

Comité de révision des mesures de contrainte

Rapport d'activité 2012 – 2015

Table des matières

Introduction

1. Rappel de la mission du Comité

- 1.1 Mission du Comité
- 1.2 Périmètre de l'action du Comité

2. Evaluation des mesures de contrainte pendant la période de 2012 à 2015

- 2.1 Groupe Evaluation : approche générale
- 2.2 Quelques chiffres sur les évaluations entre 2012-2015
- 2.3 Evolution positive des mesures : Facteurs ayant favorisés la levée des mesures de contrainte dans les établissements
- 2.4 Quelques situations particulières traitées

3. Thèmes traités

- 3.1 Mode de travail du Comité
- 3.2 Périmètre de l'action du Comité
- 3.3 Fermeture de lieux de vie
- 3.4 Rôle de la SPDM
- 3.5 DCPHM adultes et psychiatres mandatés par les ESE
- 3.6 Transition du secteur mineur au secteur adulte
- 3.7 Plaintes et rôle Comité
- 3.8 Directives DSAS révisées
- 3.9 Personnes en situations de handicap en milieu psychiatrique

4. Témoignages de la part d'établissements socio-éducatifs

5. Recommandations

6. Conclusions

- Annexes :**
- I Profil des personnes ayant ou ayant eu des mesures de contrainte entre 2012 et 2015
 - II Membres du Comité
 - III Extrait de la LAIH
 - IV Extrait du Code civil suisse
 - V FAQ

LAIH	Loi cantonale sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées
ESE	établissements socio-éducatifs
SPAS	Service de prévoyance et d'aide sociales
APHAGI	Section aide aux personnes handicapées et gestion des établissements, SPAS
CIVESS	Coordination interservices de visites en établissements sanitaires et sociaux
DCPHM	Dispositif de collaboration psychiatrie-handicap mental, Département de psychiatrie, CHUV, faisant partie de la Section de psychiatrie du développement mental (SPDM) ; le rapport utilise le terme DCPHM adultes pour l'action de la SPDM concernée en l'occurrence

INTRODUCTION

Le présent rapport résume l'activité du Comité de révision sur les quatre dernières années. Des rapports d'activité existent pour les années précédentes, un premier pour les années 2007 et 2008, un deuxième pour les années 2009 à 2011.

Ce rapport est établi en sus des obligations du Comité de rapporter au Chef du Département de la santé et de l'action sociale, tel que la LAIH le demande. En effet, la LAIH demande un compte rendu annuel qui est en fait semestriel et se fait dans le cadre des évaluations des mesures de contrainte que le Chef DSAS valide. De plus, un échange direct entre Comité de révision et Chef DSAS se fait une fois par année.

Le présent rapport a été transmis pour information au Chef DSAS qui l'a validé.

Le rapport est destiné en premier lieu aux divers acteurs engagés dans la problématique des mesures de contrainte, à savoir le Chef DSAS, le SPAS, le Médecin cantonal, les membres du Comité de révision, le DCPHM adultes et les établissements socio-éducatifs pour adultes (ESE). Il peut également être mis à disposition d'autres instances intéressées (organismes, autres cantons etc.).

1. RAPPEL DE LA MISSION DU COMITE

1.1 Mission du Comité

Le mandat du Comité qui opère depuis 2006, est défini dans la loi cantonale sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (LAIH, art. 6i). Sa mission centrale est d'évaluer périodiquement les mesures de contrainte existantes dans les établissements socio-éducatifs pour personnes handicapées adultes. Il doit également rapporter au département et faire des propositions pour une prise en charge et une protection optimales des résidents.

1.2 Périmètre de l'action du Comité

La LAIH consacre le principe de l'interdiction de mesures de contrainte et admet exceptionnellement des mesures de contrainte si le comportement de la personne présente un danger grave pour sa sécurité ou sa santé ou pour celle d'autrui ou si des mesures moins restrictives ont échouées ou n'existent pas (art. 6g). Ces principes ont été confirmés par la révision du Code civil qui a ajouté en tant que raison exceptionnelle pour une mesure de contrainte la nécessité de faire cesser une grave perturbation de la vie communautaire.

Le Comité ne traite pas de toute contrainte dans le cadre de la prise en charge des résidents en situation de handicap. Il se concentre sur les mesures les plus intrusives, à savoir l'enfermement, les barrières de lit et l'attachement, conformément aux Directives DSAS sur les mesures de contrainte (voir aussi à ce sujet ch. 3.2 ci-dessous).

2. EVALUATION DES MESURES DE CONTRAINTE PENDANT LA PÉRIODE DE 2012 à 2015

2.1 Groupe Evaluation : approche générale

Conformément à son principal mandat, le Comité évalue depuis 2008 toutes les mesures de contrainte dont il est compétent. Les ESE ont l'obligation d'annoncer toute mesure de contrainte par formulaire. Un Groupe d'évaluation examine au préalable chaque dossier à un rythme semestriel, un travail qui l'occupe actuellement une journée entière en moyenne par semestre (avant le temps consacré était de deux journées). Les déterminations formulées par ce Groupe sont présentées au plénum du Comité qui les discute et adopte. Puis, un courrier du Chef DSAS informe les ESE de ces déterminations.

Le Groupe évaluation a développé des outils d'évaluation. Afin de se déterminer de manière systématique et avec cohérence, le Groupe suit les principes suivants, en vertu de la loi :

Subsidiarité : La mesure de contrainte n'est admissible qu'exceptionnellement et uniquement si toute autre mesure moins restrictive a échoué ou n'existe pas.

Proportionnalité : Une mesure doit être strictement nécessaire et proportionnelle au danger pour la sécurité, la santé ou la vie du résident ou d'autrui ou pour faire cesser une grave perturbation de la vie communautaire ; ces dangers doivent être « graves » pour justifier le cas échéant une mesure¹.

L'évaluation se base sur les formulaires envoyés par les établissements au SPAS, qui permettent de standardiser les informations, sur des visites faites par des délégations du Comité, sur les informations que le SPAS, le DCPHM adultes et les autres membres du Groupe évaluation détiennent sur les situations et résidents en question et sur les rapports d'inspection des inspectrices et inspecteurs de la CIVESS² (anciennement de l'OCESSE) qui contrôlent si la mesure appliquée correspond aux informations transmises par l'ESE et si les conditions dans lesquelles la mesure est appliquée, sont admissibles.

Les angles principaux sous lesquels le Comité examine les mesures annoncées sont :

- L'importance de la mesure (type, fréquence) ; pour les mesures non régulières, un tableau synoptique témoigne de la fréquence et la durée des mesures de contrainte;
- Les recherches et les démarches entreprises concrètement pour trouver des alternatives à la contrainte ou des mesures plus légères;
- Les motifs invoqués ; certains motifs sont exclus, notamment des motifs à caractère punitif ou organisationnels;
- La qualité et la fréquence des réévaluations internes par les équipes socio-éducatives, les équipes soignantes et le médecin (en associant le cas échéant les représentants légaux) ;
- Les indications médicales à la mise en place de la mesure de contrainte.

Le Comité se détermine de manière nuancée : il est soit d'accord avec les démarches en cours, soit suspend sa détermination (si par exemple un processus important est en cours ou faute d'informations assez précises ; suspension en principe une seule fois), soit il refuse la mesure, soit il valide la mesure (ce qui est exceptionnel).

Depuis fin 2014, le Groupe évaluation a en plus catégorisé les besoins potentiels auxquels un ESE devrait répondre pour favoriser la levée d'une mesure de contrainte. Les besoins identifiés varient de mesure en mesure (parfois, on ne peut pas en identifier) et font partie de la détermination du Comité à l'attention des ESE. Il s'agit des besoins suivants :

Tableau numéro 1 : Besoins favorisant la levée de la mesure

1	Besoins techniques – aménagements architecturaux (alarmes, moyens d'appel, tapis, fermeture groupe de vie)
2	Besoins environnementaux (structure groupe de vie, organisation, transfert groupe/ESE)
3	Besoins éducatifs (formation, programme d'accompagnement, renfort encadrement)
4	Besoins sanitaires (soins, examens, médication adaptée, hospitalisation, diagnostic)
5	Besoins de ressources extérieures (DCPHM adultes, intervenants TSA)

¹ La révision du Code civil, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2013, a introduit une nouvelle exception à l'interdiction des mesures de contrainte, soit la prévention des perturbations graves de la vie en communauté (art. 383 CC).

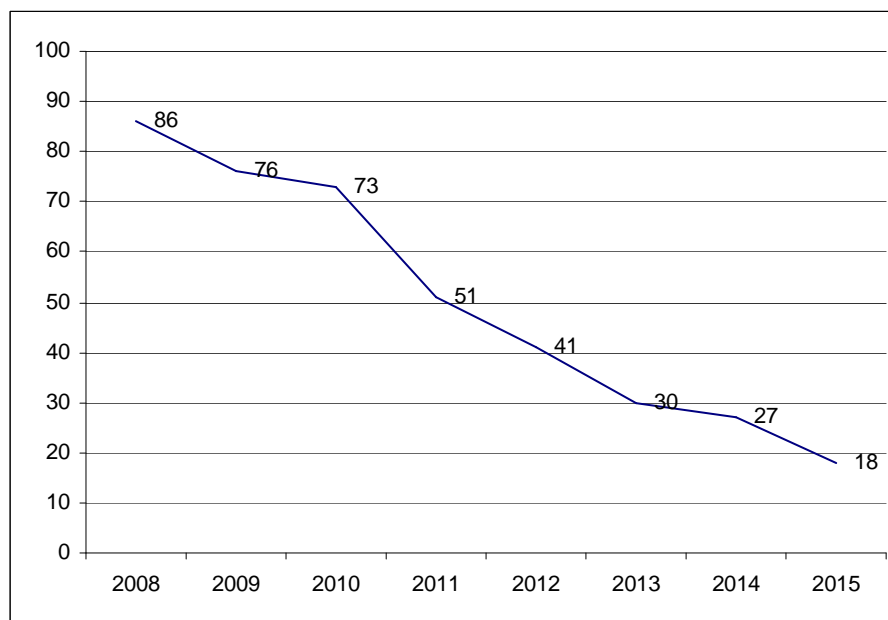
² Sur la CIVESS voir :

<http://www.vd.ch/autorites/departements/dsas/civess/>

2.2 Quelques chiffres sur les évaluations entre 2012-2015³

Parmi les 14 établissements socio-éducatifs pour personnes adultes handicapées⁴, il y a eu diminution de **41 mesures de contrainte en 2012 à 18 en 2015**. Le nombre global de résidents dans les ESE correspond à 1479 places⁵. Ce qui met en évidence que les résidents subissant une mesure de contrainte représentent désormais une minorité marginale de l'ensemble des personnes accueillies, soit 1% en 2015 (1.21%).

Graphique numéro 2: Mesures de contrainte 2008 – 2015



La synthèse des mesures de contrainte examinées par le Groupe d'évaluation montre une diminution par deux (41 à 18, soit 56.09%) des mesures en vigueur entre 2012 et 2015 et une diminution globale depuis les évaluations en 2008 de presque 80% (79.07%).

Le tableau suivant permet de préciser dans le temps les différentes mesures de contrainte actives.

Tableau numéro 3: Type de mesures de contrainte 2008 – 2015

Année:	Nocturne uniquement	Diurne uniquement	Nocturne et diurne (mixte)	Attachement	Barrières de lit ⁶	Totaux
2008	44	8	26	8		86
2009	42	3	22	9		76
2010	39	3	22	9		73
2011	15	6	20	10		51
2012	13	6	15	7		41
2013	11	5	9	5		30
2014	8	6	8	5		27
2015	4	4	4	4	2	18

Nous pouvons ainsi remarquer que si en 2015, il y a une répartition équivalente entre les types de mesures principales (nocturnes, diurnes, mixtes et attachements), en 2012, le 2/3 concernent

³ Le groupe d'évaluation du Comité se réunit deux fois l'an (printemps et automne). Pour une meilleure lisibilité des données, nous avons opté pour le nombre le plus important dans l'année.

⁴ En 2015, il y a 11 ESE qui accueillent des personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) et 3 ESE un handicap physique et/ou polyhandicap. Entre 2012 et 2014, il y avait 13 puis 12 ESE pour la DI.

⁵ En 2015, il y a 1322 places dans les ESE de la DI et 157 pour le handicap physique et/ou polyhandicap.

⁶ La prise en considération des barrières de lit a débuté à l'automne 2014.

des mesures nocturnes (seule ou mixte). Nous verrons quels sont les facteurs ayant favorisé cela dans le chapitre 2.3.

