de la liberté¹². Deuxièmement, un centre de soins résidentiels doit avoir une politique concernant seize aspects, dont l'un est l'utilisation de mesures de restriction de la liberté¹³. Cette politique doit être liée à des procédures élaborées de manière systématique, correspondre à la pratique et suppose la présence des produits et des matériels appropriés pour mettre en œuvre cette politique¹⁴. Cette double obligation s'accompagne d'une obligation (préexistante¹⁵) d'inclure des accords avec les résidents individuels sur la contention et l'isolement dans la partie relative aux soins et à

(10) Décret flamand du 15 février 2019 relatif aux soins résidentiels, *M.B.*, 3 mai 2019, 43.078.

(11) Projet de décret relatif aux soins résidentiels, *Doc. Parl.* Chambre 2018-19, n° 1765, 3.

(12) Art. 25, troisième alinéa, 1°, c), annexe 11 de l'A. Gouv. fl. du 28 juin 2019 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de soins résidentiels et d'associations d'intervenants de proximité et d'usagers, *M.B.* 21 novembre 2019, 107.316.

(13) Art. 26, premier alinéa, 5°, annexe 11 de l'A. Gouv. fl. du 28 juin 2019 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de soins résidentiels et d'associations d'intervenants de proximité et d'usagers, *M.B.* 21 novembre 2019, 107.316.

(14) Art. 26, deuxième alinéa, annexe 11 de l'A. Gouv. fl. du 28 juin 2019 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de soins résidentiels et d'associations d'intervenants de proximité et d'usagers, *M.B.* 21 novembre 2019, 107.316.

(15) Voir plus avant, l'art. 48/6, troisième alinéa, d) de l'A. Gouv. fl. du 24 juillet 2009 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de soins résidentiels et d'associations d'intervenants de proximité et d'usagers, *M.B.* 17 décembre 2009, 79.284.

l'accompagnement du plan de vie des soins résidentiels (anciennement le « plan de soins » dans le « dossier de soins »)¹⁶.

Cette double obligation d'adopter une politique et d'élaborer une procédure diffère de l'ancien Décret relatif aux soins résidentiels à trois égards.

Tout d'abord, il est désormais fait référence à la notion de « mesures de restriction de la liberté », alors qu'auparavant la réglementation parlait de notions de contention et d'isolement¹⁷. La réglementation ne définit toutefois pas vraiment la notion de « mesures de restriction de la liberté ». Par contre, les autorités flamandes utilisent bien un cadre conceptuel uniforme dans le secteur des soins et du bien-être. Ce cadre conceptuel définit de manière générale les mesures de restriction de la liberté comme « toutes les mesures qui impliquent une restriction de la liberté de choix et/ou de la liberté de mouvement et/ou du contact avec le monde extérieur du résident »¹⁸. Cette définition inclut non seulement la contention médicale et mécanique et l'isolement, mais aussi d'autres restrictions souvent liées aux règlements intérieurs et aux accords de traitement. Il ne fait donc aucun doute que la porte fermée d'un service accueillant des personnes atteintes de démence est également couverte par cette définition.

Deuxièmement, la nouvelle réglementation est plus complète que l'ancienne. C'est le cas concernant deux points. Le premier point concerné est celui du champ d'application. L'obligation d'élaborer des procédures relatives à la contention et à l'isolement était auparavant limitée aux centres de soins résidentiels qui disposaient d'un agrément supplémentaire pour l'admission de personnes fortement dépendantes – ce que l'on appelle les maisons de soins et de repos (MRS)¹⁹. Cette obligation est désormais étendue à tous les centres de soins résidentiels, quelle que soit la mesure des soins requis par le résident. Un deuxième point concerne le fait que la procédure doit être accompagnée d'une politique, ce qui n'était pas explicitement le cas auparavant.

Troisièmement, le décret relatif aux soins résidentiels ne contient plus d'orientations sur l'utilisation des mesures de contention et d'isolement. C'était précédemment le cas pour les centres de soins résidentiels bénéficiant d'un agrément complémentaire. La réglementation décrivait alors que ces deux mesures ne pouvaient être appliquées qu'à titre exceptionnel pour protéger le résident ou d'autres résidents, pour des raisons médicales évidentes, après avoir envisagé des solutions moins radicales et après avoir mis en balance les intérêts des parties concernées²⁰. La demande devait être

(16) Art. 30, premier alinéa, 2^e, e, annexe 11 de l'A. Gouv. fl. du 28 juin 2019 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de soins résidentiels et d'associations d'intervenants de proximité et d'usagers, *M.B.* 21 novembre 2019, 107.316.

(17) Art. 48/22, annexe XII de l'A. Gouv. fl. du 24 juillet 2009 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de soins résidentiels et d'associations d'intervenants de proximité et d'usagers, *M.B.* 17 décembre 2009, 79.284.

(18) Agentschap Zorg en Gezondheid, *Uniform begrippenkader*, <https://www.zorg-en-gezondheid.be/perdomein/geestelijke-gezondheidszorg/vrijheidsbeperkende-maatregelen/uniform-begrippenkader>, 2.

(19) Art. 48/22, annexe XII de l'A. Gouv. fl. du 24 juillet 2009 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de soins résidentiels et d'associations d'intervenants de proximité et d'usagers, *M.B.* 17 décembre 2009, 79.284.

(20) Art. 48/22, deuxième alinéa, annexe XII de l'A. Gouv. fl. du 24 juillet 2009 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de soins résidentiels et d'associations d'intervenants de proximité et d'usagers, *M.B.* 17 décembre 2009, 79.284.

accompagnée d'un enregistrement motivé dans le dossier de soins et un enregistrement supplémentaire était exigé en cas de dérogation à la procédure²¹.

3. LES CLES D'UNE POLITIQUE DE CONTENTION DANS LES CENTRES DE SOINS RESIDENTIELS FLAMANDS

L'obligation explicite d'élaborer des procédures et une politique attire l'attention. Ces procédures et cette politique doivent être conformes à la réglementation en vigueur. Bien que le recours à la contention ne soit guère explicitement réglementé juridiquement en Belgique, ce recours doit satisfaire à une série de conditions juridiques préalables. Ces conditions découlent d'un certain nombre de principes et de dispositions légales disséminés dans la loi. Elles sont regroupées ci-dessous sous la forme de six clés. Ce faisant, nous avons examiné, non seulement les règles telles qu'elles sont contenues dans la législation, mais aussi la manière dont elles sont appliquées par Zorginspectie. Toutefois, les orientations juridiques développées dans cette contribution ne s'appliquent qu'à la Flandre.

3.1. CLE 1. DEFINITION UNIFORME DE LA CONTENTION MECANIQUE

Une première clé est celle d'une définition uniforme de la contention dans le centre de soins résidentiels. Cette clé est liée à la pratique d'inspection, qui exige l'utilisation de la définition du Vlaamse Indicatorenproject. Si cette définition n'est pas utilisée, Zorginspectie considère qu'il y a manquement²². La définition de la contention mécanique utilisée par le Vlaamse Indicatorenproject n'est pas basée sur la réglementation, mais découle de la définition d'Evans et Strumpf, qui fait autorité dans la littérature scientifique²³. Ils définissent la contention comme « toute méthode de traitement, tout matériel ou équipement sur ou près du corps du résident que celui-ci ne peut pas facilement enlever et qui restreint la liberté de mouvement ou l'accès normal au corps que l'utilisation de la contention cherche à éviter autant que possible »²⁴. Bien que seules neuf formes de contention soient considérées comme mesurables dans le Vlaamse Indicatorenproject²⁵, une politique et une procédure doivent couvrir toutes les mesures relevant de cette définition. La raison de l'application de la mesure de contention ne joue aucun rôle à cet égard. Ainsi, Zorginspectie déclare à juste titre qu'une mesure de contention relève également de la définition si elle est

(21) Art. 48/22, troisième et quatrième alinéas, annexe XII de l'A. Gouv. fl. du 24 juillet 2009 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de soins résidentiels et d'associations d'intervenants de proximité et d'usagers, *M.B.* 17 décembre 2009, 79.284.

(22) Voir, par exemple, les rapports d'inspection des centres de soins résidentiels suivants : Avondvrede Gent, Beaulieu Vilvoorde, Belfair Sint-Pieters-Leeuw, Corsala Beringen.

(23) Evans, L. K. et Strumpf, N. E., *Tying down the elderly: A review of the literature on physical restraint*, *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(1), 65-74, 1989.

(24) Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, *Indicatorfiche indicator D fysieke vrijheidsbeperking*, www.zorgkwaliteit.be/QI_WZC, 1.

(25) Les neuf moyens de contention sont les suivants : barrières de lit, fauteuil avec tablette, fauteuil gériatrique à bascule ou fauteuil à assise profonde d'où il n'est pas possible de se lever, couverture de contention, sac de couchage, pyjama de type grenouillère ou autres vêtements limitant la liberté de mouvement, ceinture, attache aux poignets et attache aux chevilles. Voir : Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, *Indicatorfiche indicator D fysieke vrijheidsbeperking*, www.zorgkwaliteit.be/QI_WZC, 1.

utilisée pour améliorer le confort du résident²⁶ ou si elle est appliquée à la demande du résident lui-même²⁷.

Cette première clé débouche sur une première recommandation. En effet, les procédures et les politiques doivent fournir une définition sans ambiguïté de la contention, conformément à la définition du Vlaams Indicatorenproject.

3.2. CLE 2. UNE DISTINCTION ENTRE LES SOINS AIGUS ET LES SOINS PLANIFIES

La contention porte atteinte à l'intégrité physique du résident. Cette intégrité physique est protégée, entre autres, par l'interdiction pénale des coups et blessures²⁸. Le champ d'application de ce délit est très large et comprend tous les actes positifs intentionnels qui causent une gêne, un inconfort ou un désagrément à une autre personne. Un coup ne doit pas nécessairement entraîner une lésion physique²⁹. Pour que la contention ne relève pas de la sphère pénale, il doit y avoir une justification. Un motif de justification permet de continuer à autoriser le comportement incriminé par le droit pénal. Notre droit ne connaît que deux exceptions pouvant justifier l'application de la contention : d'une part, l'application du droit médical et, d'autre part, l'application de la notion juridique générale de l'état de nécessité³⁰. Alors que la première est principalement destinée aux situations non aiguës de soins planifiés, la seconde constitue une base juridique liée à la présence d'un danger aigu.

Afin de garantir une application de la contention conforme à la législation, il est souhaitable que la politique établisse une distinction entre les situations non aiguës – fondées sur l'application du droit médical – et les situations aiguës dans lesquelles l'état de nécessité occupe une place centrale.

