



**Conseil
Supérieur de la Santé**

**ABORDER ET GÉRER LES CONFLITS
ET PRATIQUER DES INTERVENTIONS
SOUS CONTRAINTE DANS LES
SOINS DE SANTÉ MENTALE**

**JUIN 2016
CSS N° 9193**



.be



**Conseil
Supérieur de la Santé**

**ABORDER ET GÉRER LES CONFLITS
ET PRATIQUER DES INTERVENTIONS
SOUS CONTRAINTE DANS LES
SOINS DE SANTÉ MENTALE**

**JUIN 2016
CSS N° 9193**

In this science-policy advisory report, the Superior Health Council provides recommendations on the use of coercive measures in psychiatry.



DROITS D'AUTEUR

Service public Fédéral de la Santé publique, de la Sécurité
de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement

Conseil Supérieur de la Santé

Place Victor Horta 40 bte 10
B-1060 Bruxelles

Tous droits d'auteur réservés.

Veillez citer cette publication de la façon suivante:
Conseil Supérieur de la Santé. Aborder et gérer les conflits et
pratiquer des interventions sous contrainte dans les soins de
santé mentale. Bruxelles: CSS; 2016. Avis n° 9193.

La version intégrale de l'avis peut être téléchargés à partir
de la page web: www.css-hgr.be

Une version imprimée des brochures peut être obtenue en
adressant une demande par courrier, téléphone ou e-mail
à l'adresse susmentionnée.

Tél.: 02/524 97 97

E-mail: info.hgr-css@health.belgium.be

Cette publication ne peut être vendue



AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 9193

Aborder et gérer les conflits et pratiquer des interventions sous contrainte dans les soins de santé mentale

In this science-policy advisory report, the Superior Health Council provides recommendations on the use of coercive measures in psychiatry.

Version validée par le Collège de
Juin - 2016¹

RESUME

Les interventions sous contrainte, telles que l'isolement et la contention, l'admission forcée et l'administration de médicaments sous la contrainte limitent ou enlèvent la liberté personnelle d'un patient sans son consentement. Les avis s'accordent sur le fait que ces interventions doivent s'inscrire dans un meilleur cadre préventif et que, dans tous les cas, le recours à celles-ci ne pourra se faire que de manière très exceptionnelle et très temporaire dans le but de dispenser des soins de qualité supérieure et axés sur le patient.

Le secteur des soins de santé mentale en est parfaitement conscient et cherche à limiter autant que possible le recours aux interventions sous contrainte. Néanmoins, limiter les seules interventions sous contrainte ne constitue pas le meilleur objectif. Il convient avant tout de veiller à ce que des décisions transparentes soient prises lorsqu'une limitation de liberté s'impose pour des motifs thérapeutiques, tout en conservant à l'esprit les cadres éthiques et juridiques appropriés. De plus, tout doit être mis en œuvre afin d'éviter des conflits, qui sont susceptibles d'aboutir au recours à la force pour limiter une personne. Cet avis choisit la voie de la prévention des conflits afin de situer les interventions sous contrainte dans une application thérapeutique éthique dont l'objectif est d'éliminer un risque pour la santé. Dans un second temps, des aspects liés à la qualité et à l'amélioration des interventions sous contrainte existantes sont également abordés.

¹ Le Conseil se réserve le droit de pouvoir apporter, à tout moment, des corrections typographiques mineures à ce document. Par contre, les corrections de sens sont d'office reprises dans un erratum et donnent lieu à une nouvelle version de l'avis.

Mots clés et MeSH *descriptor terms*²

Mesh terms*	Keywords	Sleutelwoorden	Mots clés	Schlüsselwörter
Patient isolation	Seclusion	Afzondering	Isolement	Isolierung
	Containment	Fixatie	Contention	Mechanische Einschränkung
	Observation	Observatiestelling	Mise en observation	Beobachtungsplatzierung
(Patient) Safety	Safety	Veiligheid	Sécurité	Sicherheit
Negotiating	Conflict management	Conflictbeheersing	Gestion de conflits	Konfliktbewältigung
Crisis intervention	Coercive interventions	Dwanginterventies	Interventions sous contrainte	Zwangsjnterventionen
Psychiatry	Psychiatric care	Psychiatrische hulpverlening	Soins psychiatriques	Psychiatrische Versorgung

MeSH (Medical Subject Headings) is de thesaurus van de NLM (National Library of Medicine) met gecontroleerde trefwoorden die worden gebruikt voor het indexeren van artikelen voor PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.

² Le Conseil tient à préciser que les termes MeSH et mots-clés sont utilisés à des fins de référencement et de définition aisés du scope de l'avis. Pour de plus amples informations, voir le chapitre « méthodologie ».

TABLE DES MATIERES

RESUME	1
I INTRODUCTION	5
II Méthodologie	8
III Principes de départ	9
IV Prévention des mesures de contrainte	11
V Après la prévention : les interventions sous contrainte.....	18
1 Admission forcée (mise en observation et maintien).....	18
2 Isolement.....	21
3 Immobilisation ou contention manuelle et mécanique (sangles aux poignets, ceinture suédoise, tablette)	23
4 Traitement sous contrainte	24
VI Recommandations pour les autorités	25
VII REFERENCES.....	26
VIII COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL.....	28
IX ANNEXES.....	30

ABREVIATIONS ET SYMBOLES

BM	<i>Bergen Model</i>
CFQAI	Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière
CNEH	Conseil National des Etablissements Hospitaliers
CR	<i>Control & Restraint Model</i>
CSM	Centre de Santé Mentale
MEO	Mise en Observation
PBS	<i>Positive Behaviour Support</i>
SCS	<i>Six Core Strategies</i>
SfW	<i>Safewards</i>
SSM	Soins de Santé Mentale

I INTRODUCTION

Dans les soins de santé mentale (SSM), chaque intervention est fondée, tant sur le plan éthique que juridique (loi du 22 août 2002 sur les droits du patient), sur le consentement préalable d'un patient bien informé. Les interventions sous contrainte, telles que l'isolement et la contention, l'admission forcée et l'administration de médicaments sous la contrainte limitent ou enlèvent la liberté personnelle d'un patient sans son consentement. Les avis s'accordent sur la nécessité d'éviter au maximum une mesure aussi radicale (prévention) et de n'y recourir qu'à titre exceptionnel et temporaire comme mesure de protection et dernier recours en cas d'incapacité, de danger et d'absence de toute mesure alternative. Il semble également exister un large consensus sur la nécessité d'appliquer ces mesures de protection dans un cadre juridique, dans le souci de dispenser des soins de qualité et en faisant preuve de précaution, d'attention et d'humanité. Pourtant, la réalité est souvent bien éloignée de ces principes qui font l'unanimité. Les interventions sous contrainte sont encore beaucoup trop et trop longtemps appliquées dans nos soins de santé mentale, d'une manière qui, souvent, n'est pas perçue comme respectueuse, humaine et propice à une guérison. Aussi donnent-elles régulièrement lieu à une controverse sociale. La littérature de recherche internationale récente, comme le rapport Mind (Mind, 2012), démontre que ces interventions sous contrainte ne sont pas toujours utilisées en dernier recours si bien qu'elles peuvent à tout le moins donner l'impression qu'elles sont parfois prescrites comme une mesure répressive. Des questions peuvent également être soulevées à propos du rapport possible entre l'utilisation d'interventions sous contrainte et le retard dans le processus de guérison. Du reste, une telle pratique comporte un risque essentiel de développement d'un traumatisme psychique et physique chez les patients, leurs parents et les membres du personnel. La littérature scientifique bien que limitée suggère également que certaines interventions sous contrainte sont d'emblée utilisées beaucoup trop et pour des durées trop longues. De plus, la Belgique est un pays occidental où plusieurs interventions sous contrainte sont encore pratiquées en même temps sur un patient, par exemple l'association de l'isolement et de la contention mécanique. Nous devons y remédier.

Le contexte actuel est favorable car le présent avis se joint à d'autres initiatives, comme l'avis de modifier la loi sur l'admission forcée et les indicateurs fédéraux de qualité pour l'isolement et la contention. Ces initiatives bénéficient d'un solide appui social dans le prolongement de quelques incidents graves liés à des interventions sous contrainte au cours des dernières années.

Ce document traite de respect, de dignité et de sécurité, à la fois des utilisateurs et des intervenants. Ce n'est pas un document qui essaie d'imputer la faute ou la responsabilité à une partie déterminée, mais il propose un nouveau cadre qui permet d'opérer les choix adéquats pour des soins sûrs et de qualité dans des circonstances difficiles, dans un dialogue respectueux entre l'intervenant, le patient et son contexte, dans certaines circonstances en présence d'une personne de confiance.

Les recommandations de document ont vu le jour après des dialogues multidisciplinaires intensifs. Les associations de patients et de parents ont été impliquées dans ce travail. Ce dialogue participatif et cet avis ne sont que la première étape nécessaire. Les principes de participation et de respect mutuel doivent être ancrés plus solidement encore dans les soins standards après la publication de cet avis. Cette démarche sera une condition importante pour parvenir à une transformation réussie de notre système de soins de santé mentale.

Pourquoi un avis à propos de l'utilisation d'interventions sous contrainte est-il nécessaire ?