Le tableau suivant permet de préciser dans le temps les différentes déterminations du Comité :

Tableau numéro 4: Déterminations du Comité de révision 2012-2015

	2012	2013	2014	2015
Accord avec la mesure	0	0	0	0
Accord avec les démarches	26	15	12	10
Suspension	6	11	8	4
Refus	5	1	5	2
Autres ⁷	4	3	2	2
Totaux	41	30	27	18

Nous pouvons ainsi remarquer que sur la période considérée, le Comité n'a jamais donné son accord avec une mesure. Le tableau suivant permet de préciser la répartition en % :

Tableau numéro 5: Déterminations en % du Comité de révision 2012-2015

	2012	2013	2014	2015
Accord avec la mesure	0	0	0	0
Accord avec les démarches	63	50	44	56
Suspension	15	37	30	22
Refus	12	3	19	11
Autres	10	10	7	11
Totaux en %	100	100	100	100

Ce tableau ne permet pas d'identifier une tendance en terme de déterminations (moins d'accord, plus de refus). Nous pouvons par contre remarquer que les types de déterminations varient dans le temps et émettre l'hypothèse qu'elles sont alors principalement influencées par l'évolution des situations pour les plus anciennes et dépendantes des nouvelles situations.

L'Annexe I complète ces données en posant un regard sur le profil des résidents qui ont eu une mesure de contrainte, selon leur sexe, le degré de déficience intellectuelle, les types de problématiques et les problématiques cumulatives.

2.3 Evolution positive des mesures : Facteurs ayant favorisé la levée des mesures de contrainte dans les établissements

Les chiffres évoqués sous 2.2 démontrent une évolution positive continue par rapport au nombre de mesures. En effet, depuis les débuts de l'évaluation systématique de toutes les mesures en juin 2008, le nombre de mesures a diminué de 80% et il y a en 2015 18 situations de mesures de contrainte actives. Sur ces 18 situations, 5 sont nouvelles. Considérant qu'il y a actuellement 13 mesures de contraintes qui pour certaines datent depuis de nombreuses années, nous souhaitons dans cette partie identifier ce qui a permis de lever les mesures dans le temps et peut-être mettre en évidence ce qui empêche la levée pour certaines des situations restantes.

Qualifier pour quelles raisons une mesure de contrainte est levée et un exercice périlleux. En effet, en complément de la réception de l'information d'une levée de mesure par le biais du formulaire ad hoc, nous n'avons d'une part jamais demandé à un ESE de préciser les raisons et d'autres part nous n'avons pas formalisé une terminologie permettant d'identifier les facteurs de manière exhaustive. Ainsi, le lien entre les causes d'une mise en place d'une mesure et les

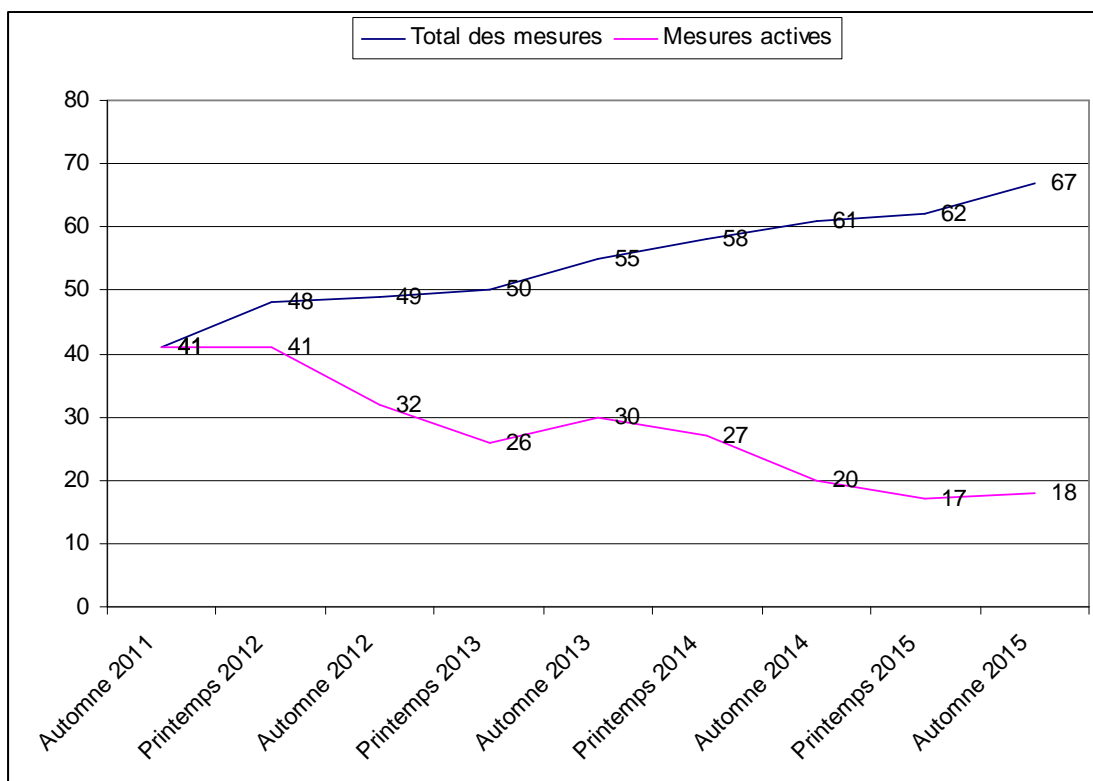
⁷ La détermination « autre » comprend des demandes de prolongations des délais pour l'envoi des formulaires et les régimes d'exceptions temporaires accordés par le SPAS pour des raisons architecturales.

démarches entreprises pour la lever n'est pas toujours précisé (hypothèses ou facteurs déclenchants) et la personne peut avoir eu plusieurs mesures conjointes (nocturne et diurne) dans le temps, et ce sans pouvoir identifier à posteriori quel(s) facteur(s) a agit sur quelle(s) mesure(s).

Notons que le Groupe d'évaluation du Comité a également listé 5 domaines qu'il estime comme facilitant une levée des mesures (voir le tableau no 1 en p. 4). Nous allons, rétrospectivement et sur la base des formulaires reçus entre 2012 et 2015 annonçant un arrêt de la mesure, qualifier les différents éléments, puis tenter une synthèse⁸.

Toutefois avant de présenter et interpréter ces résultats, nous avons besoin de préciser un aspect au préalable. Nous avons montré l'importante diminution du nombre de mesures actives. Mais ces chiffres ne mettent pas en évidence le nombre de mesures totales. En effet, à chaque évaluation nous constatons d'une part la fin d'un certain nombre de mesures, mais aussi des nouvelles. Ces nouvelles mesures comprennent par exemple une péjoration de l'état de santé psychique, les conséquences d'une opération ou encore la transition de mineurs dans le secteur adulte. Le graphique suivant permet de visualiser l'écart qui se creuse entre la diminution des mesures actives et l'augmentation du nombre de mesures de contrainte entre 2012 et 2015. Ces mesures concernent un total de 63 personnes, pour lesquelles il y a eu 67 mesures de contrainte durant la période qui nous concerne. En effet, une seule et même personne peut avoir eu plusieurs mesures de contrainte dans le temps.

Graphique numéro 6: Ecart entre les mesures actives et le nombre total 2012-2015

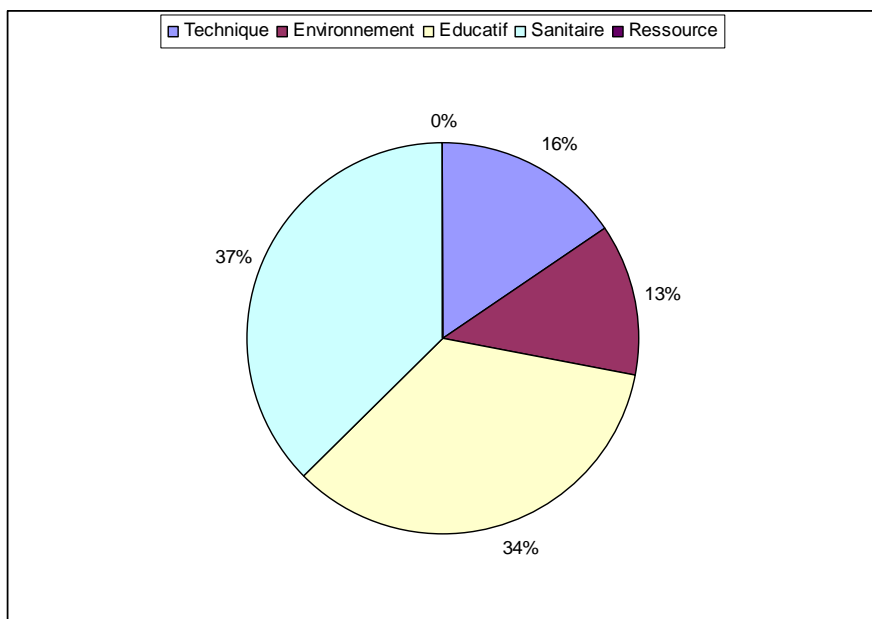


Lecture : l'augmentation d'une mesure active entre l'évaluation de printemps et d'automne 2015 (17 à 18) est expliquée par l'augmentation de 5 nouvelles mesures (62 à 67) et la levée de 4 mesures. Ainsi, durant la période considérée, il y a eu 26 nouvelles mesures de contraintes et la levée de 49 mesures.

Sur les 49 mesures, nous avons réussi à retracer 26 mesures dont les raisons de la levée sont mentionnées. Le tableau suivant montre la répartition en % des éléments ayant permis de lever la mesure :

⁸ La prise en considération des barrières de lit ayant débuté à l'automne 2014, nous n'en tiendrons pas compte.

Graphique numéro 7: Répartition en % des domaines ayant permis la levée de la mesure



Nous pouvons remarquer que pour plus de deux-tiers, les interventions favorisant une levée de la mesure sont sanitaires (37%) et éducatives (34%). Puis respectivement à 16% et 13% pour l'approche technique et environnementale. Les ressources extérieures ne sont jamais mentionnées.

Le tableau suivant montre en détail les éléments mentionnés par l'ESE et ayant permis la levée de la contention :

Tableau/ numéro 8: Liste des domaines favorisant la levée de la mesure

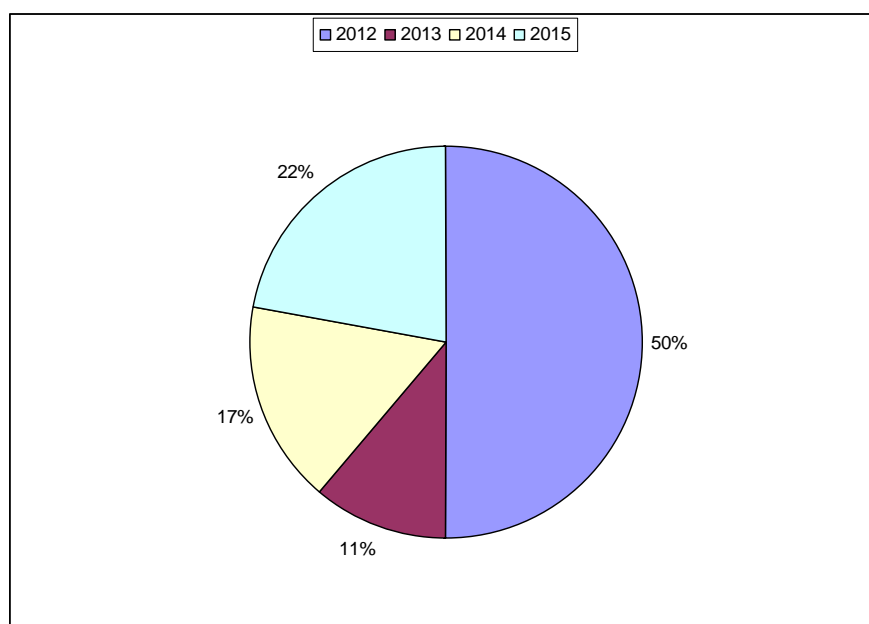
Technique	Environnement	Educatif	Sanitaire	Ressource	Commentaires
		x			renfort encadrement
		x			
		x			renfort encadrement
		x			renfort encadrement
x					système d'alarme
x		x	x		système d'alarme hospitalisation renfort encadrement
			x		médicament
					décès
			x		amélioration santé
			x		risque malaise
x			x		amélioration santé système d'alarme
x			x		amélioration santé moyen auxiliaire
			x		médicament
		x	x		médicament programme éducatif
					décès

			x		diminution mobilité
			x		médicament
			x		médicament
			x		Suivi psychiatrique
	x				Retour canton origine
			x		amélioration santé
		x			renfort encadrement
	x				changement chambre
x		x			programme éducatif changement poignée
	x	x			changement d'ESE renfort encadrement
	x	x			changement chambre renfort encadrement

Sur les mesures levées entre 2012 et 2015, les renforts à l'encadrement de type socioéducatif ont eu un effet facilitant (7x), puis l'adaptation ou l'introduction d'une médication (5x), l'amélioration de la santé (4x), la mise en place d'un système d'alarme (3x) et un changement de chambre (2x).