Des soins aux personnes âgées, le point de départ est l'application de la contention dans des situations non aiguës. Le plus souvent, avant de procéder à une contention, on dispose de suffisamment de temps pour réfléchir à la contention et se concerter avec toutes les personnes concernées. En outre, dans les soins aux personnes âgées les contentions sont souvent récurrentes et à long terme³¹. Dans de tels cas, d'un point de vue juridique, elles sont basées sur la Loi relative aux droits du patient³² et la Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé³³. Elles supposent un jugement médical de la nécessité et présupposent un consentement éclairé. Les règles en la matière sont exposées en détail ci-dessous ; elles constituent la base des différentes clés proposées.

(26) Voir, par exemple, le rapport d'inspection du centre de soins résidentiels De Bekelaar Lommel.

(27) Voir, par exemple, le rapport d'inspection du centre de soins résidentiels De Dennen Malle.

(28) Art. 398 C. pén.

(29) Bruxelles 12 juin 2011, *RABG* 2012, 13, (909) 911.

(30) Opgenhaffen, T., *Vrijheidsbeperkingen in de zorg*, Mortsel, Intersentia, 431, 2020.

(31) Agentschap Zorg en Gezondheid, *Vlaams indicatorenproject woonzorgcentra: kwaliteitsindicatoren 2021*, Bruxelles, Agentschap Zorg en Gezondheid, 53-68, 2021.

(32) Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002, 43.719.

(33) Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.* 18 juin 2015, 35.172.

Exceptionnellement, une situation peut se présenter dans laquelle un danger sérieux pour l'intégrité apparaît, ne laissant pas le temps de réfléchir à la contention. Dans ce cas, la contention peut être appliquée sur la base de « l'état de nécessité ». L'état de nécessité constitue un motif générique de justification qui permet de ne pas suivre les règles applicables (par exemple en matière de consentement et d'autorité) si un plus grand danger peut être évité en agissant de la sorte³⁴. Ce danger doit concerner un bien juridique supérieur ou au moins équivalent à l'intégrité physique du résident et doit également être grave, constituer une menace et être imminent³⁵. L'exemple classique est celui du résident qui attaque un autre résident avec un couteau. Dans ce cas, la contention peut être utilisée si elle est subsidiaire et proportionnelle. Cela signifie que, dans la mesure où d'autres solutions moins radicales ne sont pas suffisantes, la mesure n'est pas appliquée plus longtemps que nécessaire et le préjudice causé par la contention n'excède pas le préjudice qu'elle prévient³⁶. De telles situations aiguës sont l'exception dans les soins aux personnes âgées (contrairement à d'autres secteurs, notamment les soins de santé mentale). Néanmoins, il est important d'anticiper leur existence dans une politique et de fournir aux soignants le soutien nécessaire, même dans ces cas.

Les recommandations issues de cette deuxième clé sont les suivantes :

- Pour une application de la contention conforme à la loi, il est souhaitable que les politiques et procédures de l'établissement fassent la distinction entre les applications aiguës et non aiguës de la contention.
- La politique et les procédures doivent anticiper l'existence d'une contention dans les situations aiguës, en attirant l'attention sur la condition de subsidiarité et de proportionnalité.

3.3. CLE 3. LE CONSENTEMENT COMME POINT DE DEPART, A MOINS QUE ...

La contention d'un résident dans le cadre des soins aux personnes âgées est un acte médical (*infra*, 3.4), ce qui implique que la loi relative aux droits du patient s'y applique³⁷. Cette loi exige que le résident consente lui-même à la contention; s'il ne peut pas (ou plus) le faire, son représentant légal agit à sa place. La contention ne peut être appliquée sans consentement qu'à titre exceptionnel.

(34) Vansweevel, T. et Tack, S., Hoofdstuk V Het recht op gezondheidstoestandinformatie en geïnformeerde toestemming, in Vansweevel, T. et Dewallens, F. (éds.), *Handboek gezondheidsrecht Volume II: Rechten van patiënten: van embryo tot lijk*, Anvers, Intersentia, (361) 420, 2022.

(35) Opgenhaffen, T., Vrijheidsbeperking in de kinderpsychiatrie. Een juridische aanvulling bij het werk van de Zorginspectie, *RW*, afl. 3, (83) 92, 2018-19.

(36) Fransen, H., Rechtaardiging, in Van Den Berge, Y., *Postal memorialis. Lexicon strafrecht, strafvordering en bijzondere wetten*, Malines, Kluwer, 2001, (280) 297; Opgenhaffen, T., *Vrijheidsbeperkingen in de zorg*, Mortsels, Intersentia, 435, 2020.

(37) Art. 3, § 1er Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002, 43.719; Vansweevel, T., Hoofdstuk II Wet Patiëntenrechten: definities en toepassingsgebied, in Vansweevel, T. et Dewallens, F. (éds.), *Handboek gezondheidsrecht Volume II: Rechten van patiënten: van embryo tot lijk*, Anvers, Intersentia, (283) 285, 2022.

3.3.1. Consentement du résident

Un des principes de base de la Loi relative aux droits du patient est celui du consentement éclairé. Il s'applique à toute intervention médicale, et donc aussi au recours à la contention³⁸. Le droit au consentement éclairé est double : il s'agit d'un droit à l'information et d'un droit au consentement.

- Tout d'abord, le résident a le droit d'être informé sur la contention. L'obligation d'information porte sur le but, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications pertinentes, les effets secondaires et les risques liés à la contention, les soins de suivi, les solutions de remplacement possibles et les conséquences financières. La personne concernée doit également recevoir des informations sur les conséquences possibles de l'absence de contention ou de l'arrêt de la contention³⁹. Enfin, d'autres informations jugées pertinentes par le résident ou le praticien professionnel doivent également être communiquées⁴⁰.
- Ensuite, le résident a le droit – après avoir été informé – de consentir à la contention ou de refuser d'y consentir. Ce consentement doit être donné sans contrainte et doit, en principe, être répété à chaque contention⁴¹. Cela signifie que, bien qu'il soit possible de conclure des accords, le résident peut les révoquer à tout moment. En d'autres termes, malgré un accord préalable, le résident a toujours le droit de révoquer son consentement au moment où la contention est effectuée ou est déjà en cours⁴². Ce point est important dans le cadre de l'exécution du Projet de vie en soins résidentiels. En vertu de l'arrêté relatif aux soins résidentiels (qui place également le consentement comme premier fondement juridique), les accords sur la contention doivent être inclus dans le Projet de vie en soins résidentiels⁴³. Il ressort toutefois de la Loi relative aux droits du patient que ces accords ne peuvent pas être exécutés contre la volonté du résident. En d'autres termes, le consentement dans le Projet de vie en soins résidentiels — donné à l'avance — ne coïncide pas avec le consentement éclairé prévu par la Loi relative aux droits du patient, qui est évalué à ce moment-là.

La question est de déterminer si la réglementation actuelle offre des garanties suffisantes pour préserver le droit au consentement éclairé prévu par la Loi relative aux droits du patient. A notre avis, deux dangers sont à identifier à ce niveau.

- Le premier danger est que l'accord figurant dans le Projet de vie en soins résidentiels soit *de facto* gravé dans le marbre et que le consentement réel du résident concerné ne soit plus pris en compte. La pratique de l'inspection offre également peu de protection contre ce danger : à ce niveau, l'accent est en effet mis sur la question

(38) Art. 8, § 1er Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002, 43.719.

(39) Art. 8, § 2 Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002, 43.719.

(40) Art. 8, § 2 Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002, 43.719.

(41) Vansweevelt, T. et Tack, S., Hoofdstuk V Het recht op gezondheidstoestandinformatie en geïnformeerde toestemming, in Vansweevelt, T. et Dewallens, F. (éds.), *Handboek gezondheidsrecht Volume II: Rechten van patiënten: van embryo tot lijk*, Anvers, Intersentia, (361) 362, 2022.

(42) Art. 8, § 4 Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002, 43.719.

(43) Art. 30, premier alinéa, 2^e, e, annexe 11 de l'A. Gouv. fl. du 28 juin 2019 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de soins résidentiels et d'associations d'intervenants de proximité et d'usagers, *M.B.* 21 novembre 2019, 107.316.

de savoir si le consentement du résident a été enregistré⁴⁴. La question de savoir si le consentement était également présent au moment de l'exécution de la mesure n'est pas examinée.

- Un deuxième danger réside dans le traitement trop formaliste du Projet de vie en soins résidentiels dans lequel la contention n'est pas un choix du résident, mais un choix de l'établissement soumis pour signature au résident. La manière dont le Décret relatif aux soins résidentiels semble aborder le Projet de vie en soins résidentiels, où la régie semble donnée à l'établissement⁴⁵ favorise la réalisation de ce danger. Les formulations retrouvées dans les avis de Zorginspectie, dans lesquels les inspecteurs semblent satisfaits que le résident et/ou sa famille « accepte » la contention⁴⁶ ou a « autorisé la mesure sur papier »⁴⁷ vont également dans le sens que l'approche ancrée dans la Loi relative aux droits du patient, dans laquelle le dialogue est central, n'est pas entièrement garanti. Il ressort également des rapports d'inspection que certains établissements font une distinction entre les contentions à l'initiative de l'établissement et les contentions à l'initiative du résident (ou de sa famille) et que Zorginspectie ne soulève pas d'objection fondamentale à ce sujet⁴⁸. Une telle objection découle toutefois de la Loi relative aux droits du patient : en effet, quelle que soit la personne qui prend l'initiative, le droit au consentement éclairé s'applique de la même manière.

Le consentement représente une condition d'application extrêmement importante, mais il peut aussi s'accompagner de certains dangers. Les recommandations suivantes proposent des points concrets sur lesquels s'appuyer dans le cadre de la transposition du consentement éclairé, tel qu'il découle de la réglementation, dans les documents de politique :

- quand un résident a la capacité d'exprimer sa volonté, une application non aiguë de la contention doit toujours être fondée sur le consentement éclairé préalable du résident;
- les politiques et procédures de l'établissement doivent garantir que le résident est informé de tous les aspects pertinents de la contention et de toutes les alternatives;
- les politiques et les procédures doivent garantir que le consentement du résident n'est pas contraint et qu'il peut toujours être refusé;
- les politiques et procédures contiennent des garanties pour que le résident puisse retirer son consentement à tout moment et qu'il en soit tenu compte immédiatement (sauf en cas d'état de nécessité);
- le consentement doit être consigné dans le Projet de vie en soins résidentiels. Il est important que ce consentement écrit corresponde au consentement réel;

(44) Voir, par exemple, les rapports d'inspection des centres de soins résidentiels suivants : ` Blauwhof Temse, Craeyenhof Zwijndrecht, De Kleine Kasteeltjes Brecht.

(45) Art. 30, premier alinéa, annexe 11 de l'A. Gouv. fl. du 28 juin 2019 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de soins résidentiels et d'associations d'intervenants de proximité et d'usagers, *M.B.* 21 novembre 2019, 107.316.

(46) Voir, par exemple, les rapports d'inspection des centres de soins résidentiels suivants : ` Blauwhof Temse, Craeyenhof Zwijndrecht, De Kleine Kasteeltjes Brecht.