Environ un adulte sur cinq traversera au cours de sa vie une crise psychique ou psychiatrique grave qui nécessitera un accompagnement professionnel (Bruffaerts et al., 2004 ; SPF Economie, 2003). Chaque individu qui appelle à l'aide part du principe que sa décision d'acceptation d'une aide professionnelle sera prise en totale liberté, sur la base d'informations détaillées et complètes communiquées par l'intervenant. Cela implique que le refus d'un examen, d'un traitement ou d'une admission doit être respecté et que la contrainte et la limitation ou la privation de liberté ne sont en principe pas autorisées dans le contexte des soins réguliers.

C'est le consentement du patient qui conduit à une relation de confiance et à une collaboration entre le patient et l'intervenant. Cependant, une affection psychiatrique altère parfois temporairement la réflexion d'un patient à tel point qu'une collaboration n'est plus possible. Même dans ce cas, les intervenants cherchent à se conformer aux désirs du patient, par exemple à l'aider pour mieux dormir, à se sentir plus calme ou moins anxieux. Mais qu'en est-il si un patient se perd, se met en danger, refuse toute aide et n'est plus abordable, ni par les proches, ni par les intervenants ? Dans de telles circonstances, de bons soins peuvent signifier : en dernier recours, reprendre la main en appliquant une mesure de protection et ainsi protéger le patient contre son affection d'une manière humaine, après mûre réflexion et en concertation avec tous les intéressés. La privation de liberté est évitée autant que possible et, le cas échéant, est la plus courte possible, proportionnelle au danger et dans un cadre juridique et éthique, avec une évaluation critique continue par tous les intéressés. Avons-nous été suffisamment créatifs pour chercher des alternatives ? Pouvons-nous encore prendre des risques justifiés ? Tenons-nous suffisamment compte du fait que la privation de liberté peut faire plus de mal que de bien ? En tant que société, avons-nous investi suffisamment dans une psychiatrie chaleureuse, accessible et dispensée sur une base volontaire ? Dans la prévention et l'intervention précoce ? Dans les alternatives à la contrainte ?

Les intervenants, les patients et leur réseau d'aide ont besoin d'un cadre d'orientation. Des études scientifiques limitées démontrent de multiples variations dans la prévalence de l'utilisation d'interventions sous contrainte à la fois dans un système national de soins de santé et dans une comparaison internationale (Mind, 2012 ; Molodynski et al., 2014). L'utilisation de la contrainte pour parvenir à un traitement s'avère par ailleurs ne pas être associée non plus à une meilleure guérison ou une meilleure intégration dans la société (Priebe et al., 2011).

De quelles interventions sous contrainte le présent avis traite-t-il ?

Les interventions sous contrainte sont définies comme suit dans le présent avis : des décisions ou des actes de la part d'un intervenant dans le but de limiter un individu dans sa liberté, sa marge de manœuvre ou son droit de décision autonome dans le but :

- d'intervenir immédiatement sur une situation dangereuse avec un risque réel de lésion pour cette personne ou pour un tiers ;
- de mettre fin à un comportement dangereux pour soi-même ou pour autrui.

Les interventions sous contrainte classiques sont l'isolement ou la contention manuelle (tenir le patient avec plusieurs intervenants et ainsi limiter sa mobilité) ou mécanique (limiter la liberté de mouvement du patient avec des moyens mécaniques (sangles, bandes, etc.), l'administration d'une médication ou l'alimentation sous contrainte, l'admission forcée et le traitement obligatoire à domicile. Les exemples moins éloquents sont l'admission dans un service fermé, la règle du service ne permettant pas d'aller en week-end pendant la période d'observation, etc. Chaque forme de contrainte ne sera pas discutée expressément dans le présent avis mais les principes tiennent lieu de fil conducteur pour toute situation qui met en cause la liberté personnelle dans le contexte d'un traitement.

A qui le présent avis est-il destiné ?

Le présent avis a été élaboré pour les structures relevant de soins généraux de santé mentale, à savoir les hôpitaux de médecine générale et psychiatrique, les initiatives d'habitation protégée, les maisons de soins psychiatriques, les centres de santé mentale (CSM), les centres de soins des addictions et les centres de revalidation psychosociaux. Les formes de soins plus récentes seront également visées, telles qu'elles sont développées dans la législation sur la transformation des soins de santé mentale (art. 107 de la loi sur les hôpitaux), notamment les équipes mobiles pour les soins psychiatriques au domicile de la personne concernée. Dans ces structures, il est destiné à tous les collaborateurs de toutes les disciplines qui dispensent des soins de santé mentale au niveau direct ou indirect des soins aux patients, à des personnes atteintes d'affections psychiques.

Quelle est la position du présent avis ?

Le présent avis crée un cadre général pour l'utilisation d'interventions sous contrainte dans les soins de santé mentale. Il ne remplace nullement :

- la réglementation juridique et administrative relative aux interventions sous contrainte dans les soins de santé mentale, mais propose des « bonnes pratiques » pour gérer les interventions sous contrainte ;
- les avis existants (par exemple, NICE, 2015) à propos de la qualité et de la sécurité des interventions spécifiques sous contrainte comme l'isolement et la contention mécanique.

II Méthodologie

La *Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie* a pris l'initiative en 2014 – inquiétée par quelques incidents liés à l'isolement et à la contention dans des structures pour soins de santé mentale – de déposer une proposition de projet « Interventions sous contrainte en Psychiatrie » auprès du Conseil supérieur de la Santé (CSS). Après analyse de la question, le Collège du CSS et le président du groupe de travail ont déterminé les expertises nécessaires. Sur cette base, un groupe de travail ad hoc a été constitué, réunissant des experts dans les disciplines suivantes : psychiatrie, psychologie, droit. Les experts du groupe de travail ont complété une déclaration d'intérêt général et une déclaration ad hoc et la Commission de Déontologie a évalué la possibilité de conflits d'intérêts.

L'avis repose sur un aperçu de la littérature scientifique, à la fois des revues scientifiques et des rapports d'organisations nationales et internationales compétentes dans cette matière ainsi que sur l'avis des experts.

Le groupe de travail a commencé par une phase consultative à propos des différentes formes de privation de liberté. Ensuite, un cadre fondé scientifiquement été proposé, en y inscrivant la relation thérapeutique entre le patient et son environnement (intervenant, famille, société). Le groupe de travail a également eu un entretien avec le Prof. Dr Len Bowers (*Institute of Psychiatry, London*) dont le travail de recherche est d'une importance fondamentale dans ce domaine. Différentes parties impliquées (voir liste en annexe) dans le débat social à propos des interventions sous contrainte ont été consultées et les remarques formulées à cette occasion ont été reprises dans le texte final.

Après approbation de l'avis par le groupe de travail, ce dernier a finalement été validé par le Collège.

III Principes de départ

Orientés sur le patient :

Les SSM sont en principe dispensés sans contrainte mais, dans certaines circonstances, après avoir soigneusement pesé le pour et le contre, dans un cadre légal et avec des garanties et mécanismes de contrôle suffisants, il est permis d'appliquer une intervention sous contrainte dans le cadre de bons soins :

- Seule une situation de danger grave chez un patient incapable d'exprimer sa volonté, toute intervention volontaire alternative possible ayant échoué ou étant impraticable (dernier recours) peut justifier une intervention sous contrainte. Une intervention sous contrainte ne fait jamais partie des soins psychiatriques standards.
- Si une intervention sous contrainte est exceptionnellement envisagée, le patient et/ou le représentant du patient sont impliqués au maximum.
- Si une intervention sous contrainte est envisagée, la souffrance physique et psychique possible qui peut être occasionnée par cette mesure doit être estimée à l'avance et mise en balance avec le danger justifiant l'intervention sous contrainte.
- Si une intervention sous contrainte est envisagée, il convient d'évaluer le risque possible de complications pour le patient par l'application d'une intervention sous contrainte.
- Si une intervention sous contrainte est exceptionnellement appliquée, il faut convenir avec le patient et/ou le représentant du patient du type d'intervention sous contrainte et de la façon dont celle-ci sera appliquée (par exemple, préférence pour l'administration de médicaments ou isolement ou isolement avec un parent ou un intervenant...).
- Si une intervention sous contrainte est exceptionnellement appliquée, il faut toujours choisir l'intervention la moins restrictive et la durée la plus courte possible.
- Une intervention sous contrainte ne peut s'accompagner automatiquement de l'application d'une intervention sous contrainte supplémentaire telle que l'isolement, la contention ou un traitement forcé.
- Toute intervention sous contrainte est évaluée rapidement après son application quant à son effet sur le symptôme déclencheur. Le contexte de l'évaluation d'une intervention sous contrainte est toujours participatif. Celle-ci suppose une implication active du patient, de sa famille et des intervenants de proximité.
- Les patients à risque élevé de confrontation avec des interventions sous contrainte doivent avoir la possibilité d'élaborer des plans de crise et des accords qui les lient.

Orientés vers les autorités :

- Le responsable d'une intervention sous contrainte doit toujours être reconnaissable et abordable.
- Chaque niveau (exécution, suivi, conclusion, formation, contrôle de qualité) est placé sous la direction d'un responsable.
- La formation doit être orientée sur la prévention des conflits et sur les alternatives aux interventions sous contrainte.
- La formation doit être orientée également sur l'exécution d'interventions en toute sécurité.
- Une attitude de grande réserve vis-à-vis des interventions sous contrainte est favorisée par une nouvelle réforme des SSM dans le sens de la guérison, la participation des patients et du processus décisionnel partagé (www.psy107.be).
- Il faut prévoir une norme en personnel adaptée pour les patients qui sont soignés en recourant à une intervention sous contrainte ; en d'autres termes dans une situation de soins aigus et/ou intensifs. Le calcul de cette norme du personnel dans le service tient compte (i) de la norme minimale légale, (ii) de l'occupation actuelle des lits et (iii) de la lourdeur actuelle des soins. Il suppose une gestion active et dynamique du personnel pour chaque service qui fournit ces soins aigus et intensifs.
- Les systèmes d'enregistrement doivent être obligatoires et servir de base au contrôle de la sécurité et de la qualité.