Avant de conclure cette partie, nous souhaitons détailler la durée en vigueur des 18 situations actives à fin 2015 :

Graphique numéro 9: Durée en vigueur des mesures actives à fin 2015



En prenant en considération uniquement la période étudiée, nous constatons que 50% des mesures actives le sont depuis 2012. Nous remarquons aussi qu'un peu moins que le quart (22%) concerne de nouvelles situations.

Ainsi, nous nous questionnons sur les raisons de non levée en 4 années de la moitié des mesures qui sont encore actives.

Si nous reprenons nos 5 domaines et les facteurs que nous avons identifiés dans le tableau no 7, nous constatons en premier lieu que sur les 18 mesures en vigueur, 6 ont un renfort à l'encadrement (dotation supplémentaire attribué spécifiquement à une personne) et depuis 2012 pour 5 d'entre elles. En ce sens, alors que pour d'autres situations, ces renforts ont permis la levée, ce n'est pas le cas pour celles-ci. En deuxième lieu, alors que dans le tableau précédent, le facteur « ressource » n'est jamais mentionné comme ayant facilité une levée de mesure, le DCPHM adultes intervient dans 7 des 18 situations ayant des mesures de contrainte, soit presque la moitié. Ainsi nous pensons que si historiquement les ressources extérieures ont été utilisées, ce sont les effets de celles-ci qui sont mentionnés comme ayant facilité la levée (adaptation de la médication, ajustement du programme éducatif, hospitalisation, suivi psychiatrique, etc.) et non la ressource extérieure elle-même.

Ainsi, en conclusion, dans nos 5 domaines, trois sont particulièrement utilisés : les renforts socio-éducatifs, le domaine sanitaire et les ressources extérieures à l'ESE. Le nombre de mesures va probablement diminuer plus lentement que par le passé car les situations restantes sont pour la plupart des situations « cristallisées » où une évolution vers la levée de la mesure paraît difficile. Comme déjà constaté dans le rapport précédent, les démarches visant la levée de ces mesures ont échoué et de nouvelles alternatives sont difficiles à imaginer par les équipes de 1^{ère} ligne ou le temps nécessaire pour lever une mesure peut s'avérer important. Il se peut également que des situations sont bloquées pour des raisons objectivables : la personne souffre d'un handicap sévère et qui ne permet que peu ou pas l'acquisition de nouvelles compétences, ou encore les risques estimés pour sa santé sont élevés. Nous pensons aussi, comme le montre le tableau no 8 que les facteurs techniques (moyens d'appel, de surveillance) et environnementaux (changement de groupe, d'ESE) ne sont pas assez investigués, voire expérimentés par le réseau vaudois.

Néanmoins, nous affirmons que les professionnels des ESE et les autres acteurs travaillent pour trouver des alternatives à la contention dans ces cas plus complexes.

2.4 Quelques situations particulières traitées

Après avoir présenté les méthodes de travail et l'évolution de la problématique, nous proposons de revenir dans ce chapitre sur certaines situations concrètes qui ont marqué le travail du Comité et qui permettent de jeter un regard sur les enjeux qui se présentent pour l'évaluation des mesures de contrainte. Il est renoncé à nommer ici les ESE et résidents concernés.

1. En mai 2012, le Comité constate, lors d'une visite de l'ESE, que pour un résident qui est enfermé temporairement dans sa chambre depuis plusieurs années, l'établissement ne démontre pas de stratégie planifiée de levée de la mesure de contrainte, que l'enfermement est intégré dans le concept de prise en charge et qu'un réel travail de réseau avec le DCPHM adultes n'a pas été développé. Le Comité refuse alors définitivement cette mesure et transmet le dossier au SPAS pour traitement (cette situation correspond à une des deux situations présentée sous ch. 6).
2. En 2013, le SPAS accorde un régime d'exception pour deux situations de contrainte concernant quatre résidents, après que le Comité lui ait transféré ces situations pour décision. L'une des situations est celle où deux résidents partagent une chambre, séparée par des armoires et un portail qui est fermé la nuit afin que l'un des deux résidents n'entre pas dans l'espace réservé à l'autre. De plus, la porte de la chambre commune est fermée à clé. Dans l'autre situation, la porte commune s'ouvrant sur le corridor pour deux chambres adjacentes reste fermée la nuit afin d'éviter qu'un des deux résidents puisse sortir dans le corridor ce qui fait que l'autre résident en est également empêché. Le SPAS, vu qu'un projet de travaux en cours permettra de lever les mesures, se prononce pour un régime d'exception qui tolère la fermeture de ces espaces. En mai 2015, le premier régime d'exception cité perdure tandis que pour l'autre, une autre chambre pour le résident enfermé sans raison a été trouvée.
3. Pour rappel, un établissement connaissant cinq mesures d'attachement au lit la nuit par ceinture abdominale (et pour certaines pendant la sieste également), avait élaboré, à l'issue d'échanges et d'une visite du Comité, un plan d'action qui avait été approuvé par le Comité en 2011. Ce plan contenait une analyse générale des conditions, ainsi que des objectifs à poursuivre selon la situation (p.ex. analyse des causes du réveil nocturne et décodage de demandes nocturnes, évaluation physiothérapeutique de la mobilité, examens médicaux,

observation du comportement nocturne avec caméra infrarouge, essai de détachement sécurisé).

Entre-temps, suite aux démarches entreprises par l'établissement, quatre des cinq situations d'attachement ont pu successivement être levées dont deux en 2012, l'un en remplaçant l'attachement par des barrières de lit, l'autre d'abord également en utilisant des barrières de lit qui ont pu être remplacées par une veille dormante qui intervient si nécessaire en réagissant au signal d'un tapis sonore. Une autre mesure a été levée en 2013 et une autre courant 2014, en utilisant d'abord un lit abaissé, puis des barrières de lit, qui pouvaient être remplacées enfin par un tapis sonore. La dernière mesure d'attachement a pu être remplacée temporairement par une barrière de lit en juillet 2015. La résidente concernée avait alors encore une ceinture ventrale quand elle était en chaise roulante, vu le risque de chute avéré à cause des troubles statiques majeurs. En décembre 2015, l'attachement durant la nuit (en dans de rares cas durant la sieste) a du être réintroduit car la résidente a retrouvé son tonus et le risque de chute a réapparu.

4. Lors d'une visite, le Comité avait pris acte de l'utilisation d'une pièce très exigüe utilisée comme chambre de contention pour un résident particulier (et occasionnellement comme chambre de « défoulement » pour une autre résidente). Il avait informé l'établissement que l'affectation d'une pièce à usage unique d'enfermement contrevenait aux principes départementaux en matière de chambres de contention. De plus, au vu de sa taille, cette pièce ne pouvait constituer un lieu de séjour.

Par la suite, l'établissement a examiné d'autres solutions architecturales. Le DCPHM adultes est venu en appui à cette situation. Le SPAS, sur sollicitation du Comité, a procédé avec l'ESE à un examen d'alternatives à l'utilisation de la chambre en contention, pouvant être réalisés rapidement; en parallèle, il a évalué les orientations et méthodes socio-éducatives. En automne 2013, la pièce en question a été fermée définitivement et une pièce de vie polyvalente jouxtant la chambre personnelle du résident a été ouverte. Elle sert de lieu d'apaisement dans de moments difficiles, mais également de pièce pour les repas et pour la détente et est sensée devenir un espace intégrée à la vie du résident.

5. Dans un établissement, une chambre anti-aérienne avait été utilisée pour y conduire un résident en cas de crise, sans fermeture de la porte. Le Comité a constaté qu'il ne s'agissait pas d'une mesure d'enfermement typique, mais que le résident était physiquement isolé, de plus dans une pièce spéciale ce qui justifiait l'annonce de la mesure. Au courant 2013, cette mesure a été abandonnée.
6. En printemps 2014, le Comité avait été informé par la CIVESS sur une mesure d'enfermement dans un établissement et par un autre ESE d'une mesure du même type. En effet, ces deux mesures avaient en commun des enfermements programmés et réguliers, à savoir, pour l'une des deux mesures, plusieurs fois par jour à des heures fixées à l'avance, d'une durée de 1/2h à 1h et d'une durée globale de plusieurs heures par jour, en plus un enfermement nocturne, et pour l'autre mesure, d'une heure $\frac{3}{4}$ et puis d'une heure à un moment fixe de l'après-midi, de plus, un enfermement nocturne.

Les résidents concernés sont des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme et des troubles du comportement (états d'agitation, auto et hétéro-agressivité). Le premier résident avait fait des passages en hôpital psychiatrique, tout comme l'autre résident, et les équipes étaient épuisées par la prise en charge, vu son comportement. Afin de maintenir une continuité après le retour de l'hôpital psychiatrique, les enfermements conséquents avaient été reconduits en établissement. Le recours à des mesures programmées a été choisi en lien avec des intervenants externes (médecins psychiatres consultants). Le DCPHM adultes n'a pas été associé à ces démarches.

Le Comité a pris connaissance de ces deux mesures et estimé qu'elles n'étaient pas en adéquation avec les principes des Directives DSAS. Le Chef DSAS a par la suite en juin 2014 ordonné que ces mesures planifiées cessent. Dans ce contexte, ces mesures ont été assimilées par le département et le Comité à des mesures d'hypostimulation⁹, c'est-à-dire

⁹ Terme d'hypostimulation :

Suite à des méthodes prônant des enfermements très conséquents de plusieurs résidents découverts en 2007 dans un établissement vaudois (mesures d'isolement allant jusqu'à un isolement 24h sur 24h), appelées par l'établissement « hypostimulation », le SPAS avait réagi et, sur le plan scientifique, Prof. Pierre Bovet, service de psychiatrie générale, a été mandaté par le DSAS pour faire un rapport en 2009 sur la question. Ce rapport définit l'hypostimulation comme une approche

« l'application de mesures de contrainte, soit d'isolement ou d'attachement, se faisant de manière programmée et préventive, à une échelle importante ». Selon le département, cette approche ne pouvait être validée au titre d'une prise en charge dite socio-éducative en cas de troubles du comportement. Il s'agissait pour le Comité également de prévenir la reprise d'approches de contention systématisée, vécus à plus grande échelle quelques années plus tôt. Il a en outre mis en question le non recours au DCPHM adultes pour ces situations et le Médecin cantonal s'est entretenu avec les psychiatres consultants. Les deux ESE ont pu par la suite renoncé à la contention programmée.

Du côté du Comité, il a été constaté que des visites rapides dans des situations critiques pareilles seraient un moyen de saisir la situation et de prendre des décisions plus circonstanciées. En l'occurrence, des visites n'ont été faites qu'en fin de mesure.

7. Un mineur de 17 ans dont la transition dans un établissement pour majeurs était à organiser en 2014, subissait dans le secteur mineur des mesures d'attachement et d'enfermement conséquentes, à savoir un attachement au lit par ceinture abdominale durant la nuit par un système de 5 points (aux deux poignets, aux deux chevilles, à l'abdomen, par la suite réduit à 3 points), occasionnellement aussi pendant la sieste, un attachement sur les toilettes, sur une chaise spéciale pendant les repas et le cas échéant également durant les transports (autre que ceinture de sécurité), en outre un enfermement pendant plusieurs périodes du jour dans sa chambre.

En entrant dans le secteur adulte, ce jeune est soumis aux Directives DSAS valant pour les personnes adultes. L'établissement mineur a sur demande du Comité annoncé ces mesures afin que ce dernier puisse se préparer au suivi le cas échéant. Le jeune adulte a trouvé une place dans un autre ESE et le SPAS a octroyé d'importants moyens permettant un accompagnement individuel ainsi que pour assurer une absence totale de contention. Tout en étant exposé à des troubles de comportement importants qui ont toutefois diminué par la suite, la situation reste complexe, mais sans contention.

Cette situation met en évidence la problématique de la transition mineurs-majeurs et le décalage entre les dispositifs mineurs et majeurs en matière de mesures de contrainte, gérés par deux départements différents.

8. Citons enfin l'évolution des mesures de contrainte dans un grand établissement cantonal. Elle avait connu, en 2008, 25 mesures de contrainte (enfermements dans la chambre personnelle, essentiellement la nuit). Grâce à son approche et ses compétences en matière d'accompagnement, ces mesures ont constamment diminué et en 2015, toutes ces mesures étaient levées. Une des dernières démarches faites par l'ESE était de réunir les dernières quatre situations de contrainte dans un seul groupe de vie et d'installer une veille active sur place.

3. THÈMES TRAITÉS

3.1 Mode de travail du Comité

Des échanges ont été menés au sein du Comité et avec le Chef DSAS sur le mode de travail du Comité et son positionnement vis-à-vis des établissements, leurs directions et équipes. Pour rappel, le Comité n'a pas de pouvoirs décisionnels formels, il analyse les situations et formule des déterminations qui sont validées par la direction du DSAS. Il peut également directement adresser des consignes aux ESE, par exemple lors de visites.