(47) Voir, par exemple, le rapport d'inspection du centre de soins résidentiels De Maretak Halle.

(48) Voir par exemple les rapports d'inspection des centres de soins résidentiels suivants : Campus Eikendal Kapellen, De Dennen Malle.

- lorsque la contention est utilisée dans une situation non aiguë, le droit au consentement éclairé doit toujours être garanti, quelle que soit la personne qui en prend l'initiative.

3.3.2. Consentement d'un représentant

De nombreux résidents confrontés à la contention souffrent de problèmes psychogériatriques⁴⁹. Cela ne les prive pas forcément du droit de prendre des décisions, mais la capacité de prendre des décisions pour eux-mêmes peut être affectée. La Loi relative aux droits du patient applique une présomption de capacité juridique, l'incapacité d'exprimer sa volonté devant être prouvée⁵⁰. Un diagnostic, par exemple celui de la maladie d'Alzheimer, ne constitue pas en soi une telle preuve. Ce qui compte, c'est de savoir si le résident est capable ou non de comprendre les informations nécessaires à une décision, de saisir les conséquences d'une décision et/ou de communiquer la décision. Si un résident n'est pas en mesure de le faire, il est frappé d'incapacité à exprimer sa volonté et un représentant doit agir à sa place, y compris en ce qui concerne le consentement avec contention.

La désignation du représentant découle des dispositions en cascade de la Loi relative aux droits du patient. Tout d'abord, avant qu'un résident ne devienne incapable d'exprimer sa volonté, il peut désigner une personne pour agir à sa place si et aussi longtemps que le résident n'est pas en mesure d'exercer ses droits lui-même⁵¹. Il peut s'agir de situations où le résident est temporairement (par exemple, anesthésie, coma) ou définitivement incapable d'exercer lui-même ses droits⁵². Si un représentant n'a pas été désigné au préalable, les droits du patient sont exercés en second lieu par un administrateur autorisé⁵³. Lorsque le patient n'est pas sous tutelle ou que l'administrateur n'est pas compétent, la Loi relative aux droits du patient mentionne en troisième lieu une série de membres de la famille qui peuvent agir en tant que représentants. Il s'agit, dans l'ordre, du conjoint cohabitant ou du cohabitant légal/de fait, d'un enfant adulte, d'un parent ou d'un frère ou d'une sœur adulte⁵⁴. Les décisions prises par le représentant doivent être aussi proches que possible de ce que le résident lui-même aurait voulu⁵⁵. Il est donc important d'impliquer le plus possible le résident dans le processus décisionnel⁵⁶.

Les règles de représentation de la Loi relative aux droits du patient sont implicitement reprises par le Décret relatif aux soins résidentiels de 2019 ; aux fins de ce décret, le représentant est « la personne physique qui agit en lieu de l'utilisateur pour toutes les

(49) Agentschap Zorg en Gezondheid, *Vlaams indicatorenproject woonzorgcentra: kwaliteitsindicatoren 2021*, Bruxelles, Agentschap Zorg en Gezondheid, 66-67, 2021.

(50) Art.14, § 1er Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002, 43.719.

(51) Art. 14, § 1er, deuxième alinéa, Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002, 43.719.

(52) Projet de loi relatif aux droits du patient, Exposé des motifs, *Doc. Parl.* Chambre 2001-02, 1642/001, 41.

(53) Art.14, § 2 Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002, 43.719.

(54) Art.14, § 3, deuxième alinéa, Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002, 43.719.

(55) Projet de loi relatif aux droits du patient, Exposé des motifs, *Doc. Parl.* Chambre 2001-02, n° 1642/001, 43.

(56) Art.14, § 4 Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002, 43.719.

actions que celui-ci doit accomplir dans le cadre du présent décret, dans la mesure et aussi longtemps qu'il est incapable d'exercer ses droits lui-même. »⁵⁷. Bien que le Décret relatif aux soins résidentiels utilise une formulation ouverte, il ressort clairement des travaux parlementaires qu'il s'agit du représentant prévu dans la Loi relative aux droits du patient⁵⁸. Il s'agit d'une amélioration par rapport à l'ancien Décret relatif aux soins résidentiels de 2009, qui parlait en termes généraux de « la famille du résident »⁵⁹. Cette référence plus générale à la « famille » se retrouve encore aujourd'hui dans les rapports d'inspection, probablement en raison du droit transitoire⁶⁰. En cas d'incapacité à exprimer sa volonté du résident, c'est donc également le représentant susmentionné qui intervient dans le cadre du Projet de vie en soins résidentiels. C'est également ce que vérifie Zorginspectie⁶¹. Tout comme lorsque le résident est légalement capable d'exprimer sa volonté, la réglementation et la pratique de l'inspection ne garantissent que peu, en cas d'incapacité à exprimer sa volonté du résident, que le consentement donné est effectivement un consentement éclairé au sens de la Loi relative aux droits du patient (*supra*, 3.3.1). Les rapports d'inspection semblent, par exemple, rechercher l'« accord » du représentant plutôt que son consentement réel⁶². Par exemple, Zorginspectie semble approuver, pour autant qu'elle soit démontrée, une pratique dans laquelle la famille est « informée » par téléphone⁶³. Un autre point névralgique est que les réglementations et les pratiques d'inspection n'abordent pas la question de l'implication du résident incapable d'exprimer sa volonté dans le processus de prise de décision et l'exécution de la mesure. La manière de gérer la résistance d'un résident incapable d'exprimer sa volonté, par exemple, n'est pas claire, ceci alors qu'il s'agit pourtant d'un point d'attention dans le cadre des droits humains⁶⁴.

En ce qui concerne le consentement du représentant en cas d'incapacité du résident à exprimer sa volonté, nous souhaitons formuler la recommandation suivante : lorsque le résident est frappé d'incapacité à exprimer sa volonté, la politique et la procédure doivent garantir que le consentement éclairé est donné par le représentant légal du résident. Ce faisant, toutes les recommandations qui s'appliquent au résident s'appliquent également au représentant.

(57) Art. 2, § 2 et art. 4 du décret flamand du 15 février 2019 relatif aux soins résidentiels, *M.B.* 3 mai 2019, 43.078.

(58) Projet de décret relatif aux soins résidentiels, *Doc. Parl.* Parl. fl. 2018-19, n° 1765/1, 37.

(59) Art. 25, 5°, annexe XII de l'A. Gouv. fl. du 24 juillet 2009 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de soins résidentiels et d'associations d'intervenants de proximité et d'usagers, *M.B.* 17 décembre 2009, 79.284.

(60) Voir, par exemple, les rapports d'inspection des centres de soins résidentiels suivants : Vander Stokken Pepingen, Craeyenhof Zwijndrecht, De Dennen Malle, De Kleine Kasteeltjes Brecht.

(61) Voir, par exemple, le rapport d'inspection du centre de soins résidentiels De Buurt Zoersel.

(62) Voir, par exemple, les rapports d'inspection des centres de soins résidentiels suivants : t Blauwhof Temse, Craeyenhof Zwijndrecht, De Kleine Kasteeltjes Brecht.

(63) Voir, par exemple, le rapport d'inspection du centre de soins résidentiels De Karmel Waregem.

(64) Pour en lire plus sur le cadre des droits humains en matière de contention, voir Oppenhaffen, T., *Vrijheidsbeperkingen in de zorg*, Mortsel, Intersentia, 558 p., 2020 ; Sierens, R., *Woonzorgcentra en vrijheid: (on)verzoenbaar?*, in VRG-Alumni (éd.), *Recht in beweging. 29^e VRG-alumnidag* Anvers, Gompel&Svacina, 277-296, 2022.

3.3.3. Contention sans consentement

La contention n'a généralement lieu que si le résident (*supra*, 3.3.1) ou son représentant (*supra*, 3.3.2) y donne son consentement éclairé. Ce consentement éclairé, comme indiqué ci-dessus, ne se résume pas à donner son accord avec cette mesure dans le Projet de vie en soins résidentiels.

Dans certaines situations exceptionnelles, la contention est cependant possible sans ce(s) consentement(s). Nous distinguons quatre cas.

Tout d'abord, dans le cadre de la Loi relative aux droits du patient, si la décision du résident ou de son représentant si le résident est frappé d'incapacité à exprimer sa volonté, entraîne une menace pour la vie du résident ou une atteinte grave à sa santé, le praticien professionnel a l'obligation de déroger à cette décision. Dans ce cas, le praticien professionnel doit d'abord procéder à une concertation multidisciplinaire et doit motiver sa décision dans le dossier du résident⁶⁵. Cette exception ne s'applique toutefois pas si le représentant a été choisi par le résident lui-même et que la décision est fondée sur la volonté expresse du résident⁶⁶.

Deuxièmement, il y a la situation dans laquelle le résident est incapable d'exprimer sa volonté et n'a pas de représentant. S'il n'y a pas de représentant, ou s'il ne souhaite pas intervenir, c'est le praticien professionnel qui, après concertation multidisciplinaire, veillera aux intérêts du patient⁶⁷. Dans ce cas, la Loi relative aux droits du patient autorise les praticiens professionnels à représenter eux-mêmes les intérêts du résident frappé d'incapacité à exprimer sa volonté. Bien qu'il s'agisse d'une situation très indésirable dans les soins résidentiels, car elle place toutes les décisions relatives à la vie et aux soins entre les mains des prestataires de soins, éliminant ainsi tous les *checks and balances*, Zorginspectie ne semble pas considérer cette situation comme étant problématique. Par exemple, Zorginspectie ne considère pas comme étant problématique le fait que lorsqu'un résident est incapable d'exprimer sa volonté et n'a pas de famille, la décision de contention soit prise unilatéralement par les prestataires de soins⁶⁸. Peut-être – également du point de vue du droit international – serait-il souhaitable dans ce cas d'introduire une demande d'administration afin que la prise de décision sur la contention et son exécution n'incombent pas à la même personne.

Troisièmement, le consentement n'est pas requis en « cas d'état de nécessité ». Il s'agit d'une situation aiguë qui requiert une intervention immédiate et dans laquelle le résident n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté, ne l'a pas fait dans le passé et dans laquelle le représentant ne peut pas, non plus, être joint à temps⁶⁹. Dans ces situations, les praticiens professionnels peuvent recourir à la contention, malgré

(65) Art. 33 Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *M.B.* 14 mai 2019, 46.372.

(66) Art. 15, § 2 Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002, 43.719.

(67) Art.14, § 3, troisième alinéa Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002, 43.719.

(68) Voir par exemple les rapports d'inspection des centres de soins résidentiels suivants : De Meander Zele, Boeyé-Van Landeghem Landegem.