IV Prévention des mesures de contrainte

Depuis 1999, la Belgique connaît une augmentation notable du nombre d'admissions forcées (Schoevaerts, 2015). En 2012, la Flandre a connu 4.657 admissions forcées, soit 10,4 % du nombre total d'admissions dans des hôpitaux psychiatriques. Parmi les autres interventions sous contrainte, comme l'administration d'une médication sous contrainte ou l'utilisation de l'isolement et/ou de la contention, le nombre ou les évolutions dans l'usage n'ont pas (encore) été étudiés systématiquement. A eux seuls, la forte augmentation du nombre d'admissions forcées, les événements récents et regrettables dans leur application et la prévention d'interventions sous contrainte combinées (c'est-à-dire admission forcée + médication sous la contrainte + isolement/contention) dans notre pays nous imposent déjà d'adopter une directive. Le grand élan social en rapport avec les interventions sous contrainte dans les soins de santé mentale explique que cette initiative n'est pas un fait isolé. En 2015, le Conseil national des Etablissements hospitaliers a déjà formulé, sur la base du texte du groupe de travail ad hoc de Zorgnet - Icuuro, un avis à propos des adaptations à la loi sur l'admission forcée de 1990 (Degadt, 2015). Cet avis mettra l'accent, d'emblée, sur l'importance d'une vision contemporaine de l'intervention sous contrainte, notamment par l'intégration d'activités médicales somatiques et psychiatriques, la dissociation de la contrainte et de l'admission dans un hôpital psychiatrique en permettant un traitement extra-muros, la continuité des soins entre les différentes phases d'une intervention sous contrainte et un point de départ participatif. Outre ces adaptations qui déboucheront, espérons-le, sur une meilleure harmonisation entre les règles juridiques et les exigences actuelles en matière de qualité pour les soins de santé mentale, la sécurité du patient suscite également une attention croissante. Les indicateurs fédéraux de qualité, établis par le Conseil fédéral pour la Qualité de l'activité infirmière (CFQAI), décrivent ainsi plusieurs indicateurs de qualité dans le domaine de l'application sûre et professionnelle de l'isolement et de la contention. Les deux initiatives sont extrêmement importantes dans l'évolution permanente vers des soins de santé mentale meilleurs et plus sûrs et nous y souscrivons donc complètement. Il faut ajouter un troisième aspect : la prévention du danger et de l'insécurité dans la relation thérapeutique. Cet aspect est aussi important que l'intégration de la perspective médicale dans la réglementation de la privation de liberté, d'une part, et de la qualité - sur le plan de la sécurité de l'efficacité - de l'intervention sous contrainte réalisée.

Cet avis en souligne dans un premier temps l'aspect préventif. Les interventions sous contrainte spécifiques sont ensuite décrites et des recommandations sont formulées en matière de qualité et de sécurité. De ce fait, une politique intégrée est possible, pour le soignant, l'établissement de soins et le patient et son réseau de soutien.

Six points de départ pour de bons soins

Les pouvoirs publics et les administrations locales des établissements de soins de santé portent une grande responsabilité lorsqu'il est question d'éviter que les interventions sous contrainte soient encore utilisées comme un outil des soins standard. Ils doivent garantir que les interventions sous contrainte ne soient plus utilisées qu'en dernier recours pour garantir la sécurité du patient et de son environnement. Autrement dit, il est impératif d'en faire un usage réfléchi, exceptionnel et proportionné, tant sur le plan de leur intensité que de leur durée. La littérature internationale (DH, 2014 ; NHS, 2013 ; HM Government, 2014 ; NHS & LGA, 2014 ; NICE, 2015) permet d'ores et déjà de dégager plusieurs principes de départ :

1. A tout moment et dans chaque situation, les soins fournis doivent être conformes aux droits pertinents tels qu'ils ont été formulés dans la Convention européenne des Droits de l'Homme.
2. Tout comportement d'un individu doit se comprendre à partir des besoins, attentes, expériences et forces uniques de cet individu dans son aspiration à améliorer sa qualité de vie.
3. Il est essentiel d'adopter une attitude engagée, empathique et participative à l'égard du patient, de sa famille et de son réseau, de ses intervenants de proximité et de personnes de confiance. En l'occurrence, toutes les règles en matière de secret professionnel seront respectées.
4. Chaque personne doit être traitée avec respect, compassion et amabilité.
5. La toute première intention d'un système de soins de santé est de conseiller chaque personne dans le souci d'un bon équilibre entre, d'une part, la liberté de choix et, d'autre part, la sécurité pour elle-même et/ou pour autrui.
6. La relation positive et constructive entre l'intervenant et le demandeur d'aide est primordiale et doit être préservée au maximum.

Du principe à la pratique :

L'acceptation générale dans le secteur, d'une intervention respectueuse des droits universels de l'homme conduit à une approche univoque d'un patient, améliore la qualité de la relation thérapeutique, rend les processus de traitement plus transparents, responsabilise et renforce le patient et améliore la réputation de l'établissement. Tout établissement de soins qui œuvre à la prévention et à des soins de qualité dans des situations aiguës et dangereuses peut confronter sa vision et son modèle de travail avec cinq principes, résumés dans l'acronyme PANEL (United Nations Population Fund UNFPA (2006), *Human rights-based programming: what it is/how to do it*) qui désigne les cinq principes suivants ;

- '*Participation*' : (participation) impliquer toutes les personnes pertinentes dans le processus de diagnostic, la planification thérapeutique, l'utilisation de personnes et de moyens en dehors de son propre établissement.
- '*Accountability*' : (responsabilisation) définir et expliquer clairement la responsabilité de chaque membre de la concertation participative, à la fois en ce qui concerne les actions thérapeutiques, l'issue souhaitée d'une intervention et la qualité de vie.
- '*Non-discriminatory*' : exclure toute discrimination fondée sur les convictions ou les croyances, la race ou la culture, le sexe, les préférences sexuelles ou le handicap . Le personnel doit être formé à la traduction interculturelle des comportements.
- '*Empowerment*' : indiquer et rendre accessibles les sources d'information et la psycho-éducation.
- '*Legality*' : faire reposer les conflits et la gestion des conflits sur les principes d'honnêteté, de justice, de respect, d'égalité, de dignité et d'autonomie.

Des changements dans les soins peuvent-ils conduire à une réduction des interventions sous contrainte ?

La façon dont un traitement et des soins sont dispensés dépend du modèle thérapeutique ou de la vision que défend un soignant ou un établissement de soins. Un risque potentiel de cette approche est l'apparition de frictions entre le soignant et le patient en cas de divergences dans leurs attentes réciproques. Ce risque potentiel a incité différents chercheurs à briser l'association classique entre le patient et le conflit, d'une part, et l'intervenant et la gestion des conflits, d'autre part. Dès lors, la contribution des intervenants (et des établissements) à un conflit actif est mieux comprise (voir tableau 1 : adaptation de Bowers, *on prevention and containment*, 2008).

Tableau 1. Différents types de gestion des conflits dans la perspective de la dynamique entre les intervenants et les patients (adaptation de Bowers, 2008). Pour chaque type, le niveau de la force probante de la recommandation est indiqué. (RCT = étude contrôlée randomisée)

TYPE DE CONFLIT	RÉACTION DU SOIGNANT/DE L'ÉQUIPE	FORCE PROBANTE	RECOMMANDATION
CONFLIT LIÉ À UN SYMPTÔME	INTERVENTION LIMITANT LA LIBERTÉ THÉRAPEUTIQUE	DONNÉES INCOMPLÈTES À DÉFAUT DE BONNES ÉTUDES RANDOMISÉES - Control & Restraint Model - Six Core Strategies - Bergen Model - Positive Behaviour Support	UNE ÉTUDE COMPARATIVE EST NÉCESSAIRE D'URGENCE SUR LE PLAN DE L'EFFICACITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES DIFFÉRENTES INTERVENTIONS SOUS CONTRAINTE
CONFLIT LIÉ À L'ATTITUDE DE L'INTERVENANT OU DU PATIENT	ADAPTER L'AMBIANCE DANS LE SERVICE	- RCT (safewards trial, Bowers et al. 2008) - Six Core Strategies - Bergen Model - Positive Behaviour Support	REPLICATION RCT
CONFLIT LIÉ AUX ACCORDS AU SEIN DU SERVICE (RÈGLES DE VIE)	ADAPTER L'AMBIANCE DANS LE SERVICE	- RCT (safewards trial, Bowers et al. 2008) - Six Core Strategies - Bergen Model - Positive Behaviour Support	REPLICATION RCT
CONFLIT LIÉ AUX ACCORDS DE SERVICES (lié aux RÈGLES THÉRAPEUTIQUES)	INTERVENTION SOUS CONTRAINTE (ISOLEMENT, SORTIE CONTRE AVIS, MÉDICAMENT, ADMISSION FORCÉE, etc.)	PAS DE PREUVE PRÉSENTE	PROBLÈMES ÉTHIQUES ?
MESURE PRÉVENTIVE SOUS CONTRAINTE	ESTIMATION DES RISQUES	PAS DE PREUVE PRÉSENTE	UNE ÉTUDE DE L'EFFET DE L'ESTIMATION DES RISQUES EST NÉCESSAIRE

Ces analyses ont conduit à l'examen de l'effet des différentes adaptations dans l'attitude des intervenants et des modifications dans les milieux thérapeutiques sur l'apparition et la prévention des conflits. Cinq modèles différents sont évoqués dans la littérature et nous les présentons brièvement ci-dessous (voir aussi le tableau 1).