Dans ses déterminations, le Comité prête toute son attention à mesurer de manière objective les situations et les conditions qui ont mené un ESE à faire recours à une contention. Il répertorie

d'isolement en réaction à une surcharge sensorielle qui provoque un état d'agitation et des troubles du comportement. L'hypostimulation serait une mesure de diminution temporaire d'afflux sensoriel par l'isolement. Citation du rapport : « L'hypostimulation n'a, en soi, aucune valeur thérapeutique (ni d'ailleurs l'hyperstimulation) ; ce terme est malheureusement utilisé parfois, à tort, pour désigner des mesures thérapeutiques qui visent à réguler le flux des informations sensorielles – ce qui, dans la majorité des cas il est vrai, consiste à diminuer temporairement ce flux. »

Sur la base de ce rapport, un colloque au CHUV/DP en juin 2010 a traité de cette approche. Depuis, ce terme et l'approche ne sont plus acceptés par le département dans l'accompagnement socio-éducatif.

l'évolution de la mesure sur la durée, les démarches faites par les équipes, l'état du handicap, les éventuelles implications médicales, l'environnement et les risques que représente le handicap ou le comportement du résident pour lui ou autrui. Il ne mettra pas d'emblée une pression inconsiderée sur l'établissement pour sortir sans délai de la mesure annoncée, sauf si cette dernière est de tout point inacceptable et contrevient de manière évidente aux Directives DSAS. Il recourt donc qu'exceptionnellement à la possibilité d'alerter le SPAS ou le Chef DSAS pour qu'ils interviennent directement en utilisant les mesures strictes et immédiates qu'offre la LAIH. Le Comité est conscient du fait qu'on se trouve régulièrement dans des processus de prise en charge qui évoluent dans le temps, au niveau des connaissances du handicap et de l'état de santé du résident, des mesures d'encadrement à développer et à mettre en place en tenant compte des comportements et capacités du résident et des ressources en place. Ce qui est primordial pour le Comité est le constat que l'ESE entreprend des démarches visant la levée de la mesure. Ceci s'exprime bien dans les informations que le Comité demande aux ESE : il doit rendre compte des résultats des alternatives et démarches depuis la dernière évaluation (s'il y en a déjà eu une), l'évolution du comportement du résident et des perspectives quant aux démarches et le planning de leur réalisation (rubriques du formulaire d'annonce).

Vu cette approche, le Comité a pu, pour une partie des situations, approuver les démarches faites. Il a en revanche également prononcé des refus de mesures, pour des raisons diverses (absence de démarches, démarches inefficaces, approches non conformes aux principes des Directives et aux bonnes pratiques reconnues internationalement, manque d'informations claires).

Par ailleurs, à cause du caractère évolutif des situations de contrainte, il est difficile au Comité de faire un tri « définitif » des mesures à refuser et à valider. Par ailleurs, une validation formelle d'une mesure comporte le risque que l'entourage professionnel renonce à des efforts pour en sortir et que la situation reste donc figée.

Le Comité a été enfin confronté à plusieurs reprises à l'attente d'ESE qu'il prenne des responsabilités pour les décisions à prendre au sujet de mesures de contrainte et dans la gestion de ces mesures. Il a clarifié que son rôle était d'évaluer les mesures et d'inciter les équipes et directions concernées à gérer la situation en conformité avec les Directives DSAS et qu'il ne pouvait pas être associé directement à la responsabilité des actions et des éventuels risques à prendre, tâche qui relève de l'établissement.

3.2 Périmètre de l'action du Comité

a) Pharmacovigilance

Dans le cahier des charges du Comité figurait initialement également l'évaluation de la contrainte médicamenteuse, appelée aussi traitement forcé. En mai 2012, le Chef DSAS a validé la proposition du Comité de le décharger de la tâche de suivre et évaluer ce type de mesure, sachant que cette problématique dépasse les compétences propres du Comité. De plus, le Code civil révisé considère le traitement forcé comme un traitement médical, soumis à d'autres règles.

b) Barrières de lit

Les barrières de lits constituant également des mesures de contrainte au sens du Code civil (nouvelles dispositions entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2013), le Chef DSAS a validé en mai 2012 la proposition du Comité que les ESE annoncent au Comité les barrières de lit (et les autres moyens techniques immobilisant le résident, comme la ceinture sur chaise roulante), mis en place à l'égard de résidents qui ont la capacité de se mouvoir (se lever se déplacer).

Néanmoins, le Comité limite son évaluation à des mesures qui restreignent effectivement la liberté de mouvement du résident et non des mesures sécuritaires. Dès lors, sont concernés par l'évaluation les mesures suivantes:

- l'isolement par des barrières de lit, à condition qu'elles ne soient pas installées dans le seul but d'éviter au résident des chutes ou des spasmes et que le résident n'ait pas la capacité de se mouvoir seul sans cette mesure sans risque élevé de chuter;
- l'attachement par l'immobilisation du résident sur une chaise roulante ou fixe, par le biais d'une ceinture, d'une tablette ou par d'autres moyens, à condition que la mesure ne soit pas appliquée dans le seul but d'éviter au résident des chutes ou des spasmes et que le résident

n'ait pas la capacité de se mouvoir seul sans cette mesure sans risque élevé de chuter.

c) Autres mesures

Se posait au Comité la question de savoir s'il devait se prononcer, sur demande, sur des situations autres que l'enfermement, l'attachement et les barrières de lit. La question avait son origine dans une rencontre avec les inspectrices de la CIVESS qui, lors de visites inopinées, avaient pris connaissance d'autres mesures qui ne sont pas traitées par le Comité (vidéosurveillance, fermeture de groupes de vie par exemple, cf. chiffre 3.3. ci-dessous). A qui transmettent-elles ces mesures et qui décide de leur validité ? Le Comité a retenu que si la CIVESS constatait de telles mesures, elle questionnerait la direction de la CIVESS et le SPAS. Il revient donc à ces organes d'évaluer ce type de mesures de contrainte et non au Comité qui doit se concentrer sur les mesures qu'il évalue à présent déjà et qui ne doit pas non plus devenir un deuxième organe de surveillance.

3.3 Fermeture lieux de vie

Le Comité devait se prononcer en 2014 sur la question de savoir s'il est compétent pour évaluer des fermetures de lieux de vie, question apparue après que le Comité ait été sollicité par plusieurs établissements pour savoir si de telles fermetures étaient admissibles.

Après des visites sur les lieux, le Comité a pu constater qu'une fermeture d'un lieu de vie (ou d'un « groupe » de vie) pouvait être opportun pour assurer la sécurité de certains résidents et notamment pour éviter que des résidents avec une mobilité fragile quittent tout seuls le groupe et se mettent en danger, par exemple en utilisant des escaliers ou en fuguant les lieux, mais qu'une fermeture pouvait en même temps avoir des répercussions sur les résidents pour lesquels elle n'était pas nécessaire. La fermeture pouvait également dépendre de la dotation des éducatrices/teurs sur le groupe. Le Comité a en outre dû constater que certains lieux de vie n'étaient pas appropriés pour les résidents avec mobilité réduite. A son avis, la fermeture d'un lieu de vie la nuit n'était en revanche pas problématique.

Le Comité a finalement retenu que la fermeture des groupes de vie n'était pas à considérer comme une mesure de contrainte au sens des Directives. Il formulait toutefois la recommandation aux organes qui contrôlent ce type de situation que les résidents devaient bénéficier de suffisamment d'espace de vie collective, tel qu'un accès au salon, à la salle à manger, etc. et qu'il fallait s'assurer que des moyens étaient mis en place pour permettre aux résidents plus autonomes de pouvoir circuler librement.

En conclusion, la surveillance de la gestion des lieux de vie revient à la CIVESS en tant qu'organe de surveillance en la matière.

3.4 Rôle de la SPDM

La SPDM dispose de deux équipes pluridisciplinaires mobiles, l'une pour le secteur des adultes (DCPHM adultes), l'autre pour le secteur des mineurs (EMDM mineurs). Toutes deux interviennent sur demande lorsqu'une mesure de contrainte est appliquée sur une personne handicapée mentale et qu'une alternative à cette mesure est recherchée. Ces interventions ont lieu en partenariat avec, respectivement, le SPAS pour les personnes adultes et le SESAF pour les personnes mineures.

La contribution du DCPHM adultes à la recherche d'alternatives aux mesures de contrainte est présente depuis le début de l'existence du COREV. Elle se caractérise premièrement par la participation conjointe du médecin responsable de la SPDM et du chef de clinique responsable de l'équipe pluridisciplinaire mobile pour adultes aux séances semestrielles du groupe d'évaluation ainsi qu'aux séances en plenum du COREV.

En second lieu, cette contribution se caractérise par l'engagement de collaborateurs de l'équipe pluridisciplinaire mobile pour adultes, constituée de médecins, de psychologues, d'infirmiers et d'éducateurs, qui interviennent dans le milieu socio-éducatif et participent à l'évaluation et au suivi de ces situations cliniques.

Jusqu'en 2015, l'engagement du DCPHM adultes n'avait lieu que sur sollicitation des équipes socio-éducatives. L'expérience a montré cependant que seule une partie des situations avec

mesures de contrainte faisait l'objet d'un appel au DCPHM (en automne 2015 par exemple, 10 situations sur les 18 encore actives étaient suivies par notre équipe mobile, cf. tableau no 10).

Quant aux difficultés rencontrées, plusieurs hypothèses peuvent être émises : Présence d'un sentiment d'ingérence ou de contrôle de la part d'une équipe externe dans les affaires internes de l'ESE? Sentiment d'échec de l'équipe éducative en cas d'appel au DCPHM plutôt que simple besoin de regard extérieur et de réflexion partagée? Surcroît de travail amené par la collaboration avec le DCPHM ? Méfiance face au DCPHM en raison de la participation de ce dernier au COREV ? Toutes ces hypothèses sont plausibles, mais ne peuvent que difficilement être validées.

En mai 2015, et suite à ces difficultés, le Chef DSAS a donc pris la décision que le SPAS s'assurerait désormais que le DCPHM adultes soit sollicité pour venir à l'appui des équipes socio-éducatives dans l'ensemble des situations de contention signalées au COREV. Concrètement, les établissements cherchent systématiquement un appui auprès de l'équipe mobile de la SPDM pour un travail sur les mesures existantes, dans le but d'améliorer la situation du résident concerné, d'un allègement et de la suppression de la mesure. Le SPAS quant à lui s'assure que la SPDM soit sollicitée pour venir à l'appui des équipes dans l'ensemble des situations de contention signalées au Comité. Les Directives devront être complétées par ce suivi systématique par le DCPHM adultes.

Il en résulte un accroissement progressif de la participation du DCPHM adultes à ces situations. Ainsi, à l'automne 2015, le DCPHM a été actif dans 10 situations sur 18 (printemps 2016 : actif dans 12 situations sur 18).

Tableau no 10 : appui DCPHM en cas de mesure de contrainte

Date de l'évaluation par le COREV	Nb de mesures annoncées et évaluées par le COREV	Nb de mesures actives au terme de l'évaluation	Nb de mesures suivies par le DCPHM adultes
Printemps 2015	24	17	8
Automne 2015	26	18	10

Le DCPHM adultes cherche à intervenir de manière suffisamment intensive auprès de ces situations, à les évaluer par une analyse fonctionnelle puis à aider les équipes socio-éducatives à mettre en place les mesures alternatives qui pourraient être proposées.

Dans le secteur des mineurs, signalons que suite aux travaux d'un groupe de travail comprenant en particulier la participation du médecin cantonal et de la cheffe de clinique pédopsychiatre conduisant notre équipe pluridisciplinaire mobile pour mineurs (EMDM mineurs), de nouvelles directives concernant les mesures de contrainte dans les établissements de pédagogie spécialisée ont été élaborées et émises par le SESAF en septembre 2015 afin de réguler l'utilisation de ces mesures auprès des personnes mineures. L'EMDM mineurs peut donc désormais être sollicitée en appui de l'accompagnement offert par les éducateurs et les enseignants spécialisés.

En ce qui concerne les résidents devant être hospitalisés en milieu psychiatrique, l'expérience montre que l'hôpital psychiatrique n'est souvent pas un lieu adapté pour les personnes handicapées mentales en raison

- de la sensibilité et de la vulnérabilité des personnes handicapées mentales face aux autres patients hospitalisés ;
- du manque de connaissances et d'expérience du handicap mental par les équipes soignantes conduisant parfois au recours aux CSI pour gérer les troubles du comportement et de la communication ;
- de la difficulté pour l'ESE d'assurer un accompagnement socio-éducatif continu à l'hôpital et du recours par conséquent à des accompagnants intérimaires ne connaissant pas le résident ;
- et finalement du risque de perte des acquis éducatifs en cas de séjour prolongé à l'hôpital.

Pour toutes ces raisons, les personnes en situation de handicap mental peuvent être amenées à devoir séjourner en chambres de soins intensifs (CSI) plus que nécessaire. Le Chef DSAS a

donc décidé de mettre en place dès 2016 un suivi de ces situations par une coordination CIVESS-Comité de révision (cf. ch. 3.9).