(69) Proesmans, J., Veronderstelde toestemming ingeval van spoedhulp, *Jura Falc.*, nr. 2, (421) 428, 2007.

l'absence de consentement, lorsque cette mesure semble être dans l'intérêt immédiat de la santé du résident⁷⁰. Cette exception à l'obligation de consentement permet aux prestataires de soins de fournir une assistance dans des situations d'urgence et repose sur l'hypothèse que, si le résident avait été en mesure de le faire, il aurait donné son consentement. Cela distingue l'urgence de l'état de nécessité (*infra*), dans laquelle la volonté de la ou des personnes concernées peut être bien connue et dans laquelle, en outre, l'intervention peut également être dans l'intérêt de tiers.

Quatrièmement, le consentement n'est pas requis en cas de « l'état de nécessité ». En cas de l'état de nécessité, une mesure de contention peut être appliquée sans le consentement du résident, mais uniquement si le prestataire de soins souhaite protéger un intérêt supérieur ou équivalent à l'intérêt à protéger, à savoir l'intégrité physique du résident⁷¹. La protection de l'intégrité physique des tiers est un intérêt jugé équivalent à l'autonomie et à l'intégrité du résident. Lorsqu'un résident refuse explicitement le recours à la contention et de ce fait ne met que lui en danger, il convient de faire la balance entre le droit à l'autodétermination et le devoir d'assistance. La doctrine considère que dans ce cas, le droit à l'autodétermination doit primer⁷². La protection des biens, en revanche, ne se place pas au même niveau que l'autonomie et l'intégrité du résident et ne doit pas constituer un motif de recours à la contention⁷³.

Il est à noter que ni la réglementation sectorielle ni la pratique d'inspection ne prêtent attention à ces dérogations au consentement. Il n'est cependant pas inconcevable que, dans certaines situations urgentes, il ne soit pas possible d'obtenir un consentement; il est important que la politique et la pratique d'inspection tiennent compte de cette clé et prévoient des garde-fous.

Par conséquent, la politique et la procédure doivent fournir des recommandations distinctes qui anticipent de manière adéquate l'application d'une mesure de contention sans le consentement du résident ou de son représentant.

3.4. CLE 4. SEULES LES PERSONNES AUTORISEES PEUVENT EFFECTUER UNE CONTENTION, SAUF EN CAS DE SITUATION AIGUE

La contention est un acte médical. C'est ce qui ressort notamment de l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de l'art infirmier,

(70) Art. 8, § 5 Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002, 43.719.

(71) Cass. 5 avril 1996, *RD.P.* 634-638, 1996 ; Opgenhaffen, T., *Vrijheidsbeperking in de kinderspsychiatrie. Een juridische aanvulling bij het werk van de Zorginspectie, RW*, (83) 92, 2018-19.

(72) De Herdt, M., Magiels, G. et Thys, E., *Over mijn lijf: bijsluiting bij de wet over de rechten van de patiënt*, Anvers, Houtekiet, 117, 2003 ; Veys, M. N., *De Wet Patiëntenrechten in de psychiatrie*, Gand, Larcier, 135, 2008 et Lemmens, C., *De dwangopneming van geesteszieken*, in Dewallens, F. et Vansweevel, T. (éds.), *Handboek gezondheidsrecht. Volume II: Rechten van de patiënten: van embryo tot lijk*, Anvers, Intersentia, (1093) 1109, 2022.

(73) De Herdt, J., *Fysiek interpersoonlijk geweld*, Anvers, Intersentia, 670, 2014.

qui mentionne explicitement le traitement par contention⁷⁴. Par conséquent, la prise de décision et l'application de la contention relèvent du champ d'application de la Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé⁷⁵, ce qui signifie que seules les personnes autorisées à le faire en vertu de cette loi peuvent accomplir ces actes⁷⁶. Il s'agit avant tout du médecin. Le médecin ayant une compétence générale en matière d'actes médicaux, il est toujours habilité à décider de la contention et à effectuer la contention⁷⁷. Deuxièmement, l'annexe I de l'arrêté royal du 18 juin 1990 permet également aux infirmiers de décider et d'exécuter des « mesures de prévention des lésions corporelles : moyens de contention, procédure d'isolement, prévention des chutes et surveillance »⁷⁸. L'application de ces mesures constitue un acte B1, qui ne nécessite pas l'intervention préalable ou la prescription d'un médecin⁷⁹. A ce niveau, la pratique d'inspection apporte un complément important. De l'avis de Zorginspectie, bien que l'intervention d'un médecin ne soit pas obligatoire, sa participation est recommandée du point de vue de la qualité des soins. Par conséquent, lorsque ce n'est pas le cas dans un dossier, Zorginspectie identifie systématiquement cette situation comme un point d'attention⁸⁰. Troisièmement, l'arrêté royal du 12 janvier 2006 a étendu la compétence de la contention aux aides-soignants, à condition qu'elle soit effectuée après délégation par un médecin ou un infirmier et sous son contrôle⁸¹. A notre avis, la prise de décision elle-même ne doit pas être déléguée à des aides-soignants.

Outre ces trois professions des soins de santé, il existe un certain nombre de professions des soins de santé pour lesquelles il n'est pas clairement établi si elles sont habilitées à décider de la contention et à exécuter une telle mesure. Il s'agit notamment des

(74) Point 5, Annexe I Arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de l'art infirmier et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre, *M.B.* 26 juillet 1990, 14.680.

(75) Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.* 18 juin 2015, 35.172 ; Christens, V., Briké, S. et Dierickx, A., Hoofdstuk XIII. De beroepsbeoefenaar en het strafrecht, in Vansweevelt, T. et Dewallens, F. (éds.), *Handboek gezondheidsrecht Volume I: Zorgverleners: statuut en aansprakelijkheid*, Anvers, Intersentia, (1671) 1671, 2022.

(76) Opgenhaffen, T., *Vrijheidsbeperkingen in de zorg*, Mortsel, Intersentia, 431, 2020.

(77) Art. 3 Loi coordonnée du 18 juin 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.* 18 juin 2015, 35.172. ; Christens, V., Briké, S. et Dierickx, A., Hoofdstuk XIII. De beroepsbeoefenaar en het strafrecht, in Vansweevelt, T. et Dewallens, F. (éds.), *Handboek gezondheidsrecht Volume I: Zorgverleners: statuut en aansprakelijkheid*, Anvers, Intersentia, (1671) 1681, 2022.

(78) Point 5, Annexe I Arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de l'art infirmier et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre, *M.B.* 26 juillet 1990, 14.680.

(79) Annexe I Arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de l'art infirmier et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre, *M.B.* 26 juillet 1990, 14.680.

(80) Voir par exemple les rapports d'inspection des centres de soins résidentiels suivants : 't Blauwhof Temse, Annadal Retie, Avondvrede Gent, Avondvrede Linkebeek, Baronie van Boelare Geraardsbergen, Bessemerberg Lanaken, Craeyenhof Zwijndrecht.

(81) Point 1^o annexe de l'AR du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes, *M.B.* 3 février 2006, 5.921.

ergothérapeutes. Pour eux aussi, il existe une liste de dispositions techniques qu'ils sont autorisés à prendre, mais leur formulation est plus générale que celle des infirmiers, par exemple⁸². Il en va de même pour les kinésithérapeutes, dont la compétence est décrite en termes généraux⁸³. Sur la base de leur rôle tel qu'il est décrit dans la Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, il nous semble que la contention, en tant qu'acte autonome, ne fait pas partie de leurs compétences. Il n'est cependant pas exclu qu'ils utilisent indirectement les techniques de contention lorsque cela s'avère nécessaire pour soutenir les actes qui relèvent de leur compétence, notamment l'utilisation d'aides ergonomiques telles qu'un marchepied ou une orthèse de décubitus.

La loi relative à l'exercice des professions des soins de santé adopte une approche individualisée en ce qui concerne les décisions et l'exécution de la contention. La contention est toujours une décision prise par un médecin ou un infirmier, et elle ne peut être exécutée que par un médecin, un infirmier ou un aide-soignant. Cette perspective basée sur les compétences diffère de l'approche adoptée dans le Décret relatif aux centres de soins résidentiels et dans les rapports d'inspection. L'accent y est mis sur la concertation multidisciplinaire et la prise de décision conjointe⁸⁴. A cet égard, l'implication de plusieurs disciplines est qualifiée de bonne pratique par Zorginspectie⁸⁵. A cet égard, Zorginspectie semble même accepter qu'un kinésithérapeute soit à la tête de cette concertation⁸⁶ et que l'évaluation des mesures de contention et la décision de leur maintien soient confiées à un ergothérapeute⁸⁷. A notre avis, une telle position est discutable du point de vue de la Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé. Si des personnes qui ne sont pas habilitées à décider de la contention au regard de la Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé sont impliquées dans la prise de décision, cela ne peut se faire que dans la mesure où elles ont une voix de soutien et non une voix déterminante.

Le fait que la contention soit un acte médical implique que toute personne qui n'est pas compétente en vertu de la Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé ne peut pas exécuter cet acte. Si cela se produit, il peut s'agir d'un exercice illégal de la médecine ou des soins infirmiers, criminalisé par la Loi relative à

(82) Annexe AR 8 juillet 1996 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession d'ergothérapeute et portant fixation de la liste des prestations, *M.B.* 4 septembre 1996, 23.427.

(83) Art. 43, § 4 Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.* 18 juin 2015, 35.172.

(84) Voir, par exemple, les rapports d'inspection des centres de soins résidentiels suivants : Amandina Wuustwezel, Avondvrede Linkebeek, Bremdael Herentals, Corsala Beringen, De Kleine Kasteeltjes Tongeren, De Bleuk Herk-de-Stad.

(85) Voir, par exemple, les rapports d'inspection des centres de soins résidentiels suivants : Bormanshof Hoeselt, De Buurt Zoersel, De Groene Linde Sint-Genesius-Rode, Sint-Vincentius Dendermonde.

(86) Art.122-124 Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.* 18 juin 2015, 35.172 ; voir, par exemple, les rapports d'inspection du centre de soins résidentiels De Karmel Waregem.

(87) Voir, par exemple, le rapport d'inspection du centre de soins résidentiels Sint-Vincentius Dendermonde.

l'exercice des professions des soins de santé⁸⁸. Il faut pour cela que cette personne non compétente accomplisse cet acte de manière habituelle. L'intervention habituelle d'un soignant – qui n'exerce pas une profession des soins de santé au sens de la Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé – s'avère problématique de ce point de vue. L'intervention d'une personne qui n'est pas compétente ne peut être autorisée qu'exceptionnellement et occasionnellement. C'est le cas, par exemple, en cas d'état de nécessité, si une intervention immédiate s'avère nécessaire, mais que le personnel compétent est absent. Il est toutefois souhaitable de prévoir une procédure qui garantisse l'intervention des personnes compétentes dans les plus brefs délais.

Deux recommandations peuvent être tirées de cette quatrième clé :

- la politique et la procédure prévoient qu'en principe, seules les personnes compétentes pour le faire peuvent décider de la contention et exécuter cette mesure. Si, dans des situations exceptionnelles, la contention est néanmoins exécutée par une personne qui n'est pas compétente, la procédure doit garantir que les personnes compétentes doivent être impliquées le plus rapidement possible;
- il est souhaitable que l'application de la contention s'accompagne d'une concertation multidisciplinaire. Dans le cadre de la politique et de la procédure, il convient toutefois de souligner que les personnes qui ne sont pas compétentes, telles que les physiothérapeutes et les ergothérapeutes, ne peuvent participer qu'à titre de soutien et n'ont donc pas de voix déterminante.