Le Control & Restraint Model (CR)

Dans ce modèle, l'accent est placé sur la désescalade (toutefois sans définir une procédure claire pour ce faire). La relation patient–conflit et intervenant–gestion du conflit n'est pas brisée dans ce cas. L'attention est fixée sur la compétence dans les techniques de contention. Une formation du personnel est prévue à cet effet. Des études cliniques d'excellente qualité n'ont pas été réalisées jusqu'à présent.

Six Core Strategies (SCS)

Ce modèle a surtout été étudié chez les patients souffrant de troubles d'anxiété post-traumatique et est basé sur des conceptions théoriques de la gestion de l'anxiété. Le principe de départ est une totale égalité entre le patient et l'intervenant. Cette égalité est inscrite formellement dans un contrat. Un accent important est encore placé sur l'aptitude à la contention. Ce modèle prévoit également une formation aux techniques de contention. Un soutien majeur de la part de la direction et des pouvoirs publics est attendu dans ce modèle. Une petite étude a été réalisée dans une population médico-légale et a conclu à une diminution de l'isolement et de la contention, sans cependant observer de diminution de l'incidence des conflits et de l'agression (Maquire, 2012).

Le Bergen Model (BM)

Tout comme dans le CR, la séparation entre le patient et l'intervenant reste à l'avant-plan en termes de conflit. Ce modèle évoque cependant pour la première fois un effet de modulation dans l'attitude de l'intervenant sur l'apparition et l'escalade du conflit. Le souci de l'aptitude dans les techniques de contention et la formation correspondante, comme dans les modèles CR et SCS, reste présent. Des études cliniques d'excellente qualité n'ont pas été réalisées à ce jour.

Safewards (SfW)

Safewards part, tout comme le SCS, d'une égalité fondamentale entre l'intervenant et le patient. Il n'y a pas de limite formelle entre les deux parties et cette interaction est décrite et suivie à l'aide de schémas d'interaction imposés spécifiquement. Par ailleurs, cette formule est « neutre sur le plan théorique », dépourvue de toute vision a priori quant à la pathologie et aux modèles thérapeutiques. A propos de ce modèle, une étude clinique randomisée a été réalisée avec un résultat réducteur de conflit clair (Bowers et al., 2014 ; <http://www.safewards.net/>). Une formation approfondie dans la prévention des conflits par l'adaptation du traitement du patient est prévue. C'est dans ce modèle que l'aspect préventif est le mieux développé. Une étude clinique randomisée a montré un effet clair sur les conflits et l'isolement/la contention consécutifs.

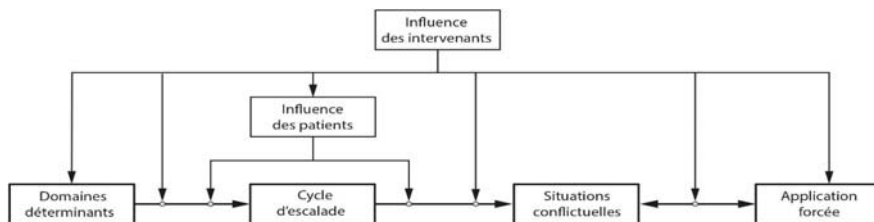
Positive Behaviour Support (PBS)

Le renforcement du comportement positif (PBS) (Carr et al., 1999 ; Allen et al., 2012) est caractérisé par une approche basée sur des valeurs personnelles, la formation continue du personnel à la dynamique et la gestion des conflits et sur l'utilisation de plans de traitement et de crise individuels, préalablement convenus, et sur une procédure de désescalade. Ce modèle a surtout été étudié chez les patients atteints de troubles d'apprentissage.

PBS est un cadre utile qui s'est avéré à la fois augmenter la qualité de vie et réduire les comportements conflictuels (McGill, 1993). La formation est comparable à celle de SFW. A ce jour, des études cliniques de qualité n'ont pas été réalisées.

Les études de qualité sur les effets des différents modèles sur la prévention et la gestion des conflits sont rares. Les modèles décrits ici ont surtout été développés théoriquement et partent par ailleurs d'une association implicite entre la situation du patient et le danger. Il ressort de ce bref aperçu que, pour le moment, la meilleure preuve (étude contrôlée randomisée) plaide pour la mise en œuvre du modèle *Safewards* dans la prévention et la gestion des conflits. C'est également ce modèle qui s'inscrit le mieux dans les principes de départ décrits dans les sections 1 et 2 du présent avis. Nous apprenons de *Safewards* qu'il existe une série de facteurs d'influence susceptibles de déboucher sur des foyers conflictuels et, finalement, sur des escalades. Le modèle analyse également la relation dynamique entre la contrainte et la façon dont celle-ci peut parfois aboutir à son tour à de nouvelles situations conflictuelles. Enfin, le modèle montre également que les intervenants ont un rôle important à jouer dans l'atténuation des situations conflictuelles et dans la contrainte à plusieurs niveaux (fig. 1).

Fig. 1 Présentation schématique des dynamiques entre les caractéristiques de l'environnement (domaines déterminants, voir aussi tableau 1), l'intervenant et le patient



Les facteurs d'influence dans ce schéma se décomposent en six domaines et chacun de ces domaines peut aboutir à différentes situations conflictuelles. Pour ces raisons, les intervenants doivent entreprendre différentes actions pour une intervention ciblée, en temps opportun, afin de promouvoir la sécurité et de minimiser les applications sous contrainte (tableau 2).

Tableau 2 : points d'action pour les intervenants dans la prévention des conflits

FACTEURS D'INFLUENCE	ÉLÉMENTS DÉCLENCHEURS DE L'ESCALADE	INFLUENCE DES INTERVENANTS
<p>Structure interne : Fonctionnement en équipe et structures internes, règles, routines, efficacité, hygiène, idéologie.</p>	<p>Refus des demandes, exigences des intervenants, poser des limites, mauvaises nouvelles et dénégation</p>	<p>Utiliser sa propre angoisse et ses frustrations, conscience morale, analyse psychologique, travail d'équipe cohérent, évaluation positive et techniques de désescalade</p>
<p>Environnement physique de la clinique : caractéristiques physiques de l'unité, portes fermées, hygiène et confort, chambre très sécurisée disponible, confort room ou zone IC dans l'unité</p>	<p>Complexité de l'agencement de l'unité, endroits masqués, manque de vie privée</p>	<p>Vigilance, capacité de réflexion, apprendre des incidents, observation/surveillance fréquente</p>
<p>Vie en dehors de la clinique : visiteurs, tensions avec les parents et amis, sombres perspectives de la situation privée, perte d'autonomie, obligations en dehors de la clinique</p>	<p>Mauvaises nouvelles, problèmes domestiques, relations rompues et problèmes financiers ou de logement</p>	<p>Implication des parents et proches, entretiens systémiques, participation active du patient à la planification du traitement</p>
<p>Contact entre les patients : les interactions au sein du groupe des patients. Ferments du négativisme et des discordes.</p>	<p>Formation d'une bande négative, promiscuité, devoir attendre longtemps et souvent, tapage, harcèlement, vol, destructions</p>	<p>Information ciblée. Être un modèle, supprimer les occasions, être présent</p>
<p>Caractéristiques individuelles des patients : symptômes spécifiques, aspects démographiques, caractère soupçonneux, traits de personnalité, irritation, historique des traumatismes, hommes, jeune, alcool et drogues, dépression, pas de compréhension de la maladie, délires et hallucinations</p>	<p>Exacerbation de symptômes spécifiques, perte de contrôle, dépendances et problèmes d'identité</p>	<p>Pharmacothérapie, psychothérapie, soins infirmiers, interventions ciblées</p>
<p>Lois et réglementations : cadres juridiques, directives locales et nationales, alourdissement des procédures et réglementations des plaintes</p>	<p>Admission forcée, rejet des objections ou de la plainte déposée, traitements sous contrainte</p>	<p>Procédure loyale, respect des droits des patients, informations exactes, aide à l'introduction de réclamations, procédure correcte</p>

Mesures préventives secondaires et tertiaires : l'utilisation des plans de crise

Les interventions dans l'interaction entre l'environnement, le patient et l'intervenant ont donc un effet démontrable dans la prévention des conflits et leur escalade. Les actions après le recours à une intervention sous contrainte sont tout aussi importantes. L'apport des plans de signalement et de crise doit notamment être mis en avant. Par conséquent, il est recommandé de s'informer auprès de chaque patient de sa manière de se calmer et de mettre à profit ces connaissances pour une intervention plus rapide et plus efficace, sans nécessiter une intervention sous contrainte à l'avenir. Il faut faire de la place à la discussion d'alternatives de traitement et laisser une marge pour mettre effectivement ces alternatives convenues à l'épreuve. La première ligne (en particulier le médecin traitant) doit également être impliquée autant que possible dans ces plans de crise et alternatives de traitement.