3.5 DCPHM adultes et psychiatres mandatés par les établissements

Les établissements peuvent faire appel à des psychiatres consultants externes qui interviennent en suivant des résidents, en prescrivant des traitements et qui peuvent être investis dans des situations de contrainte. Dans deux situations particulières, des psychiatres consultants externes ont prescrit des mesures que le Comité n'approuvait pas (cf. chiffre 2.4.6 ci-dessus) d'où la question du rôle de ces intervenants externes.

Le SPAS a retenu à ce sujet que ces médecins consultants externes ne sont pas les médecins responsables au sens de la LAIH, article 24g. Selon cette loi, tout établissement a dû signaler jusqu'au 1^{er} mai 2014 un médecin responsable et un cahier des charges a été établi par le DSAS. Il a également été constaté que le médecin responsable a un rôle à jouer et doit être présent par rapport à la question du recours à des médecins externes. Le Médecin cantonal a insisté sur la nécessité du partage et de la collaboration entre médecins. Il s'agit enfin de préserver une unité de doctrine et il a été affirmé que les représentants du corps médical externes doivent s'adapter à la doctrine validée dans le Canton de Vaud.

A cette question du rôle du médecin externe est liée celle de la mission du DCPHM adultes vis-à-vis des ESE. A certaines situations, il n'a pas été associé par les ESE, au profit de mandataires externes. Les Directives DSAS disent ce qui suit:

IV, d) Devoirs des établissements

4) Les établissements cherchent si nécessaire (désormais : systématiquement, cf. ch. 3.4) un appui auprès de l'équipe mobile de la Section de psychiatrie du développement mental (ci-après : SPDM) pour un travail sur les mesures existantes, dans le but d'améliorer la situation du résident concerné, d'un allègement et de la suppression de la mesure.

Sur cette base, il a été décidé en 2015, vu que le département dispose d'un organe spécialisé pour l'appui des ESE dans des situations critiques et notamment des mesures de contrainte, que cet appui du DCPHM adultes soit généralisé pour toutes les mesures (cf. ch. 3.4). Parallèlement, l'information aux ESE sur le DCPHM doit être améliorée pour qu'ils perçoivent de manière correcte sa mission.

3.6 Transition du secteur mineur au secteur adulte

Nous avons vu dans le chapitre 2.3, qu'une partie des nouvelles mesures annoncées au Comité concernent des mineurs au moment de leur transition dans le secteur adulte des ESE du canton de Vaud.

Alors que les directives dans le secteur adulte du Canton sont en vigueur depuis 2006, le secteur mineur n'a pas de législation similaire, ce qui crée une divergence de pratiques lors de la transition du jeune adulte dans un ESE adulte, ou encore lors du transfert du secteur mineur à adulte d'un même ESE. Dans cette partie, nous allons présenter quelques situations exemplaires afin d'étayer cette thématique.

Dans les 18 mesures actives à fin 2015, 4 sont d'anciens mineurs, devenus adultes, et vivant dans un ESE soumis aux directives sur les mesures de contrainte. En complément au mineur mentionné au chiffre 2.4.7, nous en présentons 3 que nous considérons exemplaires.

Monsieur X., venant d'un ESE mineur souffre d'une pathologie ayant comme conséquence une auto-mutilation importante le mettant en danger. La mesure consiste en un attachement pour éviter ces auto-mutilations. Cette situation est exemplaire, car d'une part un ESE du secteur adulte a, pour la première fois, demandé au Comité une détermination au préalable à une admission. D'autre part, nous avons à faire à une mesure de contrainte pour des raisons médicales intrinsèques à la pathologie que présente ce jeune homme. En ce sens, le Comité s'est prononcé à l'automne 2015 : « en accord avec les démarches en cours et invite l'établissement à investiguer des alternatives aux mesures de contrainte en place ».

Madame Y., venant d'un ESE pour mineur, présente des pertes d'équilibre, entraînant d'important risques de chutes, et donc de mise en danger. La nuit, et lors de moment de repos en journée, l'ESE a installé des barrières de lit pour éviter ces risques de chutes. En ce qui concerne le reste de la journée, le SPAS a octroyé un important renfort à l'encadrement pour assurer un accompagnement individuel et cette surveillance. Cette situation est exemplaire, car lors du passage dans un ESE adulte en 2014, le SPAS n'avait pas connaissance qu'une mesure de contrainte existait au préalable. En effet, depuis 2012, le SPAS a mis en place le Dispositif cantonal d'indication et suivi pour personnes en situation de Handicap (DCISH)¹⁰, « porte d'entrée » pour les prestations financées par le service. Le dépôt de la demande peut déjà avoir lieu dès 16 ans, une instance d'évaluation élaborera alors un rapport mettant en évidence les besoins de la personne. A la suite de la validation par une commission de ce rapport, le SPAS délivrera la garantie financière pour accéder aux prestations socio-éducatives de ces partenaires. Pour autant, à aucun moment de ce processus nous n'avons eu connaissance d'une mesure de contrainte en vigueur dans le secteur mineur. Lors des déterminations 2015, le Comité est « en accord avec les démarches en cours ». Il a aussi estimé que quelques moyens (ressource extérieure, technique et somatique) permettraient de lever la mesure.

Monsieur Z., venant d'un ESE mineur, présente une psychopathologie importante avec un risque de mise en danger pour autrui. Dès son arrivée, le SPAS a mis en place avec l'ESE adulte un important renfort à l'encadrement pour assurer une surveillance. La mesure de contrainte a consisté en des enfermements occasionnels diurnes et quotidiens nocturnes, déjà en vigueur dans le secteur mineur. Des ressources sanitaires (médication, hospitalisation) et extérieures sont actuellement utilisées (DCPHM adultes). Nous pensons que cette situation évolue positivement, mais nécessite de nombreuses années pour se stabiliser. En effet, la mesure nocturne a pu être levée après quelques années.

A la suite de ces mesures encore actives, nous connaissons deux situations qui avaient des mesures de contrainte dans un secteur mineur, et qui avec des renforts à l'encadrement dès la transition, n'en ont plus. Ces deux situations n'ont donc pas été signalées au Comité, mais sont suivies par le SPAS. A fin 2015, il y a deux situations de mineurs devenus majeurs et en attente de trouver une place adéquate dans un ESE adulte. Ces deux jeunes adultes ont des mesures de contrainte, signalées au Comité en anticipation, mais vivant dans un secteur mineur, ils ne sont pas soumis à la législation des adultes. Pour le premier, il est prévu une absence de contention lors de son passage. Pour le deuxième, les perspectives de places sont à l'étude.

Les autorités responsables pour les mineurs en situation de handicap ont entamé depuis 2014 des démarches pour régler les mesures de contrainte dans les établissements pour mineurs du Canton. Un Groupe de travail auquel a participé le Médecin cantonal, a élaboré des principes qui seront traduits en une Directive et un organe de validation des mesures de contrainte. Ces principes se sont fortement inspirés du dispositif que le DSAS a mis en place en 2006 et qu'il a fait évoluer ces dernières années. D'autre part, un groupe de travail issu de la Commission Cantonale sur les Déficiences Mentales et Associées (CCDMA) travaille sur la « transition mineurs-majeurs » depuis 2014 avec comme mission principale « d'identifier les lacunes du dispositif actuel », que la transition « se fasse dans le respect des besoins et souhaits spécifiques des personnes tout en assurant le continuum des prestations qui leur sont offertes »¹¹.

3.7 Plaintes et rôle Comité

Depuis la révision du Code civil suisse qui contient désormais des règles plus précises sur la protection des adultes et qui est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2013 (cf. Annexe IV), des mesures de contrainte en ESE peuvent être portées devant la Justice de paix par la personne concernée ou par un proche. La justice de paix est compétente si la personne concernée n'a pas la capacité de discernement (art. 385 CC). Dans les autres situations, à savoir si la personne a son discernement, une plainte peut être déposée à la Commission des plaintes pour résidents.

Vu que ces plaintes concernent des mesures de contrainte, il peut y avoir « collision » avec l'évaluation du Comité de révision par rapport à ces mesures. En fait, soit la mesure qui fait objet de la plainte, a auparavant déjà été annoncée au Comité et le Comité a éventuellement déjà statué, soit la mesure est nouvelle et le Comité est informé par formulaire d'annonce, parallèlement à la plainte. Dans les deux cas, il sied d'éviter que le Comité tranche et qu'au pire, des décisions divergentes sont prises, d'une part par le Comité, d'autre part par le Juge de paix

¹⁰ <http://www.vd.ch/themes/social/handicaps/aide-au-placement/dispositif-cantonal-dindication-et-de-suivi/>

¹¹ Extrait du rapport intermédiaire du GT « transition mineurs-majeurs », non publié.

ou la Commission des plaintes. A cette fin, un GT a élaboré en 2013 les modalités de fonctionnement entre ces différents organes.

Concrètement, s'il y a dépôt d'une plainte, la Comité est renseigné sur ce dépôt et suspendra ses déterminations. Il est également renseigné sur les décisions prises par le Juge ou la Commission.

De plus, le Juge de paix et la Commission des plaintes¹² peuvent solliciter le Comité de révision en tant qu'expert, vu les compétences et l'expérience acquises par le Comité. Dans ce cas, la présidence du Comité préparera sans délais toutes les informations utiles à l'expertise du Comité (évaluations antérieures, formulaires etc.), de sorte qu'une délégation de ce dernier puisse formuler un avis d'expert dans les délais très courts (en principe, Juge et Commission doivent prendre une décision dans les 5 jours dès le dépôt de la plainte). L'avis d'expert du Comité sera plus aisé à formuler si peu de temps en arrière, il s'est déterminé sur la situation et cette dernière n'a pas changé depuis, mais sera plus exigeant s'il s'agit d'une nouvelle mesure ou si la situation a changé.

3.8 Directives DSAS révisées

Les premières Directives dataient de 2006 et demandaient une mise à jour. En effet, depuis, la LAIH avait accueilli des règles sur les mesures de contrainte (principe d'interdiction avec exceptions, modalités d'application d'une mesure, base légale formelle pour le Comité de révision), valables depuis octobre 2009. De plus, depuis le 1^{er} janvier 2013, le Code civil règle dans sa partie Protection des adultes les mesures de contrainte en établissement socio-éducatif.

Ces changements légaux et l'expérience faite avec la problématique au niveau cantonal ont conduit à une révision des Directives¹³, sans pourtant mettre en question les principes éprouvés.

Les nouveaux éléments sont notamment les suivants :

- Les exceptions à l'interdiction de la contention ont dû être complétées par le critère du Code civil du « comportement perturbant gravement la vie communautaire » (Chap. II, let. c)
- Le principe de « malveillance » est abandonné (Chap. II, let. d)
- Les exigences en matière de communication entre résident et équipe ont été précisées (Chap. II, let. d in fine, aussi Chap. IV, let. c in fine)
- Le Comité de révision continue à n'évaluer que des mesures d'isolement et d'attachement ; les autres mesures de contrainte, par exemple la surveillance électronique, l'interdiction de l'accès à des parties spécifiques du lieu de vie, par exemple la salle à manger ou la cuisine, sont à gérer par l'établissement et à contrôler par la CIVESS (Chap. III, voir aussi Chap. II, let. b)
- Parmi ces mesures suivies figurent désormais également les barrières de lit et les immobilisations sur une chaise roulante, sans toutefois y inclure les mesures qui sont instaurées afin d'éviter la mise en danger avérée du résident, notamment par un risque de chute (Chap. III, let. a et b)
- Une mesure d'attachement fondée sur des exigences somatiques strictement médicales (suivi postopératoire par exemple) ne doit excéder 30 jours, sinon elle nécessite l'aval du Médecin cantonal (Chap. III, let. b)
- Les chambres dites de contention, à savoir des locaux destinés uniquement à des enfermements, restent interdites (Chap. III, let. c)
- La médication ne figure désormais plus dans les Directives, étant considérée par le droit fédéral comme un traitement médical et soumis à d'autres règles

¹² Concernant Commission des plaintes et médiation, voir :

<http://www.vd.ch/themes/social/handicaps/etablissement-socio-educatifs/mediation-et-plaintes/>

¹³ Directives DSAS sur le site :

<http://www.vd.ch/themes/social/handicaps/directives-lois-et-reglements/>

- Une décision de mise en place d'une mesure de contrainte peut être prise, notamment en cas d'urgence, par l'éducateur en présence dans l'établissement ; elle doit être validée (ou décidée, si les circonstances le permettent) par l'équipe pluridisciplinaire et la direction de l'établissement ; les mesures indiquées pour des raisons médicales sont à décider par un médecin ; à part ces dernières mesures, il n'y a donc en principe plus nécessité d'une décision ou validation médicale (Chap. IV, let. a).