3.5. CLE 5. POLITIQUE AXEE SUR LA PREVENTION, INSTRUCTIONS CLAIRES ET REEVALUATION

En vertu des réglementations sectorielles, les centres de soins résidentiels sont censés disposer d'une procédure de guidance du processus décisionnel relatif à la contention qui prévoit l'examen des causes de la contention et la recherche d'alternatives⁸⁹. Plusieurs points d'attention sont à soulever à cet égard.

Tout d'abord, Zorginspectie estime que les établissements devraient toujours étudier les causes potentielles pouvant donner lieu au recours à la contention dans le cas concret spécifique. En outre, des alternatives doivent toujours être recherchées. On peut ne pas opter pour la contention que si aucune alternative ne s'avère appropriée pour protéger le résident et son environnement. La politique doit être conçue de manière que cette recherche des causes et des alternatives soit prévue dans tous les cas concrets. Ainsi, Zorginspectie considère qu'il y a manquement si la procédure ne comprend pas un plan par étapes pour l'examen des alternatives ou la recherche des causes⁹⁰.

(88) Art. 2 AR du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de l'art infirmier et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre, *M.B.* 26 juillet 1990, 14.680; Art. 3, § 1er, deuxième-quatrième alinéas Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.* 18 juin 2015, 35.172.

(89) Point 4.2 de l'annexe de l'AM du 10 décembre 2001 sur la qualité des soins dans les maisons de repos, les centres de soins de jour, les centres de court séjour, les résidences-services et les complexes d'habitation avec services, *M.B.* 28 mars 2002, 13.007.

(90) Voir, par exemple, les rapports d'inspection des centres de soins résidentiels suivants : Avondvrede Boechout, Avondvrede Gent, Bremlloem Evergem.

Deuxièmement, si la contention est appliquée, elle doit l'être avec précaution et en toute sécurité. Cela suppose non seulement une procédure écrite, une politique de formation⁹¹, un équipement de contention adéquat et un personnel suffisant⁹², mais aussi des instructions actualisées dans le plan de soins. Ce dernier point semble particulièrement important pour Zorginspectie. Dans plusieurs dossiers, Zorginspectie constate des lacunes parce qu'une mesure de contention est effectuée sans instructions dans le plan de soins, parce que les instructions du plan de soins ne sont pas suivies ou parce que la mesure de contention a été levée entre-temps, mais figure toujours dans le plan de soins⁹³. Le fait que la contention doit être consignée dans le plan de soins peut être lu conjointement avec l'obligation qu'a tout professionnel, en vertu de la Loi relative aux droits du patient et de la loi sur la qualité, de tenir un dossier sur la personne concernée et d'y consigner les actes médicaux⁹⁴. Une question qui se pose est de savoir si chaque recours à la contention doit être enregistré séparément, même s'il se déroule selon des schémas fixes (par exemple, l'utilisation quotidienne d'une barrière de lit pendant la nuit). Cette obligation ne nous semble pas découler de la réglementation applicable, et les rapports d'inspection ne semblent pas l'exiger explicitement. Il suffit peut-être d'enregistrer et de justifier séparément les écarts par rapport au plan de soins. Cela correspond à la réglementation de l'ancien Décret relatif aux soins résidentiels de 2009, qui n'exigeait un enregistrement supplémentaire qu'en cas d'écart par rapport à la procédure⁹⁵.

Enfin, la recherche des causes et des alternatives doit être un processus continu. Zorginspectie exige donc une procédure prévoyant une évaluation périodique. La périodicité de cette évaluation est difficile à définir à partir des rapports d'inspection. A en juger par les rapports d'inspection, il semble qu'il y ait une grande variation de procédures dans le paysage flamand des soins résidentiels à cet égard. En effet, les personnes qui participent à cette évaluation et la fréquence de celle-ci varient considérablement d'un établissement à l'autre. Il est rare que l'Inspection des soins identifie un manquement dans ce domaine, même lorsque les procédures prévoient de longs intervalles entre deux moments d'évaluation⁹⁶. Des manquements apparaissent

(91) Point 5.5 de l'annexe de l'AM du 10 décembre 2001 relatif à la gestion de la qualité dans les maisons de repos, les centres de soins de jour, les centres de court séjour, les résidences-services et les complexes résidentiels proposant des services, *M.B.* 28 mars 2002, 13.007.

(92) Gand 18 avril 1985, *VI.T.Gez.* 1987, 438, note Heylen, R.; Trib. Anvers 8 novembre 2006, *T.Verz.* 2008, 198; Point 2.1 et 5.7 annexe de l'AM du 10 décembre 2001 relatif à la gestion de la qualité dans les maisons de repos, les centres de soins de jour, les centres de court séjour, les résidences-services et les complexes résidentiels proposant des services *M.B.* 28 mars 2002, 13.007.

(93) Voir, par exemple, les rapports d'inspection des centres de soins résidentiels suivants : Christine Antwerpen, De Dennen Malle, De Hoef Hulshout, 3 Eiken Lanaken, De Ark Sint-Niklaas.

(94) Art. 8, § 2, deuxième alinéa et § 3, deuxième alinéa Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002, 43.719; Art. 33 Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *M.B.* 14 mai 2019, 46.372.

(95) Art. 48/22, troisième et quatrième alinéas, annexe XII de l'A. Gouv. fl. du 24 juillet 2009 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de soins résidentiels et d'associations d'intervenants de proximité et d'usagers, *M.B.* 17 décembre 2009, 79.284.

(96) Dans certains centres de soins résidentiels, il s'écoule de longs intervalles de temps entre deux moments d'évaluation. Les rapports d'inspection montrent que cet intervalle peut atteindre deux, trois, quatre ou six mois. Voir à cet égard les rapports d'inspection des centres de soins résidentiels suivants : Aquamarijn Kasterlee, De Buurt Zoersel, De Ceder Beersel.

lorsque la procédure ne prévoit pas de périodicité⁹⁷ ou lorsque la procédure ne définit pas clairement les modalités de cette évaluation⁹⁸. En outre, il va sans dire que l'évaluation ne doit pas seulement être incluse dans la procédure, mais qu'elle doit également être effective. A cet égard, Zorginspectie identifie un manquement s'il n'est pas possible de démontrer que l'évaluation s'est déroulée de la manière décrite dans la procédure⁹⁹.

Les recommandations issues de cette cinquième clé sont les suivantes :

- les établissements doivent disposer de politiques axées sur la prévention ;
- dans ce cadre, il faut systématiquement rechercher les solutions les moins radicales ;
- s'il n'y a pas d'autres solutions, il convient de rechercher la cause concrète du comportement qui donne lieu à l'application de la mesure de contention ;
- l'établissement doit apporter un soutien adéquat au personnel, en lui fournissant des instructions claires sur la manière de procéder à la contention ;
- l'utilisation prudente et sûre de la contention présuppose l'enregistrement dans le plan de soins du résident, les écarts par rapport au plan de soins étant enregistrés et justifiés séparément ;
- la politique et les procédures prévoient une réévaluation périodique qui montre clairement, pour chaque résident, à quelle fréquence, par qui et de quelle manière l'évaluation est effectuée.

3.6. CLE 6. GARANTIES JURIDIQUES ADEQUATES POUR LE RESIDENT

Enfin, il convient de souligner l'importance des garanties juridiques. Il est important que les droits dont dispose le résident soient communiqués. Les moyens de droit, tels que l'explication de la procédure de plainte interne et les coordonnées des organismes de réclamation externes sont également indispensables. Cette exigence n'est pas spécifique à la contention, mais — étant donné l'impact potentiel de la contention sur l'intégrité du résident — elle est, à notre avis, particulièrement importante dans ce contexte.

En vertu du Décret relatif aux soins résidentiels, chaque résident a le droit d'exprimer une plainte, une suggestion ou un commentaire sur le fonctionnement du centre de soins résidentiels par le biais d'une procédure de plainte¹⁰⁰. Les centres de soins résidentiels doivent garantir ce droit en prévoyant un traitement adéquat et objectif de toute plainte. Cette procédure, tout comme la procédure relative aux mesures de

(97) Voir par exemple les rapports d'inspection des centres de soins résidentiels suivants : Avondvrede Linkebeek, Christine Antwerpen, De Dennen Malle.

(98) Voir par exemple les rapports d'inspection des centres de soins résidentiels suivants : Avondvrede Boechout, d'Eycken Brug Bierbeek.

(99) Voir par exemple les rapports d'inspection des centres de soins résidentiels suivants : Belfair Sint-Pieters-Leeuw, Berkenhof Heist-Op-Den-Berg, Berkenhof Heers, De Bekelaar Lommel.

(100) Art. 42, § 1er, annexe 11 de l'A. Gouv. fl. du 28 juin 2019 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de soins résidentiels et d'associations d'intervenants de proximité et d'usagers, *M.B.* 21 novembre 2019, 107.316.

restriction de la liberté, doit faire partie du système de gestion de la qualité¹⁰¹. Chaque centre de soins résidentiels doit désigner un responsable des plaintes. Cette personne doit traiter les plaintes des résidents, de leurs représentants ou de leurs proches et y donner suite dans un délai raisonnable¹⁰².

En Belgique, il existe également des organismes externes habilités à traiter les plaintes des résidents. Les résidents peuvent s'adresser directement au service central de médiation de la Commission fédérale Droits du patient pour déposer une plainte écrite contre un praticien professionnel¹⁰³. Ce service de médiation est habilité à renvoyer les plaintes contre un praticien professionnel au médiateur compétent ou, en l'absence d'une telle personne – comme c'est le cas pour les soins résidentiels aux personnes âgées – à traiter la plainte lui-même. En revanche, il n'est pas possible de se plaindre de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement. En effet, la fonction de médiateur découle de la Loi relative aux droits du patient, qui ne traite que de la relation juridique entre le praticien professionnel et le résident. Une plainte déposée contre l'établissement auprès de la Commission fédérale doit être reformulée contre le praticien professionnel employé dans l'établissement.

Des plaintes contre les centres de soins résidentiels flamands peuvent toutefois être formulées auprès de la Woonzorglijn¹⁰⁴. Les centres de soins résidentiels sont tenus d'afficher les coordonnées de la Woonzorglijn dans un endroit visible de l'établissement¹⁰⁵. Le dépôt d'une plainte doit être à la portée de tous et peut se faire au moyen d'un formulaire en ligne, ainsi que par téléphone ou par courrier électronique. Pour les plaintes mineures, la Woonzorglijn prend contact avec le centre de soins résidentiels concerné et joue le rôle de médiateur. Les plaintes graves, en revanche, sont transférées à Zorginspectie¹⁰⁶.