Autres aspects déterminants dans la prévention des conflits et leur gestion

Des études récentes démontrent qu'une réduction importante des interventions sous contrainte peut notamment être obtenue par l'engagement résolu de la direction, à chaque niveau d'administration possible (pouvoirs publics, direction de l'établissement, politique du service), à changer les attitudes à l'égard des conflits et de leur gestion (Huckshorn, 2004 ; Ashcroft et al., 2012 ; MHC, 2012 ; Bowers, 2014). Cette politique est caractérisée par six composants spécifiques :

- Stimuler l'attention pour une planification participative du traitement en mettant l'accent sur l'« *empowerment* » du patient ;
- Installer un leadership clair et efficace dans le traitement ;
- Elaborer une politique de formation ciblée sur les conflits et leur gestion ;
- Optimiser la relation patient–personnel ;
- Procéder à un enregistrement obligatoire des données pour toutes les interventions sous contrainte (prévalence, circonstances, sécurité, effet) ;
- Mettre en place un débriefing et des procédures d'évaluation post-incident. En l'occurrence, il convient de prêter attention à :
 - a. l'impact physique et psychologique sur TOUS les intéressés (même sur les témoins fortuits de l'incident) ;
 - b. l'amélioration des actions préventives ;
 - c. l'utilisation d'alternatives suffisantes préalablement à la décision d'une intervention sous contrainte ;
 - d. des recommandations pour la direction afin de promouvoir la sécurité.
- Dispenser une formation continue aux médicaments d'intervention aiguë.

Si nécessaire, des interventions doivent être réalisées sur le plan architectural dans le but de créer un environnement de traitement transparent et clair (<http://www.safewards.net/>).

V Après la prévention : les interventions sous contrainte

1 Admission forcée (mise en observation et maintien)

La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne du malade mental règle la procédure d'admission d'un malade contre sa volonté dans un hôpital agréé, en pratique un hôpital psychiatrique. L'expérience sur le terrain démontre la nécessité d'apporter des adaptations à la loi (P. Degadt, 2015).

La Belgique compte au moins 15 admissions forcées par jour. Ces admissions représentent 6 % des admissions dans les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux généraux, ou 10,4 % des admissions dans les hôpitaux psychiatriques. Entre 1999 et 2008, le nombre d'admissions forcées en Belgique a augmenté de 42 % (Schoevaerts et al. 2012). Cette conclusion ne vaut pas pour le groupe cible des mineurs étant donné qu'aucune tendance claire n'a pu être dégagée au fil des années (pour un aperçu complet, voir CNEH, 2015). Bien que les rapports d'études internationaux soient rares et hétérogènes sur le plan de la méthodologie, une augmentation est néanmoins perceptible dans plusieurs pays (Schoevaerts, 2014). Des explications éventuelles à ce phénomène sont l'urbanisation, la durée d'admission réduite, une société en perpétuelle évolution avec moins de tolérance à l'égard des comportements déviant, les développements de la législation et la capacité d'admission dans les établissements de soins de santé mentale.

La procédure est arrêtée légalement :

Les motifs cumulatifs sans lesquels une hospitalisation sous contrainte ne peut pas être décidée sont: (i) le patient doit être atteint d'une maladie mentale, (ii) la dangerosité : l'individu concerné met « gravement en péril sa santé et sa sécurité » et/ou constitue « une menace grave pour la vie et l'intégrité d'autrui » et (iii) aucun autre traitement approprié n'est possible. Il n'y a pas d'autre alternative possible, ce critère comprend le refus de soins³.

Il existe une procédure normale (10% des cas environ) et une procédure urgente-(90 %)

La procédure normale: toute personne intéressée peut adresser une requête écrite au juge de paix de sa commune, ou, s'il s'agit d'un mineur, au juge de la jeunesse de l'arrondissement où résident ses parents ou celui de ses parents chez qui il réside habituellement, et ce afin de demander la mise en observation (MEO) d'une autre personne. Un rapport médical circonstancié doit être joint à cette requête et s'appuyer sur un examen datant de 15 jours maximum et décrivant l'état de santé de la personne dont la MEO est demandée. Dès la réception de la requête, le juge de paix ou le juge de la jeunesse demande au bâtonnier de l'Ordre des avocats ou au bureau de consultation et de défense de désigner un avocat. Dans les 24 heures, le juge de paix fixe le jour et heure de sa visite à la personne dont la MEO est sollicitée ainsi que la date de l'audience. Dans le même délai, la requête est notifiée au malade (et éventuellement à son représentant légal) par pli judiciaire. Lors de l'audience, le juge de paix entend le malade ainsi que toutes les autres personnes dont il estime l'audition utile, en présence de l'avocat du malade. Le juge de paix rend un jugement motivé et circonstancié dans les dix jours qui suivent le dépôt de la requête. S'il accède à la demande de MEO, il désigne le service psychiatrique dans lequel le malade sera hospitalisé.

³ Cette notion n'est pas décrite de façon plus détaillée et laisse donc la possibilité au praticien de l'interpréter comme il le souhaite. La loi précise toutefois que l'inadaptation aux valeurs morales, sociales, religieuses, politiques, ne peut pas être en soi considéré comme une maladie mentale

La procédure urgente: cette procédure se déroule par l'intermédiaire du procureur du Roi qui, en cas d'urgence, peut décider de mettre le malade en observation dans le service psychiatrique qu'il désigne. L'intervention du procureur du Roi fait suite soit à l'avis écrit d'un médecin désigné par lui, soit à la requête écrite de toute personne intéressée (accompagnée d'un rapport médical circonstancié datant de moins de 15 jours). Le caractère urgent doit ressortir du rapport. Dans les 24 heures de sa décision, le procureur en avise le juge de paix compétent et lui adresse la requête écrite. Le juge de paix ou le juge de la jeunesse doit ensuite prendre les mêmes mesures que celles décrites dans la procédure normale. Si le procureur n'a pas adressé la requête au juge de paix dans les 24 heures ou si le juge de paix ou le juge de la jeunesse n'a pris aucune décision dans les dix jours suivant le dépôt de la requête, la mesure prend fin.

La durée de la MEO ne peut pas dépasser 40 jours. Les patients hospitalisés peuvent, si le médecin du service l'accorde, effectuer des sorties de durée limitée, seuls ou accompagnés. La MEO peut prendre fin avant l'expiration du délai de 40 jours sur décision du médecin chef de service qui constate dans un rapport motivé que l'état du malade ne justifie plus l'hospitalisation forcée. Si le maintien de l'hospitalisation s'avère nécessaire au-delà du terme des 40 jours, le directeur de l'établissement transmet au juge de paix 15 jours au moins avant l'expiration du délai fixé pour la mise en observation un rapport circonstancié du médecin-chef de service attestant la nécessité du maintien. (médecin chef de service doit transmettre un rapport circonstancié attestant de la nécessité du maintien de l'hospitalisation. Ce rapport doit être communiqué 15 jours au moins avant l'expiration des 40 jours. Le juge de paix ou le tribunal de la jeunesse fixe la durée du maintien qui ne peut dépasser deux ans. Le médecin chef de service peut à tout moment décider une postcure en dehors de l'établissement, avec l'accord du malade et dans un rapport motivé. Dans ce cas, il faut préciser les conditions de résidence, de traitement médical ou d'aide sociale (et de suivi médical). Le médecin chef de service peut à tout moment décider la réadmission du malade dans l'établissement (s'il juge que l'état du malade l'exige ou si les conditions de la postcure ne sont pas respectées). Si après 1 an de postcure il n'y a pas eu de réintégration, le maintien est automatiquement levé. A tout moment, d'initiative ou à la demande de tout intéressé, le médecin chef de service peut décider que le maintien de l'hospitalisation ou la postcure n'est plus nécessaire. Il peut alors lever cette mesure. Il établit un rapport motivé et informe de sa décision le malade et le directeur de l'établissement. Ce dernier avertit les magistrats concernés. Aussi bien le malade que son représentant légal ou son avocat, ainsi que toutes les parties en cause, ont la faculté d'interjeter appel des jugements du juge de paix, endéans les 15 jours de la notification du jugement.

Selon l'article 23 de la loi du 26 juin 90, lorsque des mesures de protection s'avèrent nécessaires, mais que l'état d'un malade mental et les circonstances permettent néanmoins de le soigner dans une famille, tout intéressé peut présenter à cet effet, conformément à l'article 5, une requête au Juge de paix compétent (accompagné d'un rapport médical circonstancié). S'il fait droit à la demande (article 24), le Juge de paix donne mission à une personne déterminée de veiller sur le malade et à un médecin de le traiter. Cette mesure vaut pour une période de 40 jours au plus. Si l'état du malade justifie son maintien dans la famille à l'expiration du délai de 40 jours, le médecin adresse au Juge de paix, quinze jours au moins avant l'expiration de ce délai, un rapport médical circonstancié attestant la nécessité du maintien. Le Juge de paix fixe la durée du maintien qui ne peut dépasser 2 ans.