3.9 Personnes en situation de handicap en milieu psychiatrique

Dans certaines situations, l'ESE se voit amené à prendre la décision de transférer un résident temporairement dans un milieu psychiatrique, pour diverses raisons (difficulté de gérer et maîtriser un comportement défi, épuisement des équipes entre autres). En 2015, selon les statistiques de l'hôpital psychiatrique de Cery, il y a eu 16 séjours de résidents provenant d'ESE, concernant 13 résidents, des séjours donc où la personne a été placée en chambre de soins intensifs (CSI). Le présent chapitre traite de cette problématique et mentionne les actions envisagées.

a) Problématique de l'hospitalisation

En ce qui concerne les résidents devant être hospitalisés en milieu psychiatrique, l'expérience montre que l'hôpital psychiatrique n'est souvent pas un lieu adapté pour les personnes handicapées mentales en raison :

- de la sensibilité et de la vulnérabilité des personnes handicapées mentales face aux autres patients hospitalisés ;
- du manque de connaissances et d'expérience du handicap mental par les équipes soignantes conduisant parfois au recours aux CSI pour gérer les troubles du comportement et de la communication ;
- de la difficulté pour l'ESE d'assurer un accompagnement socio-éducatif continu à l'hôpital et du recours par conséquent à des accompagnants intérimaires ne connaissant pas le résident ;
- et finalement du risque de perte des acquis éducatifs en cas de séjour prolongé à l'hôpital.

Pour toutes ces raisons, et en dépit de l'ouverture à l'horizon 2019-2020 de la future Unité psychiatrique de crise pour le handicap mental (UPCHM) sur le site de Cery, il apparaît nécessaire de développer dans le périmètre des ESE des structures d'hébergement pouvant à la fois assurer la poursuite de l'encadrement socio-éducatif et permettre une prise en charge psychiatrique adaptée et plus intensive que dans les groupes de vie habituels, ce qui nécessitera là aussi des ressources supplémentaires pour la SPDM. Une réflexion est actuellement en cours à ce sujet au sein d'un GT entre le DP CHUV et le SPAS. Il est aussi bien entendu nécessaire que les hôpitaux psychiatriques de secteurs, soit les médecins et équipes infirmières de première ligne développent aussi des compétences permettant l'accompagnement et le traitement spécialisés des besoins des personnes présentant une déficience intellectuelle.

b) Suivi des personnes en situation de handicap lors d'un transfert à l'hôpital psychiatrique et analyse des pratiques des chambres de soins intensifs en psychiatrie

Sur mandat du Chef DSAS, une démarche coordonnée CIVESS-Comité de révision vise à suivre en 2016 les résidents qui sont transférés d'un ESE à un hôpital psychiatrique du Canton, au cas où ces résidents sont mis en chambre de soins intensifs à l'hôpital.

4. TEMOIGNAGES DE LA PART D'ETABLISSEMENTS SOCIO-EDUCATIFS

Les deux témoignages suivants ne représentent bien entendu pas l'ensemble du travail effectué par les professionnels confrontés en premier lieu par la complexité des situations qu'ils accompagnent au quotidien. Nous ne tenons pas à privilégier un ESE par rapport à un autre, mais à valoriser le travail effectué et par extensions à l'ensemble du canton. Nous demandons donc au lecteur de prendre ces deux témoignages pour ce qu'ils sont : une contribution partagée des enjeux et des réussites. Les deux contributions reproduites ci-après sont les textes intégraux préparés par les directions des deux établissements.

Fondation Eben-Ezer, La Cité du Genévrier, St-Légier

2008 : 25 contentions. Janvier 2016 : 0 contention : Que s'est-il passé dans l'intervalle ?

Dès 2006, les directives du Comité de révision des mesures de contrainte ont été à la base, à la Cité du Genévrier, d'un travail axé sur un seul principe : la contention n'est et ne sera à l'avenir ni une mesure, ni un outil pédagogique. Un problème organisationnel, fût-il majeur, ne sera jamais à même de légitimer une contention.

Convaincus que seule une démarche incarnée par les collaborateurs avait des chances d'aboutir, nous avons souhaité une adhésion totale des équipes éducatives à ce projet « Zéro contention ». Et l'engagement a été quasi immédiat : les collaborateurs ont joué le jeu, cherché des solutions, pris des risques aussi. On leur demandait de se repositionner sur la façon dont ils exerçaient leur métier ? Ils ont fait preuve d'une ingéniosité étonnante avec, toujours et pour seul objectif, la liberté du résident. Bien sûr, il y eut l'historique dans lequel s'inscrivait cette thématique, dont il fallut rapidement s'extraire. Il y eut aussi ce temps de latence jusqu'à ce que chacun puisse mettre du sens à ce nouveau défi, se sente porteur de la démarche.

Un autre axe primordial a consisté à valoriser l'importance de l'écrit, par la mise en place de protocoles d'accompagnements prévoyant que soit retranscrite la façon dont les résidents sont accompagnés. Cela peut paraître évident, mais nous nous sommes rapidement rendu compte que la simple évocation du « comment » on accompagne, du « comment » on décrit chacun de nos actes, requérait une cohérence totale entre les professionnels ; et ils l'ont fait, de façon professionnelle, en communiquant différemment, en échangeant, en expliquant leurs écrits.

L'implémentation de mesures alternatives a également permis d'atténuer l'amorce de ce nouveau virage.

- Les contentions étant avant tout nocturnes, un travail a été entrepris pour que soit intégré le fait que l'accompagnement du résident ne se termine pas au départ des éducateurs. Le service des veilles, auparavant rattaché au secteur santé, a ainsi été transféré à l'hébergement.
- Un partenariat étroit avec le SPAS a permis l'engagement de nouveaux veilleurs.
- Des systèmes de détection des ouvertures des portes ont été installés.
- D'autres alternatives, originales, ont vu le jour, en musicothérapie par exemple, avec l'instauration de musiques permettant de mettre des repères sur les moments-phares des journées et de diminuer ainsi les tensions de certains résidents.

Aujourd'hui, il n'existe plus de contention à la Cité du Genévrier. Elles ont toutes été levées, même celles dont on n'aurait jamais imaginé que cela soit possible, et cela grâce à des équipes compétentes qui ont accepté, souvent de façon courageuse, de se re-questionner sur leurs pratiques.

Il serait pour terminer erroné de résumer le bénéfice de cette démarche au seul respect de la loi ou à l'attention accordée à notre réputation. Dans un contexte du respect de l'autodétermination de la personne en situation de handicap, c'est celui de ses droits et de l'écoute de ses besoins spécifiques dont il s'agit. Uniquement.

St-Légier, le 26 avril 2016

Fondation Centre social et curatif, St-Barthélemy

Depuis 2006, dans le cadre de sa mission au service des personnes vivant avec une déficience intellectuelle, la Fondation CSC de St Barthélemy accueille Monsieur X. (28 ans) au sein d'un de ses lieux de vie socioéducatifs.

Monsieur X. vit avec un TSA, bien que le diagnostic médical semble complexe, et il manifeste des troubles du comportement massifs présents dès son plus jeune âge.

Les dix ans de travail d'accompagnement qui ont été accomplis depuis son arrivée au sein de la fondation sont pour nous un exemple de la complexité qui prend en compte d'une part l'adaptation quotidienne de l'accompagnement et d'autre part des enjeux multiples d'une situation de vie extraordinaire. La situation de M. X est un défi aux institutions sociales et aux professionnels l'accompagnant, ainsi qu'au monde politique et à la société dans son ensemble.

Lors de son arrivée, Monsieur X sortait d'un séjour de près d'une année en hôpital psychiatrique où il vivait principalement en chambre de soins, suite à plusieurs tentatives infructueuses d'insertion en établissement socio-éducatif. Dès son arrivée, une mesure dite d'enfermement dans sa chambre a été nécessaire pour rendre possible son intégration dans un groupe de vie tout en protégeant sa sécurité, celle des autres résidents et celle des professionnels.

Dès lors, les efforts de toutes les personnes et instances impliquées ont eu pour objectif d'améliorer la qualité de vie de Monsieur X. et, en particulier, de réduire le recours à la contention. Le renfort de la dotation d'encadrement subventionné par le SPAS, le suivi par le Comité de révision, les réflexions interdisciplinaires au sein de l'institution et avec le DCPHM, l'organisation de l'accompagnement par l'équipe socio-éducative, l'engagement et la créativité des divers intervenants socioéducatifs, les formations organisées et proposées par l'institution, l'apport du milieu médical ainsi que l'implication de la famille ont contribué à cet accompagnement important et à son évolution positive.

Ainsi, nous sommes passés de plus de 12 heures de contention quotidienne (dont toute la nuit) qui étaient nécessaires vu l'intensité des troubles du comportement (en particulier l'hétéro agressivité et des fugues incontrôlées) à moins de 5 heures mensuelles durant le 1er semestre 2014. Malheureusement, cette quasi-levée de mesure n'a pas pu être confirmée par la suite : de août 2014 à décembre 2015, la situation s'est compliquée avec une intensification des comportements-défis qui ont mené à une augmentation des durées de contention, restant néanmoins très inférieure à celles des années 2006-2010 (environ 360 heures mensuelles), à savoir entre 80 et 100 heures mensuelles.

Cependant, l'augmentation du nombre de contention a alarmé l'ensemble du réseau et a amené les professionnels du terrain à questionner, à construire et à redéfinir une nouvelle fois l'environnement d'accueil et le cadre d'accompagnement de Monsieur X., mobilisant ainsi toutes les stratégies possibles et pertinentes à la situation, en particulier celles liées à la compréhension des TSA (formations, analyses de pratique, évaluations). Ces multiples actions ont permis – semble-t-il selon une évaluation à 3 mois – de freiner la fragilisation de la situation et de redonner une impulsion pour plus de stabilité dans la vie de tous les jours de Monsieur X.

Le recul sur plusieurs années nous montre que malgré tous les efforts engagés, qu'ils soient financiers, humains, méthodologiques, techniques, relationnels, réflexifs, etc., le chemin vers une plus grande qualité de vie, reste, pour une situation de vie comme celle de Monsieur X., toujours fragile et dans une très grande vulnérabilité face aux facteurs externes qui ne peuvent être entièrement maîtrisés (changements de collaborateurs, de résidents etc...). Nous savons à quel point, malgré toute la structuration de la vie quotidienne que nous pouvons réaliser, la relation personnelle, l'engagement individuel ou encore la connaissance des habitudes de vie, sont des facteurs essentiels à la réussite d'une intégration et d'une amélioration de la qualité de vie.

Il nous semble également que la situation de Monsieur X. montre que cette qualité de vie - qui est l'objectif globalement poursuivi - doit nécessairement être évaluée selon de multiples dimensions complémentaires à celle de la question de la contention, à savoir : qualité des

relations avec la famille, les autres résidents et les professionnels, accès à des loisirs et activités dans et hors institution, protection des conséquences de l'hétéroagressivité (stigmatisation, exclusion) et aussi, très simplement, la recherche du plaisir et de la joie dans la vie de tous les jours.

Nous savons que l'ensemble des intervenants continuera ces prochaines années à œuvrer dans ce sens et nous souhaitons pouvoir rapporter un jour dans ces pages que la mesure de contention de Monsieur X. a pu être entièrement levée.

St-Barthélemy, le 26 mai 2016

5. RECOMMANDATIONS

Les recommandations que la LAIH invité le Comité à formuler vis-à-vis du département consistent essentiellement en les déterminations que le Comité formule au sujet de chaque mesure de contrainte dans le cadre des évaluations et qui sont validées par le Chef DSAS et communiquées aux établissements par ce dernier.

Le Comité a également traité de sujets particuliers sur lesquels il prend position (cf. Chap. 3, Thèmes traités).

En outre, les séances plénières auxquelles le Chef DSAS participe une fois par an, sont l'occasion d'échanger sur des aspects choisis de la problématique.

De plus, lors des visites d'établissements, la délégation du Comité analyse les situations et formule le cas échéant des recommandations à l'adresse des établissements. La délégation présente ensuite son rapport au Comité in corpore qui s'adresse à l'établissement, par courrier, pour valider la visite et le cas échéant formuler des recommandations.

6. CONCLUSIONS

On peut constater que les Directives du DSAS sont assimilées par les établissements depuis quelques années déjà, après des débuts plus difficiles, dus probablement à une implantation initiale un peu brusque. Ces directives ont d'ailleurs été confirmées entièrement par les nouvelles règles du Code civil sur la protection des adultes qui ont repris les mêmes principes.

Les Directives ont posé le cadre pour une approche différente à l'égard des mesures de contrainte dans le Canton, mais leur réelle diminution qui s'est poursuivie sur la période 2012 à 2015, est à mettre sur le compte des efforts partagés entre les acteurs, soit les directions et équipes des établissements, les organisations faïtières, le DCPHM, les médecins des établissements, les participants aux réseaux, le SPAS et le Comité de révision.

Est à relever tout de même en premier lieu le travail sur le terrain, mené par les professionnels, qui ont recherché des alternatives et ont souvent de manière créative trouvé des réponses plus souples et plus adéquates, même à des situations parfois complexes et figées. Ils sont à féliciter pour leur courage et leur engagement pour le bien être des résidents qui leur sont confiés.