Afin d'assurer des garanties juridiques adéquates, nous formulons les recommandations suivantes :

- le résident est informé spécifiquement sur la contention, les droits et les recours dont il dispose, en particulier de la possibilité de déposer une plainte interne contre l'établissement ou le prestataire de soins ;

(101) Art. 25, troisième alinéa, 1°, g, annexe 11 de l'A. Gouv. fl. du 28 juin 2019 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de soins résidentiels et d'associations d'intervenants de proximité et d'usagers, *M.B.* 21 novembre 2019, 107.316.

(102) Art. 42, § 1er, annexe 11 de l'A. Gouv. fl. du 28 juin 2019 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de soins résidentiels et d'associations d'intervenants de proximité et d'usagers, *M.B.* 21 novembre 2019, 107.316.

(103) Art. 16, § 3, Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002, 43.719 ; Art. 44-63, Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *M.B.* 14 mai 2019, 46.372.

(104) Agentschap Zorg en Gezondheid, Jaarverslag *Woonzorglijn 2021: Klachten over ouderenzorg*, Bruxelles, Agentschap Zorg en Gezondheid, 3, 2022.

(105) Art. 42, § 2, annexe 11 de l'A. Gouv. fl. du 28 juin 2019 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de soins résidentiels et d'associations d'intervenants de proximité et d'usagers, *M.B.* 21 novembre 2019, 107.316.

(106) Agentschap Zorg en Gezondheid, *Jaarverslag Woonzorglijn 2021: Klachten over ouderenzorg*, Bruxelles, Agentschap Zorg en Gezondheid, 12-13, 2022.

- en outre, les coordonnées d'organismes externes tels que la Commission fédérale Droits du patient et la Woonzorglijn doivent également être communiquées.

4. ANALYSE DES POLITIQUES ACTUELLES

Dans ce qui précède, nous avons émis six clés juridiques qu'un centre de soins résidentiel flamand peut utiliser pour élaborer sa politique en matière de contention. Ces clés décrivent ce qui peut et ne peut pas être fait (par exemple, la contention sans consentement n'est pas légalement autorisée dans les situations non aiguës) et proposent des lignes directrices relatives à l'application effective de la contention. Ce faisant, les clés sont évidemment basées sur un seul cadre de référence – le droit belge et sa transposition dans les rapports de Zorginspectie – et lors de l'élaboration d'une politique en la matière, elles devraient être complétées par d'autres cadres de référence, tels que les connaissances cliniques et scientifiques sur l'évitement et l'utilisation sécuritaire de la contention.

Les clés développées peuvent être utilisées non seulement dans le cadre de l'élaboration d'une nouvelle politique, mais aussi dans le cadre de l'évaluation et – si nécessaire – de l'ajustement d'une politique existante. En effet, les centres de soins résidentiels n'ont pas attendu le nouveau décret relatif aux soins résidentiels pour élaborer une politique de contention; de nombreux centres de soins résidentiels ont déjà une politique en place aujourd'hui, souvent motivée par les obligations découlant de la réglementation de l'époque sur les MRS (*supra*, 2). Etant donné – en l'absence d'un cadre juridique clair et de lignes directrices concrètes – que les centres de soins résidentiels sont généralement laissés à eux-mêmes lorsqu'il s'agit d'élaborer une politique et une procédure relatives à l'utilisation des mesures de contention, il est intéressant de voir dans quelle mesure leurs documents de politique sont déjà conformes aux clés élaborées.

4.1. ANALYSE DES DOCUMENTS

Pour le vérifier, une analyse documentaire a été effectuée : des documents de politique sur la contention provenant de onze centres de soins résidentiels flamands ont été demandés et examinés. Pour que l'analyse documentaire soit suffisamment variée, trois critères différents ont été pris en compte lors de la sélection des établissements : la province, le degré d'urbanisation et la forme juridique de l'établissement. En effet, les résultats de l'enquête sur les indicateurs de qualité 2021 en Flandre montrent que le pourcentage de résidents confrontés à des restrictions mécaniques de liberté au moins une fois pendant le jour/la nuit est le plus élevé en Flandre occidentale et le moins élevé à Anvers. En outre, le pourcentage de résidents confrontés à des contentions mécaniques au moins une fois au cours de la journée ou de la nuit est plus élevé dans les communes rurales et faiblement urbanisées que dans les communes urbaines et urbanisées¹⁰⁷. Enfin, des recherches antérieures montrent que la forme juridique entraîne également des variations¹⁰⁸. Les documents de politique analysés concernaient

(107) Agentschap Zorg en Gezondheid, *Vlaams indicatorenproject woonzorgcentra: kwaliteitsindicatoren 2021*, Bruxelles, Agentschap Zorg en Gezondheid, 67, 2021.

(108) Opgenhaffen, T., *Vrijheidsbeperkingen in de zorg*, Morsel, Intersentia, 24, 2020.

la politique et la procédure relatives aux mesures de restriction de la liberté, le texte de vision, la note interne relative aux accords en la matière et le plan de soins résidentiels individualisé.

TABLEAU 1 : APERÇU DES 11 CENTRES DE SOINS RESIDENTIELS FLAMANDS ANALYSES

		Public	ASBL <i>non marchand</i>	ASBL <i>marchand</i>	Commercial
Anvers	Urbain	Etablissement 1		Etablissement 7	Etablissement 10
	Rural	Etablissement 2	Etablissement 5	Etablissement 8	
Flandre occidentale	Urbain	Etablissement 3	Etablissement 6		Etablissement 11
	Rural	Etablissement 4		Etablissement 9	

Dans le cadre de la présente contribution, il n'est pas possible de décrire et d'analyser en détail les politiques de chacun de ces établissements. Nous avons cependant dressé un aperçu schématique des principaux résultats (*infra*, 4.2.) et nous en avons déduit quelques points névralgiques par clé qui sont repris dans la section Discussion (*infra*, 4.3).

4.2. RESULTATS DE L'ANALYSE DES DOCUMENTS

L'analyse des documents montre qu'il n'y a pas un seul établissement dont les documents de politique sur la contention sont entièrement cohérents avec les clés juridiques développées ci-dessus. Bien que dans de nombreux cas, les établissements transposent correctement le cadre juridique dans leurs politiques, ce qui est indiqué par un « X » dans le tableau ci-dessous, nous constatons deux types de lacunes. Tout d'abord, dans certains cas, des dispositions que nous supposons avoir été incluses dans une politique écrite sur la contention sont absentes, ce qui est indiqué par une case vide dans le tableau ci-dessous. C'est le cas, par exemple, lorsque les documents de politique ne mentionnent pas que le consentement peut être refusé ou lorsque les droits et les moyens de droit dont dispose le résident ne sont pas communiqués. Deuxièmement, certaines dispositions sont incluses, mais ne sont pas conformes à la réglementation, ce qui est indiqué par « (X) » dans le tableau ci-dessous. C'est le cas, par exemple, lorsque les documents de politique indiquent que tout le personnel est autorisé à appliquer des mesures de contention ou lorsque « la famille du résident » est mentionnée comme représentant informel lorsque le résident s'avère incapable d'exprimer sa volonté.

TABLEAU 2 : POLITIQUES ECRITES COMPAREES AUX CLES JURIDIQUES DANS LES 11 CENTRES DE SOINS RESIDENTIELS

		Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3	Etablissement 4	Etablissement 5	Etablissement 6	Etablissement 7	Etablissement 8	Etablissement 9	Etablissement 10	Etablissement 11
Clé 1	Une définition sans ambiguïté de la contention, conformément à la définition du Vlaams Indicatoren-project	(X)	(X)	(X)	(X)	X	(X)	X	X	X	(X)	X
Clé 2	Distinction entre les applications aiguës et non aiguës de la contention	X	X	X			X	X	X	X	X	X
	Les politiques et les procédures doivent anticiper l'existence d'une contention dans les situations aiguës, en tenant compte des conditions de subsidiarité et de proportionnalité	X	X	X	(X)	(X)	(X)	X	(X)	X	X	X
Clé 3.1	Lorsqu'un résident est capable d'exprimer sa volonté, le recours à la contention repose sur le consentement éclairé préalable du résident	X		X	X	X		X	X		X	X
	Le résident est informé de manière adéquate de tous les aspects pertinents de la contention et des éventuelles alternatives			X		X	X		X		(X)	
	Le consentement du résident est donné sans contrainte											
	Le résident peut refuser de donner son consentement			X	X			X			X	X
	Le consentement peut être retiré à tout moment										X	
	Le consentement du résident est consigné dans le Projet de vie en soins résidentiels	X	X	X	X	X			X		X	X
	Quand la contention est utilisée dans une situation non aiguë, le droit au consentement éclairé doit toujours être garanti, quelle que soit la personne qui en a pris l'initiative		X				X	X	(X)	X		(X)

		Établissement 1	Établissement 2	Établissement 3	Établissement 4	Établissement 5	Établissement 6	Établissement 7	Établissement 8	Établissement 9	Établissement 10	Établissement 11	
Clé 3.2	Quand le résident est frappé d'incapacité à exprimer sa volonté, le consentement éclairé est donné par son représentant légal	X	(X)	X	(X)	X		(X)	(X)	(X)	X	X	
Clé 3.3	Des dispositions et des recommandations distinctes sont prévues si la mesure de contention est appliquée sans le consentement du résident ou de son représentant										X		
Clé 4	Quand la contention est appliquée dans le cadre de soins de santé, elle ne peut l'être que par des professionnels compétents : médecin, personnel infirmier ou aide-soignant (après délégation par un médecin ou une infirmière)	(X)		(X)			X	X	(X)			(X)	
	Si, dans des situations exceptionnelles, la contention est néanmoins exécutée par une personne qui n'est pas compétente, la procédure doit garantir que les personnes compétentes doivent être impliquées le plus rapidement possible												
	Une concertation multidisciplinaire est prévue	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Clé 5	L'établissement dispose d'une politique de contention axée sur la prévention	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	L'établissement est en permanence à la recherche des alternatives moins invasives	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Il faut toujours vérifier la cause concrète du comportement qui a donné lieu à l'application de la mesure de contention				X	X	X	X	X		X	X	
	L'établissement fournit au personnel des instructions claires sur la manière d'exécuter la contention		X	X	X	X	X	X		X	X	X	

		Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3	Etablissement 4	Etablissement 5	Etablissement 6	Etablissement 7	Etablissement 8	Etablissement 9	Etablissement 10	Etablissement 11
	Les politiques et les procédures conduisent à un enregistrement minutieux dans le plan de soins du résident, les écarts par rapport au plan de soins étant enregistrés et justifiés séparément	X	(X)	X	X	(X)	(X)	(X)	X	(X)	X	(X)
	La politique et les procédures prévoient une réévaluation périodique qui montre clairement, pour chaque résident, à quelle fréquence et par qui l'évaluation est effectuée	(X)	X	X	(X)	X	X	X	X	(X)	X	X
Clé 6	Le résident est informé spécifiquement, en ce qui concerne la contention, des droits et des moyens de droit dont il dispose, en particulier de la possibilité de déposer une plainte interne contre l'établissement ou le prestataire de soins	(X)			(X)	X			X			X
	Les coordonnées d'organismes externes tels que la Commission fédérale Droits du patient et la Woonzorglijn doivent être communiquées								X			(X)

Légende : X : transposition correcte du cadre juridique dans la politique écrite; (X) : dispositions incluses dans la politique écrite, mais pas de manière cohérente avec la réglementation; blanc : pas retrouvé dans la politique écrite.