Recommandations

Un groupe de travail avec des représentants de la pratique clinique et des chercheurs dans ce domaine a formulé plusieurs recommandations modifiant la loi dans le but de l'adapter davantage aux théories actuelles en matière de soins de santé mentale (P. Degadt, 2015). Cet avis a été approfondi en détail et le CSS y souscrit totalement. Nous en résumons les principales recommandations :

- **Les soins doivent primer sur la contrainte.** La possibilité légale d'un « traitement à domicile » doit être appliquée davantage. Dans le cadre de la socialisation des soins de santé mentale, il faut parvenir à un contenu élargi de la mesure légale existante des soins en milieu familial. Plus concrètement, on plaide en faveur de l'élargissement de la situation du domicile du patient à la situation de substitution du domicile comme les maisons de soins psychiatriques, les centres de résidence et de soins et éventuellement les initiatives d'habitation protégée. Les centres de soins de santé mentale, les équipes de crise mobiles dans le cadre des projets de l'article 107 peuvent jouer un rôle en l'occurrence.
- Même dans des soins socialisés ou dans des soins à domicile, il faut continuer à craindre la contrainte implicite. Le facteur qui assure en l'occurrence une réduction des interventions sous contrainte est l'harmonisation des structures dans lesquelles l'utilisateur garde son autonomie dans un **modèle participatif**.
- Les lits de crise judiciaires et les lits FOR K doivent permettre des admissions forcées de mineurs. En d'autres termes, les admissions forcées d'adultes dans un service K/dans un lit K ne sont en principe pas possibles. L'autorité doit prévoir la capacité nécessaire d'admission pour les accueillir.
- Une approche spécifique s'impose pour les personnes qui se trouvent dans un état grave d'agitation, d'agression ou de danger. La collaboration entre la police, le parquet et les services médicaux doit être améliorée. Ces mesures précèdent une décision éventuelle d'admission forcée. Leur nécessité est déjà perçue sur le terrain depuis longtemps. La sécurité du patient et du personnel sont prépondérantes en l'occurrence. Si la police arrive sur les lieux la première, ces accords prévoient une première estimation de la situation par la police qui doit prendre les mesures nécessaires pour sécuriser la situation. En cas de signes de confusion, de psychose, d'influence de drogues, une aide médicale est demandée. La privation de liberté, si elle est nécessaire, peut être administrative ou judiciaire. Si la personne présente une problématique physique qui nécessite un examen médical prioritaire et doit le cas échéant être stabilisée, **l'évaluation somatique prévaut**. Une évaluation psychiatrique en vue d'une admission forcée suit dans les plus brefs délais. Si une admission forcée est nécessaire, la procédure d'admission forcée commence par l'établissement d'un rapport médical circonstancié. En cas de fait punissable, la police et le parquet sont contactés. Le personnel médical et soignant peut faire appel à la police locale en cas d'agression. **Autrement dit, le lien inaliénable entre l'hôpital psychiatrique et l'admission forcée doit être interprété plus largement afin que des soins (intensifs) somatiques puissent également être administrés sans problème et avec un dialogue permanent entre les instances médicales et juridiques.**
- La décision d'admission forcée commence par le rapport médical circonstancié. Nous recommandons de généraliser la procédure en vigueur dans la Région bruxelloise. D'une part, en région Bruxelloise, le Parquet, une fois interpellé en vue d'une mesure de protection, sollicite habituellement un deuxième avis psychiatrique dans un service d'urgence psychiatrique afin d'élargir au mieux l'abord de la situation et d'appliquer la loi de 90 en dernier recours.

- D'autre part, dans le cadre de la plate-forme de concertation en santé mentale en région de Bruxelles-Capitale, un travail intersectoriel à l'interface santé mentale-justice autour de l'application de la loi de 90 est mené depuis une vingtaine d'années et implique tant les intervenants du monde judiciaire que les intervenants de la santé mentale. Dans ce contexte, un dispatching entre les services d'urgence psychiatrique réalisant les expertises à la demande du Parquet (procédure urgente-article 9) s'est mis en place en 2003 et est à la disposition du Parquet⁴. Cette initiative permet une répartition équitable des expertises ainsi qu'un travail pluridisciplinaire soutenu et une recherche intensive d'alternatives aux soins contraints avant la rédaction du rapport médical circonstancié.
- **Le certificat médical circonstancié doit être détaillé et d'excellente qualité. Il doit être établi soit par un psychiatre, soit par un médecin accrédité à cet effet.**

2 Isolement

L'isolement signifie que le patient est retenu contre sa volonté dans sa propre chambre ou dans un local isolé fermé dans le but d'éviter que le patient n'ait de contact avec d'autres personnes. L'isolement est individuel et intervient sur prescription médicale. Comme indiqué précédemment, il ne peut en aucun cas s'agir d'une mesure de sanction mais il sert à garantir la sécurité du patient et/ou de son entourage et à limiter la liberté de mouvement du patient s'il ne respecte plus les limites normales de l'intimité, de l'espace personnel et de l'intégrité physique.

L'isolement est décidé dans des conditions optimales de sécurité pour le patient et l'équipe soignante. Il faut s'assurer que la chambre ne contient pas d'objets dangereux et que le patient n'en a pas en sa possession. Le patient reçoit toutes les informations requises à propos de la finalité, de la nature, de la durée des circonstances de l'isolement.

En Europe, on remarque de grandes différences dans le pourcentage de patients isolés et la durée de cet isolement entre les pays. Les chiffres les plus hauts se retrouvent en Hollande et les plus bas en Grande Bretagne (Stewart, 2009). Ces différences indiquent, qu'au-delà de la psychopathologie individuelle du patient, les habitudes de chaque service influencent l'usage de ces mesures. Il y a donc là un potentiel pour une amélioration de la qualité de l'utilisation des mesures coercitives⁵.

Il est nécessaire de rappeler que la mise en isolement peut avoir des conséquences physiques et psychologiques tant sur les patients que sur le staff. En particulier, l'exacerbation de réactions émotionnelles traumatiques comme la peur, l'anxiété et la colère. Il existe également un risque de cercle vicieux : les sentiments d'étrangeté, d'isolement et d'angoisse peuvent à leur tour générer de l'agressivité et de la violence. De plus, cela génère une image négative du processus de soins qui va rendre moins facile la recherche spontanée d'aide sur un mode volontaire. Il s'ensuit une perte de la coopération pour la poursuite de la prise en charge, une stigmatisation du patient qui est dorénavant perçu comme dangereux et enfin le patient aura tendance à s'exprimer moins ouvertement sur ses symptômes, ses pensées et ses émotions.

⁴ Procédure via la ligne téléphonique « Nixon ». Plus récemment, dans le cadre de la Réforme en santé mentale, une équipe mobile de crise avec avis psychiatrique peut intervenir à la demande du Parquet, dans certaines situations, en amont de la mise en œuvre de la ligne Nixon, ouvrant encore de façon plus large le champ des alternatives.

⁵ A titre informatif, et pour donner une idée de l'ordre de grandeur, nous pouvons relever les chiffres d'un hôpital psychiatrique région wallonne (art 13) : 9 % de tous les patients hospitalisés seront affectés par au moins une mesure de coercition. La durée moyenne d'une mesure d'isolement est de 11,9heures. Les mesures d'isolement sont principalement utilisées lors d'hospitalisations sous contrainte. Les raisons principales de mise en isolement sont la violence (43 %), le comportement désorganisé (31 %), le comportement à risque (13 %) et le comportement déconnectant du cadre de vie (12 %). Une revue de la littérature internationale montre que l'usage de l'isolement en service psychiatrique varie de 4 à 20 % des patients hospitalisés (art 6). La durée ainsi que les méthodes d'isolement varient également énormément : les épisodes d'isolement ou de contention physique durent de 10 minutes à plusieurs heures.

Les conséquences physiques ne sont pas non plus à négliger avec un risque accru d'escarres, d'incontinence, d'asphyxie, de trouble du rythme cardiaque et de thrombose veineuse profonde.

L'isolement peut parfois être volontaire, dans le cadre de mesures thérapeutiques discutées à l'avance (Soloff, 1981). Dans ces cas, l'isolement peut amener un sentiment de sécurité et d'apaisement. De plus, certains patients peuvent également ressentir les mesures d'isolement comme bénéfiques. Une étude réalisée aux Pays-Bas chez 210 patients ayant eu une expérience de soins contraints montre que pour la médication urgente contrainte, 84 % des patients y verront, à postériori, un bénéfice. Ce pourcentage tombe à 59 % pour l'isolement et à 18 % pour la contention physique. Néanmoins, les patients trouvent ces mécanismes de contrainte moins bénéfiques que ce que pense le staff soignant (qui, eux, voient la médication, l'isolement et la contention bénéfiques dans respectivement 99, 92 et 59 % des cas). Qui plus est, les patients qui ont été isolés préfèrent l'alternative d'une médication urgente contrainte à un isolement.

Recommandations

- L'isolement ne doit intervenir que dans des établissements appropriés et dans le respect du principe de restriction minimale
- Le recours à l'isolement ne doit intervenir que sous contrôle médical et doit être consigné par écrit. Le médecin voit le patient au commencement de la mise en isolement afin d'évaluer l'état clinique du patient. Il informe le patient de la décision de la procédure. Si l'isolement est décidé, en urgence, par l'équipe thérapeutique, le médecin doit en être informé au plus vite pour valider la décision et réévaluer la situation dès que possible.
- Il faut laisser la possibilité au patient de ne pas rester seul (accompagnement 1/1) s'il le désire et si c'est jugé approprié et possible.
- A la fin de la mise en isolement, un membre de l'équipe organise un débriefing avec le patient afin qu'il puisse parler de son vécu et de trouver les moyens de prévenir la répétition de l'événement.
- L'équipe doit également avoir accès à un débriefing de supervision et d'évaluation de l'incident.
- Un registre doit être tenu. A l'instar de ce qui se fait dans le cadre de mises en observation selon la loi de 1990, il y a lieu de remplir un registre reprenant l'identité du patient, la date de début et de fin de mesure, les motifs et la nature de l'isolement (avec ou sans contention).
- Les conditions d'isolement doivent remplir certains critères: les repères nécessaires minimum doivent être réglés et évalués (présence de lumière et/ou de musique, horloge avec heure et date correctes). La chambre d'isolement respecte les dispositions d'hygiène de base dans ses dimensions (min 9m²) et dans son matériel. La sécurité du patient, ainsi que de l'équipe, est la 1^{ère} priorité. Les meubles doivent garantir cette sécurité (lit, toilette, source d'eau).
- Par respect pour le confort du patient, il est nécessaire de régulièrement évaluer/demander les besoins de base (hygiène, hydratation, patient tabagique, adaptation du traitement psychotrope et somatique si nécessaire).
- La surveillance doit se faire de façon intensive et rapprochée.
- On entre dans la chambre d'isolement à 2 minimum.
- Surveillance visuelle par l'infirmier 1X/H. Un contact personnel est pris avec le patient dès qu'il est réveillé.
- Examen par le médecin 1X/jour minimum.
- Surveillance continue tant dans les aspects physiques que psychiques, éventuellement à l'aide d'une surveillance par caméra.