Le Comité quant à lui poursuivra son mandat légal en cherchant par son action à contribuer à la disparition des mesures de contrainte qu'il est amené à surveiller.

Lausanne, le 18 août 2016

Pour le Comité :

Vlad Fernandez
Conseiller socio-éducatif
APHAGI/SPAS
membre du Comité de révision

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'V. Fernandez', with a long horizontal stroke extending to the right.

Christoph Voggensperger
Adjoint juriste SG-DSAS
président du Comité de révision

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'C. Voggensperger', with a large circular flourish at the beginning.

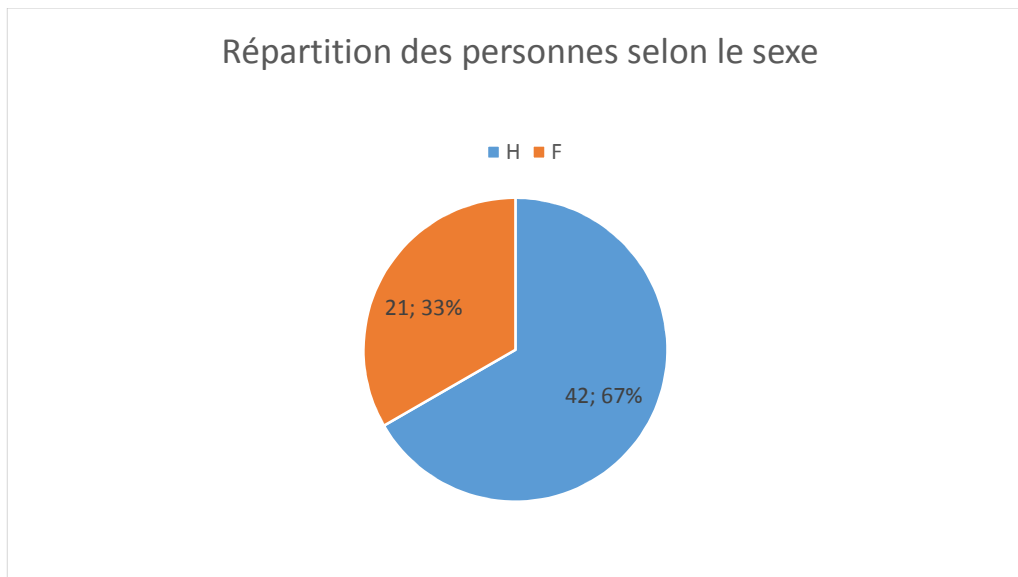
- Annexes :**
- I Profil des personnes ayant ou ayant eu des mesures de contrainte entre 2012 et 2015
 - II Membres du Comité
 - III Extrait de la LAIH
 - IV Extrait du Code civil suisse
 - V FAQ

Annexe I

Profil des personnes ayant ou ayant eu des mesures de contrainte entre 2012 et 2015

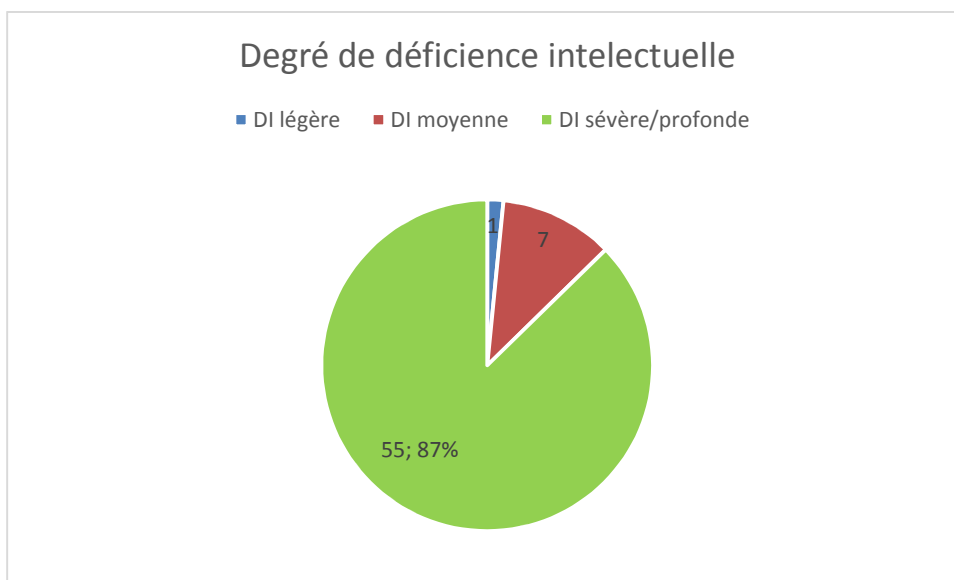
Entre 2012 et 2015, 63 personnes ont eu des mesures de contrainte, dont 18 sont encore actives à fin 2015. Voici quelques éléments précisant le profil de ces personnes¹⁴ :

Le tableau suivant montre la répartition des personnes selon le sexe :



Ainsi, plus de deux tiers des personnes sont masculines (67%).

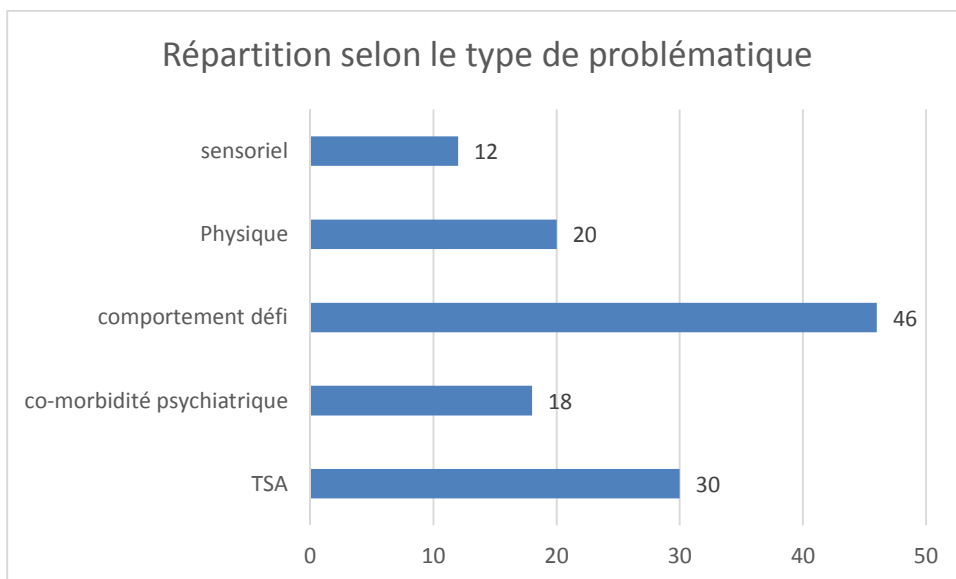
Le tableau suivant précise le degré de déficience intellectuelle :



Ainsi, presque 9 personnes sur 10 présente une déficience intellectuelle sévère à profonde (87%)

¹⁴ Ces données n'ont pas la prétention de l'exactitude scientifique et médicale. Elles sont le résultat des connaissances combinées de deux membres du Comité, ainsi que quelques informations demandées aux ESE partenaires.

Le tableau suivant permet de comprendre quelles sont les problématiques¹⁵ que présentent les personnes :

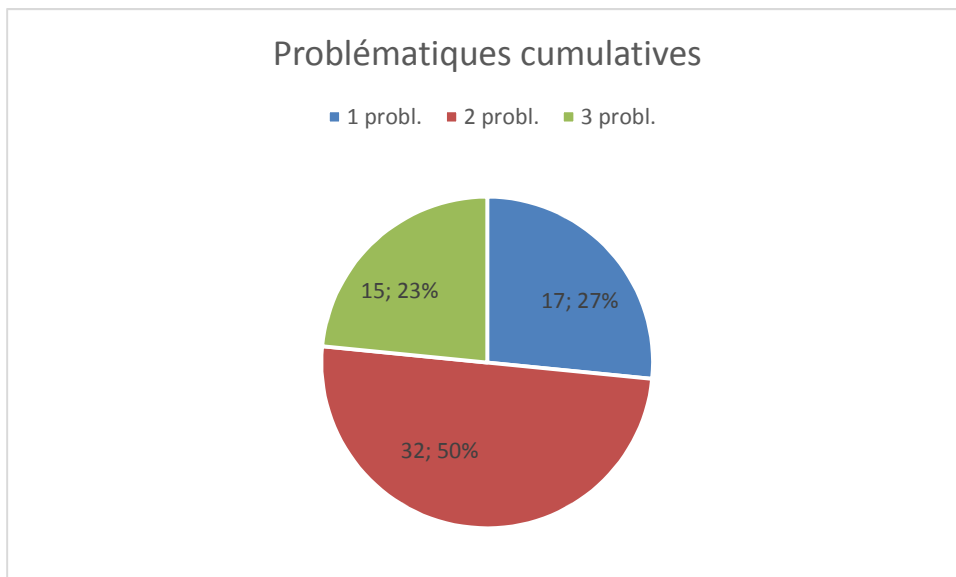


Les comportements défis sont présents pour 46 personnes sur les 63, soit pour plus du 2/3. Ensuite, les personnes présentant un trouble du spectre autistique (TSA) pour presque la moitié (48%).

Suivent pour 1/3, les problématiques physiques, accidents, opérations (32%) et un diagnostic psychiatrique (29%).

Et pour finir, les aspects sensoriels pour presque 1/5, soit 19%.

Finalement, le tableau suivant montre le nombre de problématiques qui peuvent être cumulées par les personnes :



Ainsi presque ¼ des personnes peuvent présenter 3 problématiques cumulées (par ex. un TSA, une co-morbidité psychiatrique ainsi qu'un trouble sensoriel). La moitié vont présenter deux problématiques cumulées (par ex. un TSA ainsi que des comportements défis).

¹⁵ Une personne peut présenter un profil cumulatif de plusieurs problématiques.

ANNEXE II

Membres du Comité Etat fin 2015		Commission Bureau Groupe évaluation
Associations pour la défense des personnes en situation de handicap	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mme Franca Gris, Insieme Vaud, éducatrice spécialisée <p><i>Jusqu'à fin 2014 :</i> <i>Mme Michèle Dutoit, Insieme Vaud, membre du comité</i></p>	C – Ev
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mme Kirsten Gigase, Solidarité Handicap Mental, SHM, co-responsable ▪ Mme Lynda Bouzourène, Autisme Suisse romande <p><i>Jusqu'à fin 2013 :</i> <i>Mme Jacqueline Albert, Autisme Suisse romande</i></p>	C – B – Ev. C
AVOP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ M. Bernard de Haller, L'Espérance, adjoint au chef du département Hébergement Majeurs <p><i>Jusqu'à fin 2014 :</i> <i>M. Bernard Cavin, L'Espérance, responsable de secteur</i></p>	C – B – Ev
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mme Axelle Schnell, Fondation de Vernand, responsable éducative <p><i>Jusqu'à fin mai 2015 :</i> <i>M. Alban Resin, Les Esserts, directeur</i></p>	C – Ev
Avenir Social Vaud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ M. Taoufik El Hamidi, Avenir Social 	C
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ M. Marc Barblan, Lavigny, éducateur <p><i>Jusqu'à fin 2014 :</i> <i>M. Gabriel Cohergne, L'Espérance</i></p>	C
Secteurs psychiatriques vaudois	<ul style="list-style-type: none"> ▪ M. Jean-Michel Kaision, Directeur des soins, Direction de la Psychiatrie du Centre, Cery 	C
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr Philippe Guignard, Médecin-adjoint et responsable des unités intermédiaires du réseau psychiatrie adulte, Centre thérapeutique de jour, Clarens 	C
CHUV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr Jacques Baudat, Médecin responsable de la SPDM - PCO - DP – CHUV 	C – Ev
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr Nicolas Tsachouridis, Chef de clinique SPDM 	C - Ev
SPAS, SSP et SG-DSAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mme Françoise Jaques, Cheffe du SPAS 	C
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr. Karim Boubaker, Médecin cantonal 	C – Ev
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ M. Fabio Bertozzi, Chef section APHAGI, SPAS <p><i>Jusqu'à fin juin 2014:</i> <i>M. Thierry Matter, Chef section APHAGI, SPAS</i></p>	C
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ M. Vlad Fernandez, conseiller éducatif, APHAGI, SPAS <p><i>Jusqu'à octobre 2012:</i> <i>Mme Sonia Kursner, conseillère éducative, APHAGI, SPAS</i></p>	C – B – Ev
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ M. Christophe Voggensperger, SG-DSAS, adjoint juriste, président du Comité 	C – B - Ev

ANNEXE III

Loi cantonale du 10 février 2004 sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées, LAIH (extrait)

SECTION II MESURES DE CONTRAINTE ¹

Art. 6g Mesures de contrainte ²

¹ Par principe, toute mesure de contrainte à l'égard d'une personne handicapée ou en grandes difficultés sociales hébergée en établissement socio-éducatif est interdite. Le droit pénal et civil en matière de mesures de sûreté et de privation de liberté à des fins d'assistance est réservé.