4.3. DISCUSSION : QUELQUES POINTS NEVRALGIQUES

L'analyse des documents relatifs à la politique révèle certains points névralgiques pour chacune des clés susmentionnées.

Clé 1. Une définition uniforme de la contention mécanique

Chaque établissement définit la notion de contention dans ses documents de politique. Cinq des onze établissements utilisent une définition conforme à celle d'Evans et Strumpf, et donc aussi à celle du Vlaams Indicatorenproject (*supra*, 3.1.). Les autres établissements définissent la contention comme « toute forme de restriction de la liberté » ou « tout acte restreignant la liberté de mouvement » (traduction libre). Cette définition ne correspond pas à celle du Vlaams Indicatorenproject. Il est à noter que

selon un des établissements, il n'est pas question de contention mécanique quand le résident la demande lui-même. Cette position est contraire à la pratique d'inspection de Zorginspectie, qui montre que la raison de l'application de la contention ne joue pas de rôle.

Clé 2. La distinction entre les situations aiguës et non aiguës

Bien que la plupart des établissements indiquent faire une distinction entre les situations aiguës (ou urgentes) et non aiguës (ou quotidiennes), cela ne se traduit pas par des procédures différentes. Les conditions d'application du recours à la contention dans une situation aiguë, d'une part, et dans une situation non aiguë, d'autre part, sont cependant trop différentes pour que l'on puisse utiliser la même procédure. En effet, comme indiqué (*supra*, 3.2.), une base juridique différente (soit le consentement éclairé, soit l'état de nécessité) s'applique dans les deux cas, ce qui a également des implications, entre autres, pour la personne qui effectue la contention, la manière dont le contrôle est effectué, et la durée de la mesure. Il convient de plus de noter que si la plupart des établissements anticipent l'existence d'une contention dans les situations aiguës, la condition de proportionnalité et de subsidiarité est (trop) peu prise en compte.

Clé 3. Le consentement éclairé

Dans de nombreux cas, le consentement éclairé du résident ou de son représentant légal sera le point de départ de l'utilisation de la contention dans les soins aux personnes âgées. Ce qui est frappant, c'est que dans la plupart des documents de politique cette exigence de consentement n'est pas suffisamment clairement définie. Le plus souvent, si l'établissement souligne que le consentement du résident capable d'exprimer sa volonté est requis dans une situation non aiguë, il ne précise pas suffisamment les conditions que ce consentement doit remplir – notamment son caractère volontaire et la possibilité de le refuser ou de le retirer – ni la manière dont le consentement doit être donné. Par exemple, il est rarement précisé qu'un consentement donné en matière de contention est révoquant à tout moment, alors qu'il s'agit d'un principe essentiel d'un point de vue juridique. Par ailleurs, certains établissements ne garantissent pas le droit au consentement éclairé lorsqu'une mesure de contention est prise à l'initiative du résident (ou de son représentant). Dans de nombreux cas, le fait que si le résident est incapable d'exprimer sa volonté, le consentement est donné (ou n'est pas donné) par un représentant et la manière dont ce consentement est alors donné ne sont pas (correctement) élaborés. Par exemple, un seul établissement fait explicitement référence à la liste des représentants figurant à l'article 14 de la Loi relative aux droits du patient. En outre, les documents de politique de cinq établissements font référence à tort à une personne de confiance ou à un membre de la famille en tant que représentant (voir (X)). Le fait qu'un praticien professionnel ne puisse appliquer une mesure de contention sans le consentement du résident ou de son représentant que dans des situations exceptionnelles n'est souligné que par un seul établissement.

Clé 4. La politique prévoit que seules les personnes autorisées peuvent procéder à la contention et qu'il n'est dérogé à cette règle qu'en cas de situations aiguës

Plus haut, on a évoqué le fait que la question de savoir qui peut décider de la contention et qui peut la pratiquer dans les soins aux personnes âgées n'est pas une question évidente. S'il est clair que les médecins et les infirmiers peuvent décider des mesures

de contention et que les médecins, les infirmiers et les aides-soignants peuvent les exécuter, il y a plus d'ambiguïté en ce qui concerne les autres professions du secteur des soins résidentiels, en particulier les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes. L'analyse des documents confirme cette ambiguïté juridique. Dans de nombreux cas, cette question est laissée en suspens et les documents de politique ne décrivent pas qui décide et qui exécute. En outre, certains établissements déclarent à tort que tout le personnel est autorisé à appliquer des mesures de contention. Enfin, aucun des établissements ne souligne que si, dans des situations exceptionnelles, la contention est néanmoins appliquée par une personne qui n'est pas compétente, les personnes compétentes doivent être impliquées le plus rapidement possible. Il convient toutefois de noter que dans tous les établissements, les mesures prises sont évaluées lors d'une concertation multidisciplinaire et que, conformément à la recommandation de Zorginspectie, le médecin traitant est impliqué. Les documents de politique de l'un des établissements montrent également que l'équipe multidisciplinaire est autorisée à faire des propositions et des suggestions concernant les mesures de contention. Ceci correspond à notre opinion selon laquelle les personnes qui ne sont pas autorisées à appliquer la contention, mais qui participent à la concertation multidisciplinaire, n'ont pas de voix déterminante.

Clé 5. La politique est axée sur la prévention, des instructions claires et la réévaluation

Dans un souci de prévention, il est important qu'un centre de soins résidentiels informe correctement son personnel sur la manière de gérer les restrictions de liberté. La recherche des causes et des alternatives dans chaque cas concret est un élément important qui ne doit pas être négligé. Bien que tous les établissements poursuivent une politique de contention axée sur la prévention et recherchent toujours des alternatives moins radicales, on constate que tous les établissements n'examinent pas la cause du comportement du résident avant d'appliquer des mesures de contention. Ces établissements ne disposent pas d'un plan par étapes pour l'examen des causes, ce qui peut entraîner des lacunes dans les rapports d'inspection de Zorginspectie.

Une garantie supplémentaire d'une utilisation prudente et sûre de la contention est l'enregistrement des instructions réelles dans le plan de soins. L'enregistrement est une clé importante et est également présenté comme tel par Zorginspectie. L'importance d'un enregistrement minutieux ressort également de l'analyse des documents. Selon tous les documents de politique, les mesures de contention sont enregistrées, mais le nombre d'éléments enregistrés varie considérablement d'un établissement à l'autre. Dans certains établissements, l'enregistrement est plutôt limité. Les éléments que la plupart des établissements enregistrent sont : la mesure de contention appliquée, la durée de la mesure, le moment où le médecin généraliste et la famille sont informés, la personne qui a approuvé la mesure ou pris la décision d'appliquer une telle mesure. Ce qui est frappant, c'est que, dans plusieurs établissements, le consentement ou le refus du résident (ou de son représentant), malgré l'obligation légale, n'est pas consigné. En outre, il convient de noter que, dans plus de la moitié des établissements, les écarts par rapport au plan de soins ne sont pas consignés.

Les documents de politique montrent que tous les centres de soins résidentiels attachent de l'importance à l'évaluation périodique des mesures de contention. On note cependant de nombreuses variations dans la périodicité de ces évaluations. Ceci

ne constitue pas en soi une lacune, à condition que la périodicité et le déroulement de l'évaluation soient clairement définis. Or, ce n'est pas le cas dans tous les documents de politique (voir (X)). En outre, l'établissement doit pouvoir démontrer que l'évaluation a bien eu lieu de la manière décrite dans la procédure. Etant donné que, dans certains établissements, le moment de l'évaluation ne figure pas dans le dossier, il n'est pas certain que cette condition ait été remplie.

Clé 6. Droit de plainte

Si un centre de soins résidentiels applique la contention, le résident doit disposer de garanties juridiques adéquates pour agir contre une application qui, selon lui, restreint sa liberté de manière injustifiée. Il est important que les droits dont dispose le résident soient communiqués. Etant donné que le droit de porter plainte fait intrinsèquement partie de l'application de la contention, nous pensons que cette information devrait être incluse dans les parties de texte qui se réfèrent à la contention elle-même. D'après l'analyse des documents, cela ne semble pas être le cas dans la pratique. Presque aucun établissement ne communique les droits et les recours dont dispose un résident dans la section relative à la contention. Seuls quelques établissements mentionnent la possibilité de déposer une plainte en interne contre l'établissement ou un prestataire de soins, et les coordonnées d'organismes externes tels que la Commission fédérale Droits du patient et la Woonzorglijn ne sont pas, non plus, communiquées.

5. UN REGARD SUR L'AVENIR

Le Décret de 2019 relatif aux centres de soins résidentiels impose aux centres de soins résidentiels flamands l'obligation d'élaborer des politiques et des procédures relatives aux mesures de restriction de la liberté, comme la contention mécanique. Respecter cette obligation n'est pas évident. Nous identifions, en effet, des défis à relever à ce niveau dans trois domaines.

Tout d'abord, sur le plan de la législation. Le cadre juridique relatif à l'utilisation de la contention dans le cadre des soins résidentiels aux personnes âgées n'est pas clair. La législation doit être recherchée dans la législation sectorielle relative aux soins aux personnes âgées, dans le droit de la santé et dans les principes juridiques généraux. En outre, les réglementations existantes sont souvent très floues et sujettes à interprétation. Par exemple, les dérogations au consentement éclairé ne sont pas abordées. La compétence et l'implication d'autres professions de santé, telles que les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes, soulèvent également des questions.

Deuxièmement, il convient de noter que le respect des exigences fixées par Zorginspectie ne garantit pas une politique de contention entièrement conforme à la loi. Les pratiques d'inspection s'appuient sur des réglementations sectorielles dont les accents diffèrent de celles de la Loi relative aux droits du patient. Les réglementations sectorielles mettent principalement l'accent sur l'enregistrement et la concertation multidisciplinaire, tandis que la Loi relative aux droits du patient met principalement l'accent sur le consentement éclairé individualisé et révoquant *ad hoc*. Par exemple, Zorginspectie vérifie principalement si le consentement du résident a été enregistré, plutôt que de s'assurer qu'il est conforme au consentement réel du résident tel qu'il découle de la Loi relative aux droits du patient. Un autre exemple est que Zorginspectie ne s'oppose pas

à ce qu'un établissement fasse la distinction entre les contentions réalisées à l'initiative de l'établissement et celles réalisées à l'initiative du résident (ou de sa famille). Cela peut être important du point de vue de la qualité, mais il découle de la Loi relative aux droits du patient que le droit au consentement éclairé s'applique de la même manière, quelle que soit la personne qui prend l'initiative. Les pratiques d'inspection et la Loi relative aux droits du patient ne sont pas nécessairement incompatibles, mais l'établissement doit être conscient que l'application de la Loi relative aux droits du patient n'est pas incluse dans les pratiques d'inspection et doit donc faire l'objet d'une attention particulière.