- L'usage d'une caméra de surveillance n'est pas contraire à loi relative à la protection de la vie privée du 8 décembre 1992si:
 - Elle constitue un moyen d'augmenter la sécurité du patient ;
 - Le patient est informé de son existence ;
 - L'intimité du patient est préservée au maximum ;
 - Le poste de surveillance est strictement installé dans le local infirmier ;
 - Si aucun enregistrement n'est fait des images filmées ;
 - Sur indication strictement médicale
- Chaque contact avec le patient doit être documenté au dossier.
- Si l'état du patient le permet, le séjour en chambre d'isolement peut être interrompu par des sorties de courte durée, par exemple dans un sas qui permette ces sorties progressives.
- Toutes les dispositions relatives à l'isolement (avec ou sans contention) doivent faire l'objet d'une politique générale de l'établissement concerné. Ces dispositions doivent être reprises dans un protocole mis à la disposition de tous les soignants du lieu concerné. Sa révision doit être programmée de façon régulière.

3 Immobilisation ou contention manuelle et mécanique (sangles aux poignets, ceinture suédoise, tablette)

Il est évident que tout ce qui vient d'être dit dans le cas d'une mise en isolement reste d'application. Est évoqué ici le cas particulier d'une contention absolument nécessaire quand le patient est en isolement et que ce dernier ne suffit pas. Ce terme de contention est compris comme l'ensemble des mesures relatives à l'utilisation et l'application de moyens de contention et de protection par lesquels tout ou une partie du corps est immobilisée dans le but de mettre en sécurité un patient qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté à la situation.

Il faut décider d'une contention physique quand il y a un trouble dangereux imminent pour le patient et les autres et quand toutes les alternatives à la contention ont été tentées et ont échoué (art 13). Notons par exemple comme raisons : le risque de chute (intoxication éthylique, effets secondaires du traitement), le risque imminent de passage à l'acte suicidaire, l'agitation psycho-motrice massive, la déambulation excessive, la méconnaissance des dangers.

Recommandations

- La contention doit être évitée au maximum et si elle est inévitable, sa durée doit être la plus brève possible.
- Une combinaison de fixation et d'isolement n'est pas autorisée. On choisit l'un ou l'autre en concertation avec le patient.
- Il est nécessaire d'utiliser un matériel adapté à la situation. C'est-à-dire un matériel sécurisé et non blessant.
- Le système de contention doit être adapté en fonction des situations cliniques (par exemple, détacher une main pour fumer ou pour lire).

4 Traitement sous contrainte

« Aucun traitement ne devra être pratiqué contre la volonté du patient, à moins que le refus de traitement ne mette en danger sa vie et /ou celle de son entourage. Les traitements doivent toujours être utilisés dans le seul intérêt du patient. » (Association mondiale de Psychiatrie - Déclaration de Madrid, 1997). Le but d'un traitement sous contrainte dans un contexte psychiatrique est donc de calmer le patient dans une situation d'urgence, voire de l'anesthésier, de réduire le risque pour lui-même ou pour autrui et de calmer autant que possible son agitation et son agressivité.

Recommandations

Le traitement sous contrainte doit satisfaire à plusieurs principes de précaution :

Dans une perspective juridique, selon l'avis du Conseil de l'Europe (voir notamment la recommandation rec(2004)10) et selon la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient (BS 26.09.2002) :

- Le patient doit souffrir d'une affection psychiatrique.
- La situation du patient implique un risque réel pour sa propre santé et pour celle d'autrui.
- Il n'existe aucun moyen d'intervention moins radical pour administrer les soins adéquats.
- Il est tenu compte de l'avis de l'intéressé.
- Le traitement sous contrainte doit être arrêté par écrit et doit également être réévalué à intervalles réguliers.

Dans une perspective déontologique :

- Un traitement sous contrainte n'est acceptable que dans un cadre médical et infirmier qui garantit un contrôle professionnel suffisant de tels patients.
- Les soins proposés doivent être administrés avec soin et conscience et doivent concorder avec les connaissances scientifiques.
- Le patient ou son représentant doivent avoir été informés du traitement sous contrainte prévu ou dispensé.
- Le patient a la possibilité de consulter un soignant de son choix pour une deuxième opinion.

Dans une perspective éthique :

- Le traitement doit traiter le trouble mental qui est à la base de la mesure et impliquer un avantage thérapeutique direct pour le patient.
- Le psychiatre administrera sous contrainte uniquement et avec précaution les soins qui correspondent aux connaissances scientifiques généralement admises à ce moment par ses pairs.
- Même si le patient est admis de force, le médecin doit vérifier la capacité de décision du patient et demander son consentement éclairé pour le traitement prévu. C'est seulement s'il apparaît évident que le patient est incapable de décider que le médecin imposera le traitement.
- Le traitement doit faire partie d'un plan de traitement qui a été élaboré et adapté par le psychiatre traitant et mis à jour dans le dossier médical individuel du patient.
- Le patient peut demander un deuxième avis à un autre médecin.

VI Recommandations pour les autorités

Les principes et mesures énumérés ont pour but d'éviter autant que possible les interventions sous contrainte et, si elles s'avèrent quand même inévitables, de les sécuriser et d'améliorer leur efficacité au moyen d'un contrôle de qualité rigoureux à chaque phase des indications et de l'évaluation d'un traitement dans un établissement de soins de santé mentale.

Ce n'est possible que si les mesures énumérées peuvent également être imposées. Nous plaidons donc pour que l'autorité prenne différentes mesures à cet égard :

- Revoir les normes de personnel dans les services susceptibles d'accueillir des hospitalisations sous contraintes. Les normes actuelles sont insuffisantes pour prévenir les mesures d'isolement et de contraintes et, lorsque celles-ci sont appliquées, le manque de personnel ne permet pas d'éviter que plusieurs interventions sous contrainte soient encore pratiquées en même temps. Des normes spécifiques pour ce type de service sont nécessaires.
- Développer et mettre en place un excellent système d'enregistrement qui fait partie des visites (annuelles) de régulation et d'inspection.
- Développer des indicateurs de qualité au niveau des résultats, du processus et de la structure concernant les recommandations énumérées précédemment. Les résultats de ces indicateurs de qualité doivent être publiés chaque année et pouvoir être constatés pour chaque intéressé.
- Charger des associations scientifiques d'élaborer des programmes spécifiques de formation relatifs aux indications, à l'efficacité et la sécurité. Ceux-ci doivent être mis en œuvre dans les formations existantes et aussi être disponibles comme formation continue pour le personnel dans les soins de santé mentale.
- Cette formation doit déboucher sur une accréditation spécifique.

VII REFERENCES

Allen D, Kaye N, Horwood S, Gray D, Mines S. The impact of a whole-organisation approach to positive behavioural support on the use of physical interventions International Journal of Positive Behavioural Support 2012;2(1):26-30

Ashcraft L, Bloss M, Anthony WA. Best practices: The development and implementation of 'no force first' as a best practice. Psychiatr Serv 2012;63(5):415-7.

BIHR - British Institute of Human Rights. (2013). The Difference it Makes: Putting Human Rights at the Heart of Health and Social Care; 2013. Internet: www.bihhr.org.uk.

Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. J Psychiatr Ment Health Nurs 2014;21(6):499-508.

[Bowers L](#), [Alexander J](#), [Bilgin H](#), [Botha M](#), [Dack C](#), [James K](#), [Jarrett M](#), [Jeffery D](#), [Nijman H](#), [Owiti JA](#), [Papadopoulos C](#), [Ross J](#), [Wright S](#), [Stewart D](#). Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. [J Psychiatr Ment Health Nurs](#). 2014 May;21(4):354-64.

Bruffaerts R, Bonnewyn A, Van Oyen H, Demarest H, Demyttenaere S. Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders. Tijdschrift voor Geneeskunde 2004;60(2):75-85.

Carr EG, Horner RH, Turnball AP, McLaughlin DM, McAtee ML, Smith CE et al. Positive behaviour support for people with developmental disabilities: A research synthesis. American Association of Mental Retardation: Washington, DC; 1999.

Council of Europe. Recommendation Rec(2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder.

Degadt P., Decoster C. Advies inzake opmerkingen op de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke. Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, permanente werkgroep Psychiatrie. NRZV/D/PSY/449-1. 2015

DH - Department of Health. Positive and proactive Care: reducing the need for restrictive interventions, United Kingdom; 2014.