² A titre exceptionnel et, dans la mesure du possible, après en avoir discuté avec la personne handicapée ou en grandes difficultés sociales hébergée, son représentant légal ou ses proches, le médecin responsable, ou après aval de celui-ci, l'éducateur travaillant dans l'institution peut, suite à la consultation de l'équipe socio-éducative, imposer pour une durée limitée des mesures de contrainte strictement nécessaires à sa prise en charge :

- a. si d'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou n'existent pas ;
et
- b. si le comportement de la personne handicapée ou en grandes difficultés sociales présente un danger grave pour sa sécurité ou sa santé ou pour celle des autres personnes.

³ Le comité de révision doit être informé de toute mesure de contrainte prise.

⁴ Les directives du département fixent les cas où l'accord du Médecin cantonal est requis.

4 Le département définit les mesures de contrainte et fixe les modalités pratiques y relatives.

Art. 6h Modalités et protection ¹

¹ La surveillance de la personne handicapée ou en grandes difficultés sociales hébergée est renforcée pendant toute la durée de la mesure de contrainte dont le maintien fait l'objet d'évaluations. Un protocole comprenant le but et le type de chaque mesure utilisée ainsi que le nom de la personne responsable, la fréquence et le résultat des évaluations est inséré dans le dossier de la personne handicapée ou en grandes difficultés sociales.

² La personne concernée, son représentant légal, sa personne de confiance ou ses proches peuvent s'adresser à la Commission d'examen des plaintes compétente pour demander l'interdiction ou la levée des mesures de contrainte.

Art. 6i Comité de révision ¹

¹ Il est institué un comité de révision chargé d'analyser périodiquement l'ensemble des mesures de contrainte prises en établissements socio-éducatifs.

² Le comité de révision rend au département un rapport annuel contenant des propositions et recommandations tendant à une prise en charge et une protection optimales des résidents. Sur cette base, le département peut prendre les mesures nécessaires et proportionnées pour assurer la bonne prise en charge du résident, ainsi que sa protection.

³ La composition et les règles d'organisation du comité de révision sont fixées par le règlement.

Art. 6j Le Bureau cantonal de la médiation des patients et des résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs ⁴

¹ Le Bureau cantonal de la médiation des patients et des résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs (ci-après : le Bureau de la médiation) est compétent pour :

- a. informer les personnes handicapées ou en grandes difficultés sociales placées en établissement socio-éducatif (ci-après : les personnes placées) des droits que leur consacre la LAIH ;
- b. participer à l'information et à la promotion des droits des personnes handicapées ou en grandes difficultés sociales placées consacrés par la LAIH auprès des personnes concernées ;
- c. traiter de toute plainte relative à une violation des droits des personnes placées consacrés par la LAIH. Le médiateur peut recourir à tout moyen qui lui semble raisonnablement utile à résoudre le différend qui sépare les intéressés et pour les concilier ;
- d. établir annuellement un rapport d'activité, qui est public.

² Les autres règles sont fixées aux articles 15a et suivants LSP ³, et s'appliquent par analogie.

Art. 6k La Commission d'examen des plaintes des résidents ou usagers d'EMS, de divisions C d'hôpitaux et d'établissements socio-éducatifs (ci-après : la Commission d'examen des plaintes des résidents) ⁴

¹ La Commission d'examen des plaintes des résidents est compétente pour exercer, d'office ou sur requête, les attributions suivantes :

- a. assurer le respect des droits des personnes handicapées ou en grandes difficultés sociales placées en établissement socio-éducatif défini par la LAIH, consacrés par la présente loi ;
- b. traiter les plaintes et dénonciations relatives à leur prise en charge par les professionnels des structures d'accueil touchant aux violations des droits de la personne ;
- c. dans la mesure du possible, tenter la conciliation entre les parties ;
- d. demander aux professionnels des établissements sanitaires ou socio-éducatifs concernés toutes les informations utiles à l'exécution de sa tâche ;
- e. transmettre au département son préavis sur les mesures à prendre, ainsi que ses éventuelles recommandations ;
- f. ordonner la cessation des violations caractérisées des droits que la LAIH reconnaît aux résidents, notamment en matière de contrainte ;
- g. exercer en outre les tâches qui lui sont attribuées par la présente loi ;
- h. aviser immédiatement le département lorsque des événements graves, pouvant justifier une mesure provisionnelle, sont dénoncés, (art. 24 c LAIH).

² Les autres règles sont fixées aux articles 15a et suivants LSP ³, et s'appliquent par analogie.

ANNEXE IV

CODE CIVIL révisé

(entré en vigueur 1^{er} janvier 2013)

Sous-chapitre III: De la personne résidant dans un établissement médico-social

Art. 382 A. Contrat d'assistance

A. Contrat d'assistance

¹ L'assistance apportée à une personne incapable de discernement résidant pendant une période prolongée dans un établissement médico-social ou dans un home (institutions) doit faire l'objet d'un contrat écrit qui établit les prestations à fournir par l'institution et leur coût.

² Les souhaits de la personne concernée doivent, dans la mesure du possible, être pris en considération lors de la détermination des prestations à fournir par l'institution.

³ Les dispositions sur la représentation dans le domaine médical s'appliquent par analogie à la représentation de la personne incapable de discernement lors de la conclusion, de la modification ou de la résiliation du contrat d'assistance.

Art. 383 B. Mesures limitant la liberté de mouvement / I. Conditions

B. Mesures limitant la liberté de mouvement

I. Conditions

¹ L'institution ne peut restreindre la liberté de mouvement d'une personne incapable de discernement que si des mesures moins rigoureuses ont échoué ou apparaissent a priori insuffisantes et que cette restriction vise:

1. à prévenir un grave danger menaçant la vie ou l'intégrité corporelle de la personne concernée ou d'un tiers;
2. à faire cesser une grave perturbation de la vie communautaire.

² La personne concernée doit être informée au préalable de la nature de la mesure, de ses raisons, de sa durée probable, ainsi que du nom de la personne qui prendra soin d'elle durant cette période. Le cas d'urgence est réservé.

³ La mesure doit être levée dès que possible; dans tous les cas, sa justification sera reconsidérée à intervalles réguliers.

Art. 384 B. Mesures limitant la liberté de mouvement / II. Protocole et devoir d'information

II. Protocole et devoir d'information

¹ Toute mesure limitant la liberté de mouvement fait l'objet d'un protocole. Celui-ci contient notamment le nom de la personne ayant décidé la mesure ainsi que le but, le type et la durée de la mesure.

² La personne habilitée à représenter la personne concernée dans le domaine médical doit être avisée de la mesure; elle peut prendre connaissance du protocole en tout temps.

³ Les personnes exerçant la surveillance de l'institution sont également habilitées à prendre connaissance du protocole.

Art. 385 B. Mesures limitant la liberté de mouvement / III. Intervention de l'autorité de protection de l'adulte

III. Intervention de l'autorité de protection de l'adulte

¹ La personne concernée ou l'un de ses proches peut, en tout temps, en appeler par écrit à l'autorité de protection de l'adulte au siège de l'institution contre la mesure limitant la liberté de mouvement.

² Si l'autorité de protection de l'adulte constate que la mesure n'est pas conforme à la loi, elle la modifie, la lève, ou ordonne une autre mesure. Si nécessaire, elle en informe l'autorité de surveillance de l'institution.

³ Toute requête sollicitant une décision de l'autorité de protection de l'adulte doit lui être transmise immédiatement.

Art. 386 C. Protection de la personnalité

C. Protection de la personnalité

¹ L'institution protège la personnalité de la personne incapable de discernement et favorise autant que possible ses relations avec des personnes de l'extérieur.

² Lorsque la personne concernée est privée de toute assistance extérieure, l'institution en avise l'autorité de protection de l'adulte.

³ Le libre choix du médecin est garanti, à moins que de justes motifs ne s'y opposent.

Art. 387 D. Surveillance des institutions

D. Surveillance des institutions

Les cantons assujettissent les institutions qui accueillent des personnes incapables de discernement à une surveillance, à moins que celle-ci ne soit déjà prescrite par une réglementation fédérale.

ANNEXE V

FAQ

(repris du rapport 2009-2011)

Lors des séances du Groupe d'évaluation et au sein du Comité, certaines questions ont émergé dont les plus importantes sont présentées ci-après. Les positions ci-dessous reflètent les points de vue du Comité ou de son Bureau, sans être toutefois partagées unanimement dans tous leurs détails par tous les membres du Comité.

- **Dans quelle mesure faut-il tenir compte du consentement du résident à une mesure de contrainte ?**

Des ESE ont signalé au Comité des situations où le/la résident/e demande lui/elle-même la mesure de contrainte (ex. fermer la porte à clé durant la nuit) ou il/elle exprime son accord avec une mesure, de manière verbale ou non verbale.

Le principe de l'autodétermination est essentiel. Cependant, il nous paraît difficile de statuer clairement sur la question de savoir si la volonté du, de la résident/e est toujours sa propre volonté libre et éclairée quant à la mesure de contrainte. Pour que les conditions du consentement libre et éclairé soient remplies, il faut que la personne soit capable de discernement, qu'elle ait donné son accord après avoir reçu une information complète et correcte sur l'intervention et qu'elle n'ait fait l'objet ni de menaces ni de contrainte.

L'évaluation de la validité de cet accord du résident nécessiterait une expertise indépendante qui tient compte de tous les éléments (histoire, conditions du lieu de vie, handicap et capacité de discernement du résident).

Actuellement, le Comité demande que toutes les situations de contrainte, même celles où il y a un accord manifesté par le résident, soient annoncées au DSAS. Suivant le principe de précaution, il va donc au-delà des Directives qui, si on les prend à la lettre, ne demandent que l'annonce de mesures appliquées "contre ou sans la volonté" du résident.

- **Dans quelle mesure faut-il tenir compte de l'accord du représentant légal pour une mesure de contrainte ?**

L'avis du représentant légal (parents, curateur) sur une mesure de contrainte est lié au fait qu'il connaît la personne, a des contacts et lorsqu'il s'agit des parents, ils l'accueillent parfois temporairement chez eux à la maison. Il apparaît parfois que la famille applique cette mesure lorsque la personne est chez elle.

Or, le résident est confié à l'ESE et donc la première responsabilité pour le résident revient à l'établissement qui se doit de respecter les Directives et donner la réponse la plus appropriée en tenant compte de la problématique du résident dans sa globalité et elle se doit de rechercher des alternatives à la mesure, dans l'intérêt objectif du résident.

Cependant l'ESE doit avoir une approche interdisciplinaire et la LAIH donne la responsabilité de décider ou non d'une mesure de contrainte à l'établissement, respectivement à son éducateur ou médecin, mais après avoir discuté avec le représentant légal et les proches du résident (et bien sûr après avoir consulté les équipes).

En cas d'avis divergents et lorsque le dialogue n'est plus suffisant, l'établissement doit signaler ce différent au Comité, à l'autorité de tutelle s'il y a malveillance des parents. Les parents et représentants légaux peuvent s'adresser au Bureau de médiation, à la Commission des plaintes ou à la Justice de Paix, selon la capacité de discernement du résident (cf. 3.7).

- **Quelles sont les responsabilités des acteurs (ESE, Comité, SPAS, Chef du département) en cas de dommage ?**

Le cadre légal est posé par la LAIH et les Directives. Ces deux textes donnent la compétence de décider ou de lever des mesures de contrainte aux établissements. Dès lors, si une mesure de contrainte ou sa

levée conduit à un « dommage » (blessure corporelle ou traumatisme psychologique), la responsabilité revient donc à l'établissement. L'Etat peut intervenir par :

- L'évaluation des mesures de contrainte par le Comité de révision. Les déterminations du Comité ont un caractère de recommandations. L'ESE reste responsable de ses décisions. Ceci demeure le cas, même si le Chef DSAS approuve ces déterminations du Comité et les transmet aux établissements. Le Chef DSAS ne prend pas de décision concrète sur les différentes situations, mais appuie les conclusions du Comité.

- Une instruction de l'autorité de surveillance, le SPAS, ou par le Chef DSAS à l'établissement, basée sur l'article 57 LAIH qui donne le pouvoir au département "de prendre en tout temps les mesures propres à prévenir ou faire cesser un état de fait contraire à la LAIH, ou menaçant la sécurité des bénéficiaire de la loi et le respect de leur droits fondamentaux". Dans ce cas, le département participe à la responsabilité, mais l'ESE préserve la responsabilité de mettre en œuvre correctement l'instruction et garde la responsabilité pour la gestion de la situation, là où il y a une marge de manœuvre, en agissant dans l'intérêt objectif du résident (et en tenant compte, le cas échéant, des autres intérêts en jeu, par exemple des autres résidents et des équipes).