Troisièmement, l'analyse des documents montre que la politique actuelle des centres de soins résidentiels flamands n'est pas toujours conforme à la réglementation en vigueur. Les centres de soins résidentiels doivent encore résoudre de nombreux problèmes. Par exemple : si la plupart des établissements font la distinction entre les situations aiguës et les soins quotidiens, cela ne se traduit pas toujours par des procédures différentes. En outre, dans de nombreux cas, l'exigence de consentement éclairé, qui est en principe le point de départ de l'utilisation de la contention dans les soins aux personnes âgées, n'est pas (correctement) élaborée et elle n'est souvent pas respectée au niveau des dossiers.

Le défi pour l'avenir est donc principalement de créer un cadre juridique clair et de transposer correctement ce cadre juridique dans la politique des établissements. Les clés et les recommandations avancées dans cette contribution pourraient éventuellement constituer une étape vers une politique responsable en matière de contention dans les centres de soins résidentiels. Cependant, le point de vue juridique au centre de cette contribution n'est pas le seul point de vue. Les perspectives scientifiques d'autres disciplines, telles que les soins infirmiers, la gérontologie et la psychologie, devraient également être impliquées. A cet égard, il est nécessaire d'adopter une approche à multiples facettes, comme c'est déjà le cas pour les soins de santé mentale et l'aide à la jeunesse en institution¹⁰⁹.

(Traduction)

(109) Beeckmans, D., Droogmans, G., Mertens, N., Opgenhaffen, T., Vanhoof, J., Maes, B., Van Achterberg, T., Nijs, S., Put, J., Van Audenhove, C. et De Cuyper, K., *De ontwikkeling van een intersectorale richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp*, Louvain, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 379 p., 2022 ; Van Audenhove, C., Put, J., De Cuyper, K., Opgenhaffen, T., Peeters, T. et Buyck, I., *De preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg. Een multidisciplinaire richtlijn met zicht op de toekomst*, Louvain, Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 205 p., 2019.

BIBLIOGRAPHIE

Législation

Code pénal, 8 juin 1867, *M.B.* 9 juin 1867, 3.133.

AR du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de l'art infirmier et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre, *M.B.* 26 juillet 1990, 14.680.

AR du 8 juillet 1996 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession d'ergothérapeute et portant fixation de la liste des prestations, *M.B.* 4 septembre 1996, 23.427.

Projet de loi relatif aux droits du patient, Exposé des motifs, *Doc. parl.* Chambre 2001-02, n° 1642/001.

AM du 10 décembre 2001 relatif à la gestion de la qualité dans les maisons de repos, les centres de soins de jour, les centres de court séjour, les résidences-services et les complexes résidentiels proposant des services, *M.B.* 28 mars 2002, 13.007.

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002, 43.719.

AR du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes, *M.B.* 3 février 2006, 5.921.

A. Gouv. fl. du 24 juillet 2009 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de soins résidentiels et d'associations d'intervenants de proximité et d'usagers, *M.B.* 17 décembre 2009, 79.284.

Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.* 18 juin 2015, 35.172.

Beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2015-2016, *Doc. Parl.* VI.Parl. 2015-16, nr. 506/1.

Projet de décret relatif aux soins résidentiels, *Doc. Parl.* Chambre 2018-19, n° 1765.

Décret flamand du 15 février 2019 relatif aux soins résidentiels, *M.B.* 3 mai 2019, 43.078.

Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *M.B.* 14 mai 2019, 46.372.

A. Gouv. fl. du 28 juin 2019 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de soins résidentiels et d'associations d'intervenants de proximité et d'usagers, *M.B.* 21 novembre 2019, 107.316.

Jurisprudence

Gand 18 avril 1985, *VI.T.Gez.* 1987, 438.

Cass. 5 avril 1996, *RDP* 1996, 634-638.

Trib. Anvers 8 novembre 2006, *T.Verz.* 2008, 198.

Bruxelles 12 juin 2011, *RABG* 2012, 13, 909-915.

Doctrine

Agentschap Zorg en Gezondheid, *Uniform begrippenkader*, <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/geestelijke-gezondheidszorg/vrijheidsbeperkende-maatregelen/uniform-begrippenkader>.

Agentschap Zorg en Gezondheid, *Vlaams indicatorenproject woonzorgcentra: kwaliteitsindicatoren 2021*, Bruxelles, Agentschap Zorg en Gezondheid, 97 p., 2021.

Agentschap Zorg en Gezondheid, *Jaarverslag Woonzorglijn 2021: Klachten over ouderenzorg*, Bruxelles, Agentschap Zorg en Gezondheid, 17 p., 2022.

Beeckmans, D., Droogmans, G., Mertens, N., Opgenhaffen, T., Vanhoof, J., Maes, B., van Achterberg, T., Nijs, S., Put, J., Van Audenhove, C. et De Cuyper, K., *De ontwikkeling van een intersectorale richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de brede residentiële jeugdhulp*, Louvain, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 379 p., 2022.

Christens, V., Briké, S. en Dierickx, A., Hoofdstuk XIII. De beroepsbeoefenaar en het strafrecht, in Vansweevelt, T. et Dewallens, F. (éds.), *Handboek gezondheidsrecht Volume I: Zorgverleners: statuut en aansprakelijkheid*, Anvers, Intersentia, 1671-1706, 2022.

De Herdt, M., Machiels, G. en Thys, E., *Over mijn lijf: bijsluiter bij de wet over de rechten van de patiënt*, Anvers, Houtekiet, 135 p., 2003.

De Herdt, J., *Fysiek interpersoonlijk geweld*, Anvers, Intersentia, xxii + 922 p., 2014.

Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, *Syntheserapport inspecties vrijheidsbeperkende maatregelen binnen de gehandicaptenzorg voor kinderen en minderjarigen – selectie van voorzieningen*, Bruxelles, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 54 p., 2019.

Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, *Vlaanderen publiceert proactief inspectieverslagen woonzorgcentra*, 2022, <https://www.departementwvg.be/nieuws/vlaanderen-publiceert-proactief-inspectieverslagen-woonzorgcentra>.

Evans, L. K. et Strumpf, N. E., Tying down the elderly: A review of the literature on physical restraint, *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(1), 65-74, 1989.

- Fransen, H., Rechtvaardiging, in Van Den Berge, Y., *Postal memorialis. Lexicon strafrecht, strafvordering en bijzondere wetten*, Malines, Kluwer, 280-357, 2001.
- Lemmens, C., De dwangopneming van geesteszieken, in Vansweevelt, T. et Dewallens, F. (éds.), *Handboek gezondheidsrecht Volume II: Rechten van patiënten: van embryo tot lijk*, Anvers, Intersentia, 1093-1190, 2022.
- Opgenhaffen, T., Vrijheidsbeperking in de kinderpsychiatrie. Een juridische aanvulling bij het werk van de Zorginspectie, *RW*, afl. 3, 83-98, 2018-19.
- Opgenhaffen, T., *Vrijheidsbeperkingen in de zorg*, Morsel, Intersentia, XVII + 556 p., 2020.
- Proesmans, J., Veronderstelde toestemming ingeval van spoedhulp, *Jura Falc.*, nr. 2, 421-444, 2007.
- Sierens, R., Woonzorgcentra en vrijheid: (on)verzoenbaar?, in VRG-Alumni (réd.), *Recht in beweging. 29^{re} VRG-alumnidag*, Anvers, Gompel&Svacina, 277-296, 2022.
- Van Audenhove, C., Put, J., De Cuyper, K., Opgenhaffen, T., Peeters, T. et Buyck, I., *De preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg. Een multidisciplinaire richtlijn met zicht op de toekomst*, Louvain, Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 205 p., 2019.
- Vansweevelt T., Hoofdstuk II Wet Patiëntenrechten: definities en toepassingsgebied, in Vansweevelt, T. et Dewallens, F. (éds.), *Handboek gezondheidsrecht Volume II: Rechten van patiënten: van embryo tot lijk*, Anvers, Intersentia, 283-296, 2022.
- Vansweevelt, T. et Tack, S., Hoofdstuk V Het recht op gezondheidstoestandinformatie en geïnformeerde toestemming, in Vansweevelt, T. et Dewallens, F. (éds.), *Handboek gezondheidsrecht Volume II: Rechten van patiënten: van embryo tot lijk*, Anvers, Intersentia, 361-470, 2022.
- Veys, M. N., Fixatie bij bejaarden: een situering in het gezondheids- en aansprakelijkheidsrecht, *T. Gez.*, 214-227, 2008.
- Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, *Indicatorfiche indicator D fysieke vrijheidsbeperking*, www.zorgkwaliteit.be/QI_WZC, 4 p.

TABLE DES MATIERES

**VERS UNE POLITIQUE DE CONTENTION CONFORME A LA LEGISLATION
RELATIVE AUX CENTRES DE SOINS RESIDENTIELS FLAMANDS**

1.	INTRODUCTION	223
2.	LA CONTENTION ET LE NOUVEAU DECRET RELATIF AUX SOINS RESIDENTIELS	225
3.	LES CLES D'UNE POLITIQUE DE CONTENTION DANS LES CENTRES DE SOINS RESIDENTIELS FLAMANDS	227
3.1.	CLE 1. DEFINITION UNIFORME DE LA CONTENTION MECANIQUE	227
3.2.	CLE 2. UNE DISTINCTION ENTRE LES SOINS AIGUS ET LES SOINS PLANIFIES	228
3.3.	CLE 3. LE CONSENTEMENT COMME POINT DE DEPART, A MOINS QUE ...	229
3.4.	CLE 4. SEULES LES PERSONNES AUTORISEES PEUVENT EFFECTUER UNE CONTENTION, SAUF EN CAS DE SITUATION AIGUE	235
3.5.	CLE 5. POLITIQUE AXEE SUR LA PREVENTION, INSTRUCTIONS CLAIRES ET REEVALUATION	238
3.6.	CLE 6. GARANTIES JURIDIQUES ADEQUATES POUR LE RESIDENT	240
4.	ANALYSE DES POLITIQUES ACTUELLES	242
4.1.	ANALYSE DES DOCUMENTS	242
4.2.	RESULTATS DE L'ANALYSE DES DOCUMENTS	243
4.3.	DISCUSSION : QUELQUES POINTS NEVRALGIQUES	246
5.	UN REGARD SUR L'AVENIR	249
	BIBLIOGRAPHIE	251