DH - Department of Health. Skills for Health and Skills for Care. A Positive and Proactive Workforce. A guide to workforce development for commissioners and employers seeking to minimise the use of restrictive practices in social care and health; 2014. Internet: <http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Skills/Restrictive-practices/A-positive-and-proactive-workforce-WEB.pdf>

DH - Department of Health. Mental Health Act Code of Practice.

DH - Department of Health. Positive and Proactive: guidance on support and care of children and young people (in preparation).

HM Government: The Mental Health Crisis Care Concordat: improving outcomes for people experiencing mental health crisis. Internet: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/281242/36353_Mental_Health_Crisis_accessible.pdf

Huckshorn KA. Reducing the use of seclusion and restraint@ A national initiative for culture change and transformation Lincoln, Nebraska: Roman Hruska Law Centre; 2004.

Koninkrijk Belgium. Fod Economie, K.M.O., Middenstand en Energie. Rapport Mentale Gezondheid van 2003. Internet: <http://statbel.fgov.be>

Maquire T, Young R, Martin T. Seclusion reduction in a forensic mental health setting. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2012 Mar;19(2):97-106

McGill P. Challenging behaviour, challenging environments and challenging needs. Clinical Psychology Forum 1993;56:14-8.

MHC – Mental Health Commission. Seclusion and Physical Restraint Reduction: Dublin; 2012.

Mind. Mental Health Crisis Care: physical restraint in crisis. London; 2012.
Molodynski A, Turnpenny L, Rugkasa J, Burns T, Moussaoui D. Coercion and compulsion in mental healthcare-an international perspective. Asian J Psychiatr 2014;8:2-6.

NHS – National Health Service. NHS Protect: Meeting needs and educing distress: guidance on the prevention and management of clinically related challenging behaviour in NHS settings; 2013.
Internet:http://www.nhsbsa.nhs.uk/Documents/SecurityManagement/Meeting_needs_and_reducing_distress.pdf

NHS - National Health Service. LGA – Local Government Association. A Core Principles Commissioning Tool. Internet: <http://www.local.gov.uk/documents/10180/12137/L14-105+Ensuring+quality+services/085fff56-ef5c-4883-b1a1-d6810caa925f>

NICE – National Institute for Health and Care Excellence. Nice Guidelines 10. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings ; 2015.

Priebe S, Katsakou C, Yeeles K, Amos T, Morriss R, Wang D, et al. Predictors of clinical and social outcomes following involuntary hospital admission: a prospective observational study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2011;261(5):377-86.

Royaume de Belgique. SPF Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie. Rapport Santé Mentale de 2003. Internet: <http://statbel.fgov.be>

Schoevaerts Katrien, BRUFFAERTS RONNY, Gedwongen opname in Vlaanderen.2015. academia Press. ISBN 9789038223674

SHRC - Scottish Human Rights Commission. Human Rights in a Health Care Setting: Making it Work - An Evaluation of a human rights-based approach at The State Hospital. Glasgow; 2009.

Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin HM, Altenor A, Altenor RJ, et al. Pennsylvania State Hospital system's seclusion and restraint reduction program. Psychiatr Serv 2005;56(9):1115-22.

[Stewart D](#), [Bowers L](#), [Warburton F](#). Constant special observation and self-harm on acute psychiatric wards: a longitudinal analysis. Gen Hosp Psychiatry. 2009 31(6):523-30.

Soloff PH, Turner SM. [Patterns of seclusion. A prospective study](#). J Nerv Ment Dis. 1981, 169(1):37-44.

VIII COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

La composition du Bureau et du Collège ainsi que la liste des experts nommés par arrêté royal se trouvent sur le site Internet du CSS (page : [composition et fonctionnement](#)).

Tous les experts ont participé **à titre personnel** au groupe de travail. Leurs déclarations générales d'intérêts ainsi que celles des membres du Bureau et du Collège sont consultables sur le site Internet du CSS (page : [conflits d'intérêts](#)).

Les experts suivants ont participé à l'élaboration et à l'approbation de l'avis. Le groupe de travail a été présidé par **Chris BERVOETS** et le secrétariat scientifique a été assuré par Sylvie GERARD.

BERVOETS Chris	Psychiatrie	UPC KULeuven- VVP
DE FRUYT Jürgen	Psychiatrie	AZ SINT JAN BRUGGE-VVP
DELOYER Jocelyn	Psychologie	Centre Psychiatrique Saint Martin (Dave)
DEPUYDT Caroline	Psychiatrie	Clinique Fond'Roy
FEYS Jean-Louis	Psychiatrie	Centre Psychiatrique Saint Bernard (Manage)
MATTHYS Frieda	Psychiatrie	VUB-VVP
MORRENS Manuel	Psychiatrie	UAntwerpen
PEUSKENS Hendrik	Psychiatrie	UPC KULEUVEN-PZ
PIETERS Guido	Psychiatrie	TIENEN - VVP
STEEGEN Geertje	Psychiatrie	UPC KULeuven
STILLEMANS Edith	Psychiatrie	CHU Brugmann
VANDEBERGHE Joris	Psychiatrie	CHP Jean Titeca
VERBEEREN Isabelle	Substituut Procureur des Konings	UPC KULeuven Parket van de procureur des Konings Halle - Vilvoorde

Les experts suivants ont été entendus mais n'ont pas participé à l'approbation de l'avis.

BOWERS Len	Psychiatric nursing	The Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience; London
ERAUW Pierre	Avocat Général émérite	Cour d'Appel de Bruxelles

Les associations suivantes ont été entendues :

BIERME Christine	Service Public de Wallonie
DELBASCOURT Julie	Psytoyen
GORDON_BERESFORD Cantal	Similes Bruxelles
HAMAEL Roger	Fédération Belge des Psychologues
LARDENNOIS Miguel	SPF Santé Publique
LEMAITRE Stéphanie	Similes Wallonie
MATTHYS Paul	Conseil fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière
MINOTTE Pascal	CRéSAM
NOUWYNCK Lucien	Collège des procureurs généraux
PAUWELYN Ludewei	Zorgnet Vlaanderen
TAMBUYZER Else	Vlaams Patientenplatform
VAN DE PUT Johan	Ups & Downs
VAN SPEYBROECK Jan	VVGG
VANEERDEWEGH Kris	Conseil fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière
VANNESTE Patrick	SPF Santé Publique

La traduction a été réalisée en externe.

IX ANNEXES

Partenaires invités

Les stakeholders suivants ont été invités :

Cabinet de la Ministre M. De Block
Cabinet du Ministre D. Gosuin
Cabinet du Ministre J. Vandeurzen
Cabinet du Ministre M. Prévot
Collège des Procureurs-Général
CréSaM
Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière
Fédération Belge des Psychologues
Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale
Ligue des Usagers des Services de Santé
Psytoyen
Service public de Wallonie (DGO Pouvoirs locaux, Action sociale et Santé)
Similes Vlaanderen
Similes Brussel
Similes Wallonie
SPF Santé Publique- Direction Générale des soins de santé
Uilenspiegel
Ups & Downs
Vlaams Patiëntenplatform
Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid
Zorgnet Vlaanderen

Au sujet du Conseil Supérieur de la Santé (CSS)

Le Conseil Supérieur de la Santé est un service fédéral relevant du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Il a été fondé en 1849 et rend des avis scientifiques relatifs à la santé publique aux ministres de la santé publique et de l'environnement, à leurs administrations et à quelques agences. Ces avis sont émis sur demande ou d'initiative. Le CSS ne prend pas de décisions en matière de politique à mener, il ne les exécute pas mais il tente d'indiquer aux décideurs politiques la voie à suivre en matière de santé publique sur base des connaissances scientifiques les plus récentes.

Outre son secrétariat interne composé d'environ 25 collaborateurs, le Conseil fait appel à un large réseau de plus de 500 experts (professeurs d'université, collaborateurs d'institutions scientifiques), parmi lesquels 200 sont nommés à titre d'expert du Conseil. Les experts se réunissent au sein de groupes de travail pluridisciplinaires afin d'élaborer les avis.

En tant qu'organe officiel, le Conseil Supérieur de la Santé estime fondamental de garantir la neutralité et l'impartialité des avis scientifiques qu'il délivre. A cette fin, il s'est doté d'une structure, de règles et de procédures permettant de répondre efficacement à ces besoins et ce, à chaque étape du cheminement des avis. Les étapes clé dans cette matière sont l'analyse préalable de la demande, la désignation des experts au sein des groupes de travail, l'application d'un système de gestion des conflits d'intérêts potentiels (reposant sur des déclarations d'intérêt, un examen des conflits possibles, et un comité référent) et la validation finale des avis par le Collège (ultime organe décisionnel). Cet ensemble cohérent doit permettre la délivrance d'avis basés sur l'expertise scientifique la plus pointue disponible et ce, dans la plus grande impartialité possible.

Les avis des groupes de travail sont présentés au Collège. Après validation, ils sont transmis au requérant et au ministre de la santé publique et sont rendus publics sur le site internet (www.css-hgr.be), sauf en ce qui concerne les avis confidentiels. Un certain nombre d'entre eux sont en outre communiqués à la presse et aux groupes cibles parmi les professionnels du secteur des soins de santé.

Le CSS est également un partenaire actif dans le cadre de la construction du réseau EuSANH (*European Science Advisory Network for Health*), dont le but est d'élaborer des avis au niveau européen.

Si vous souhaitez rester informé des activités et publications du CSS, vous pouvez envoyer un mail à l'adresse suivante : info.hgr-css@health.belgium.be .

www.css-hgr.be



Cette publication ne peut être vendue.



service public fédéral
SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT