

DIRECTI- VES Mesures de contrainte en médecine MEDICO- ETHIQUES



Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Académie Suisse des Sciences Médicales
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Swiss Academy of Medical Sciences

Editeur

Académie Suisse
des Sciences Médicales (ASSM)
Maison des Académies
Laupenstrasse 7, CH-3001 Bern
T +41 (0)31 306 92 70
mail@samw.ch
www.assm.ch

Présentation

Howald Fosco Biberstein, Basel

Traduction

Dominique Nickel, Bern

Impression

Gremper AG, Basel

Tirage

1^{er} tirage 1000 (décembre 2015)
2^{ème} tirage 350 (juillet 2018)

Toutes les directives médico-éthiques de
l'ASSM sont disponibles sur
www.assm.ch/directives en allemand,
français, anglais et italien.

© ASSM 2018

Directives médico-éthiques

Mesures de contrainte en médecine

Approuvées par le Sénat de l'ASSM le 19 novembre 2015.
La version allemande est la version d'origine.



Ces directives font partie du code de déontologie de la FMH.



L'Association suisse des infirmières et infirmiers ASI recommande à tous ses membres et à tous les soignants de respecter et d'appliquer ces directives.

I.	PRÉAMBULE	5
II.	DIRECTIVES	7
1.	Champ d'application des directives	7
2.	Notions fondamentales et conditions cadres juridiques	7
2.1.	Mesures limitatives de liberté	8
2.2.	Traitement sous contrainte	9
2.3.	Placement à des fins d'assistance/ maintien d'une personne entrée de son plein gré	10
2.4.	Capacité de discernement	11
2.5.	Situation d'urgence	12
2.6.	Grave perturbation de la vie communautaire	13
2.7.	Grave état d'abandon	13
3.	Principes	13
3.1.	Respect de l'autodétermination	13
3.2.	Subsidiarité et proportionnalité	14
3.3.	Environnement approprié	14
3.4.	Communication et documentation	15
4.	Domaines d'application	16
4.1.	Patients souffrant de maladies somatiques	16
4.2.	Patients souffrant de troubles psychiques	20
4.3.	Enfants et adolescents	24
4.4.	Patients en établissement de soins de longue durée	28
4.5.	Patients en traitement extrahospitalier	31
4.6.	Patients en milieu carcéral	32
III.	ANNEXES	33
A.	La contrainte – un concept pluridimensionnel	33
B.	Soutien dans la procédure d'application des directives	36
1.	Processus décisionnel: l'application de mesures limitatives de liberté	36
2.	Placement à des fins d'assistance (PAFA)	37
3.	Documentation des mesures de contrainte	38
C.	Glossaire	40
	Indications concernant l'élaboration de ces directives	44

I. PRÉAMBULE

Les patients¹ doivent donner leur consentement aux mesures médicales de manière autonome – c'est-à-dire sur la base d'informations fiables, après une évaluation minutieuse et en accord avec leurs valeurs personnelles – et pouvoir en assumer la responsabilité. La notion d'autonomie constitue un concept clé en éthique médicale. Tout usage de la contrainte est contraire au principe du respect de l'autonomie. Il existe néanmoins, en médecine, des situations dans lesquelles le recours à des mesures de contrainte est inéluctable. Tel est le cas notamment lorsque les principes de la bienfaisance et de la non-malfaisance ne peuvent être respectés d'une autre manière.

L'objectif des présentes directives est de proposer un cadre permettant de répondre aux questions soulevées dans ce contexte difficile. Elles tiennent compte des exigences légales du droit sur la protection de l'enfant et de l'adulte (DPEA), entré en vigueur le 1^{er} janvier 2013. D'une part, celui-ci comprend d'importantes dispositions relatives aux procédures d'application des mesures de contrainte médicale au sens large; d'autre part, en tant que partie du Code civil, il contribue à l'harmonisation nationale d'une législation toujours empreinte de profondes divergences cantonales. Il règle notamment la représentation de personnes incapables de discernement concernant les mesures médicales.

Ces directives visent à appuyer la prise de conscience de l'atteinte sévère aux droits fondamentaux de la personne que représente toute mesure de contrainte, même lorsque toutes les exigences relatives aux procédures sont satisfaites; elles rappellent ainsi que toute mesure de contrainte requiert à chaque fois une justification éthique. Cet aspect est capital et le fait de formuler des règles et de définir des procédures relatives aux mesures de contrainte ne doit en aucun cas atténuer son importance dans la perception des groupes professionnels concernés. L'observance de directives relatives aux procédures ne justifie pas à elle seule l'application de mesures de contrainte. Une réflexion éthique approfondie est tout aussi indispensable que le strict respect des dispositions juridiques et du droit en vigueur.

1 Les directives de l'ASSM sont rédigées alternativement au masculin ou au féminin.
Les textes concernent toujours tous les membres des groupes de personnes mentionnés.

Les présentes directives² s'adressent à l'ensemble des équipes médicales³ au sein des institutions, aux médecins installés ainsi qu'au domaine des soins extra-hospitaliers. Elles abordent notamment les questions suivantes:

- Quels sont les scénarios à prévoir pour éviter le recours à des mesures de contrainte (prévention, alternatives)?
- Sous quelles conditions éthiques et juridiques des mesures de contrainte peuvent-elles être considérées comme incontournables et défendables?
- Quels sont les aspects dont l'équipe de soins doit tenir compte dans le processus décisionnel concernant l'application de mesures de contrainte? De quelle manière la personne concernée, sa personne de confiance, ses représentants ou ses proches doivent-ils être informés au sujet d'une mesure de contrainte déjà appliquée ou envisagée?
- Lorsque les mesures de contrainte s'avèrent inévitables, quelles sont les précautions à prendre pour ménager au mieux le patient et pour éviter des conséquences traumatisantes?
- Comment le suivi (le cas échéant à long terme) des personnes concernées par des mesures de contrainte doit-il être planifié et réalisé?
- Comment la manière de procéder choisie doit-elle être documentée et évaluée?

2 Du fait de leur intégration au code déontologique, les directives deviennent obligatoires pour les membres de la FMH.

3 Le terme de «médical» est utilisé ci-après de manière globale et se rapporte à l'activité des médecins, des infirmiers et des thérapeutes.

II. DIRECTIVES

1. Champ d'application des directives

Les présentes directives s'adressent aux médecins, infirmiers et autres professionnels de la santé qui appliquent respectivement ordonnent des mesures de contrainte. Elles concernent toutes les «mesures de contrainte» appliquées à un patient dans le cadre de la prévention, du diagnostic, de la thérapie ou de la réhabilitation. Les mesures de contrainte, dont l'objectif n'est pas médical (c'est-à-dire préventif, diagnostique, thérapeutique ou réhabilitatif) n'entrent pas dans leur champ d'application. Les professionnels socio-pédagogiques et pédagogiques impliqués dans la prise en charge de patients observent des directives spécifiques.

2. Notions fondamentales et conditions cadres juridiques

Le recours à la contrainte désigne l'application d'une mesure en dépit du fait que la personne concernée manifeste ou a manifesté par le passé son désaccord par l'expression de sa volonté ou par la résistance. Dans la pratique médicale, la contrainte peut revêtir de multiples formes, dont l'évaluation éthique et juridique s'inscrit dans un continuum allant des mesures recommandées jusqu'à des mesures totalement inacceptables (voir annexe A). Le terme de «contrainte» utilisé ici au sens large englobe non seulement l'aspect physique, mais également des formes moins évidentes d'usage de la contrainte. Il s'agit notamment de l'usage manifeste ou dissimulé de la contrainte par des moyens psychologiques, soit en contact direct avec le patient soit indirectement en impliquant les proches ou d'autres personnes de référence. Dans ce domaine, il arrive souvent que la contrainte ne soit pas perçue comme telle par les groupes professionnels impliqués, mais au contraire comme une partie intégrante «normale» et inévitable du processus de soins et de prise en charge.

Toute mesure thérapeutique appliquée contre la volonté autodéterminée du patient ou en dépit de son opposition est considérée comme *contrainte dans le sens de ces directives*.⁴ Que la volonté soit l'expression actuelle d'un patient capable de discernement ou qu'il soit nécessaire de rechercher la volonté exprimée au préalable ou présumée d'un patient (provisoirement) incapable de discernement ne joue aucun rôle pour établir s'il s'agit de contrainte ou non. De même, peu importe que la résistance soit exprimée uniquement par un refus verbal ou non verbal ou par une défense active.

4 La «définition large» utilisée dans ce document peut poser des problèmes aux cantons qui, sur la base de dispositions cantonales, exigent une décision écrite pour chaque mesure de contrainte.

Chez les personnes incapables de discernement, les mesures de contrainte peuvent s'avérer inéluctables si, malgré tous les efforts déployés, le bien-être du patient ne peut être assuré avec son consentement. Chez les patients capables de discernement, les mesures de contrainte médicales sont, en principe, inadmissibles; elles peuvent tout au plus être appliquées dans le cadre d'un placement à des fins d'assistance, de l'exécution de mesures pénales, dans le cadre de la loi sur les épidémies ou, le cas échéant, sur la base de dispositions cantonales.⁵ Toutefois, les interventions médicales réalisées sous la contrainte physique et portant atteinte à l'intégrité corporelle de personnes capables de discernement ne sont en aucun cas admissibles.

Le droit de protection de l'adulte contient des réglementations pour l'application de mesures de contrainte dans certains domaines, notamment dans le cadre d'un placement à des fins d'assistance, en cas de maintien de patients hospitalisés de leur plein gré, ou de séjour dans un établissement médico-social; il contient tout particulièrement des dispositions visant à renforcer la protection juridique de la personne concernée.

Dans la pratique, on peut distinguer les *traitements* médicamenteux sous contrainte (traitements sous contrainte au sens étroit) et l'administration de sédatifs sous contrainte en cas de danger pour autrui.⁶ Il existe, par ailleurs, de nombreuses autres formes de limitation de la liberté sans administration de médicaments.

2.1. Mesures limitatives de liberté

On entend par *limitation de la liberté* les limitations de la liberté de mouvement ainsi que d'autres droits fondamentaux. Les mesures limitatives de liberté sont appliquées en premier lieu lorsqu'il est impossible d'écarter un danger pour le patient lui-même; plus rarement, les mesures limitatives de liberté peuvent jouer un rôle pour détourner un danger pour autrui ou éviter une perturbation grave de la vie communautaire. Une limitation de la liberté appliquée à la demande de la personne concernée ou discutée au préalable et acceptée comme effet secondaire d'un traitement n'est pas considérée comme une mesure de contrainte dans le sens de ces directives. Les limitations de la liberté personnelle, qu'une personne tolère passivement ou qu'elle ne perçoit pas, peuvent être considérées comme mesures de contrainte, notamment lorsqu'elles vont à l'encontre de sa volonté présumée.

5 En principe, dans le cadre du PAFA d'une personne capable de discernement, le droit fédéral n'autorise que la limitation de la liberté et non pas le traitement contre la volonté de la personne concernée. En revanche, il existe des lois cantonales qui envisagent un traitement sous contrainte également dans le domaine somatique, cf. par exemple § 26 de la loi sur les patientes et patients du canton de Zurich LS 813.13.

6 Conformément à l'art. 435 CC (Cas d'urgence), il est possible, en situation d'urgence dans le cadre d'un PAFA, de traiter un patient sous la contrainte s'il représente un danger pour autrui.

2.1.1. Limitation de la liberté de mouvement

Les *mesures de limitation de la liberté de mouvement* englobent toutes les limitations de la liberté de mouvement individuelle. Ces limitations peuvent se dérouler à l'aide de moyens mécaniques ou de médicaments, mais également avec des moyens psychologiques.⁷

2.1.2. Autres mesures limitatives de liberté

Au-delà des limitations de la liberté de mouvement, il existe d'autres *limitations de la liberté personnelle*, notamment les limitations de la sphère privée (par exemple une surveillance (électronique) continue, des limitations individuelles de produits d'agrément considérés comme nocifs tels que l'alcool, les cigarettes ou les sucreries) ou de la liberté de communiquer (concernant par exemple les visites, les communications téléphoniques, etc.).

2.2. Traitement sous contrainte⁸

On entend par *traitement sous contrainte* toutes les mesures médicales appliquées sous la contrainte, dans le but de préserver ou de recouvrer la santé.

Le traitement forcé d'un patient capable de discernement est inadmissible. Toutefois, dans certaines situations exceptionnelles soumises à des réglementations spécifiques, un traitement peut néanmoins être envisagé dans l'intérêt public. Tel est le cas lorsqu'un patient forcé de choisir entre deux alternatives qu'il ne souhaite pas préférer consentir au traitement plutôt que de se voir imposer une mesure limitative de liberté (par exemple un traitement antituberculeux au lieu d'un isolement ou un traitement ordonné par voie judiciaire à la place d'une privation de liberté).

7 Contrairement à la définition large utilisée ici, l'art. 383 CC, qui s'applique aux patients en établissements médico-sociaux, concerne exclusivement les mesures de limitation physique des mouvements, c'est-à-dire par des moyens mécaniques. L'art. 383 CC s'applique par analogie aux patients en PAFA (cf. à ce sujet l'art. 438 CC). Il importe cependant de noter que l'art. 383 ne peut s'appliquer qu'aux patients incapables de discernement, alors que les dispositions concernant le PAFA dans l'art. 426 ss CC s'appliquent également aux patients capables de discernement.

8 Lorsqu'il s'agit de patients placés à des fins d'assistance, le droit de protection de l'enfant et de l'adulte ne parle pas de traitement sous contrainte, mais de traitement sans consentement (art. 434 CC). Toutefois, cela ne signifie pas inversement que chaque traitement sans consentement est une mesure de contrainte dans le sens de l'art. 434. Ainsi, le consentement du patient fait défaut lorsque des mesures médicales indiquées sont adoptées dans des situations d'urgence ou parce qu'il est impossible d'obtenir des informations concernant la volonté du patient (par exemple en cas d'incapacité de discernement du patient et en l'absence de personne de référence) (art. 379 CC).

Des traitements contraints peuvent être appliqués à des patients incapables de discernement, même contre résistance, à condition que ces derniers ne s'y soient pas opposés au préalable et qu'un représentant légal⁹ ait donné son consentement. En cas de danger sérieux ne pouvant être évité d'une autre manière, le traitement sous contrainte peut être commencé avant l'obtention du consentement. Toutefois, sous certaines conditions spécifiques, il est possible d'envisager un traitement sous contrainte chez des patients incapables de discernement¹⁰ traités pour des troubles psychiques dans le cadre d'un placement à des fins d'assistance (PAFA¹¹), sans le consentement d'un représentant (cf. chapitre 4.2.), conformément à l'art. 434 respectivement 435 CC.

Les mesures indiquées du point de vue médical et appliquées dans le meilleur intérêt du patient, mais sans avoir pu rechercher des informations concernant sa volonté du fait de l'urgence de la situation (cf. chapitre 2.5.) et sans son refus verbal ou non verbal, ne sont pas considérées comme mesures de contrainte dans le sens de ces directives.

2.3. Placement à des fins d'assistance/ maintien d'une personne entrée de son plein gré

Lorsqu'une personne est placée, contre sa volonté, dans un établissement approprié à des fins thérapeutiques, il s'agit d'un PAFA.

La condition à un PAFA est un état de faiblesse du patient (troubles psychiques, déficience mentale ou grave état d'abandon) qui exige un traitement ou une prise en charge ne pouvant être fourni qu'au moyen d'un PAFA dans un établissement approprié (besoin individuel de protection). Une charge insupportable pour les proches ou d'autres personnes peut également constituer un critère décisif pour l'ordonnance d'un PAFA; elle ne justifie toutefois pas à elle seule un PAFA. Conformément à l'art. 426 ss CC, l'incapacité de discernement ne constitue pas une condition nécessaire à l'ordonnance d'un PAFA.

9 Pour les décisions concernant les mesures médicales, les personnes suivantes sont habilitées à représenter la personne incapable de discernement, dans l'ordre: 1. la personne désignée dans des directives anticipées ou dans un mandat pour cause d'incapacité; 2. le curateur qui a pour tâche de la représenter dans le domaine médical; 3. son conjoint ou son partenaire enregistré, s'il fait ménage commun avec elle ou s'il lui fournit une assistance personnelle régulière; 4. la personne qui fait ménage commun avec elle et qui lui fournit une assistance personnelle régulière; 5. ses descendants; 6. ses père et mère ou 7. ses frères et sœurs, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière (art. 378 CC). L'art. 434 CC doit être observé lorsqu'il s'agit de patients soignés dans le cadre d'un placement à des fins d'assistance.

10 Cf. à ce sujet le chapitre 2.4. (Capacité de discernement), selon lequel l'incapacité de discernement ne doit pas être systématiquement supposée en l'absence de consentement à un procédé médical indiqué proposé au patient.

11 Anciennement privation de liberté à des fins d'assistance.

Un PAFA représente toujours une mesure de contrainte; toutefois, en tant que tel, il n'implique pas l'autorisation d'administrer à la personne concernée un traitement médicamenteux sous la contrainte. Le patient ne peut être traité contre sa volonté que s'il est incapable de discernement qu'il n'existe aucune alternative et que le médecin-chef a prescrit le traitement par écrit (art. 434 CC) ou en situation d'urgence (cf. chapitre 2.5.).

On parle de maintien (art. 427 CC) lorsqu'une personne souffrant d'un trouble psychique, entrée de son plein gré dans un établissement, est retenue contre sa volonté en raison d'un risque sérieux de mise en danger d'elle-même ou d'autrui. Le patient peut être retenu sur ordre de la direction médicale de l'établissement pendant trois jours au maximum.¹²

L'établissement dans lequel une personne est admise dans le cadre d'un PAFA doit être approprié pour garantir le traitement du patient (art. 426 CC). Il doit être en mesure d'élaborer un concept de traitement et de prise en charge et de le mettre en œuvre. Le traitement peut également consister à agir sur l'état de santé du patient de telle manière qu'il soit possible d'appliquer a minima une mesure moins restrictive (par ex. un traitement ambulatoire).

Un PAFA n'implique pas obligatoirement l'entrée dans une unité psychiatrique fermée, mais peut également se dérouler dans une unité ouverte, un hôpital de soins aigus ou un établissement médico-social. Le choix de l'établissement dépend du motif du PAFA.

2.4. Capacité de discernement

La *capacité de discernement* est une notion juridique fondamentale qui revêt, de ce fait, une importance majeure dans le contexte médical et éthique. L'élément clé est la capacité de percevoir et de comprendre correctement une situation donnée et de prendre une décision pertinente selon ses propres critères. Les malentendus sont souvent imputables au fait que l'existence ou l'absence de la capacité de discernement par rapport à une décision thérapeutique représente une valeur *absolute*: une personne est soit capable, soit incapable de discernement par rapport à une décision thérapeutique; il n'existe aucun degré intermédiaire entre ces deux extrêmes. En revanche, la capacité de discernement par rapport aux faits dont il est question est une valeur *relative*: ainsi, une personne atteinte d'un trouble cognitif léger peut être incapable de discernement pour prendre une décision complexe tout en étant capable de discernement lorsqu'il s'agit de donner son consentement à une intervention médicale facilement compréhensible.

¹² Les conditions requises pour le maintien de patients entrés de leur plein gré dans un établissement sont plus restrictives que celles requises pour un PAFA; le patient doit notamment se trouver en situation de danger ou exposer autrui à un danger sérieux impossible à écarter d'une autre manière.

Au cas par cas, la constatation de la capacité ou de l'incapacité de discernement peut être très difficile. En principe, la capacité de discernement est présumée; c'est donc son contraire, l'incapacité de discernement, qui doit être démontrée. Dès lors, le bilan psychopathologique, établi par le médecin traitant avec éventuellement l'aide d'un expert, revêt une importance capitale. Les informations fournies par l'environnement social du patient, concernant sa capacité de discernement, sont de grande importance.

La saisie des informations avec des procédés standardisés (questionnaires), spécifiques à ce contexte, peut faciliter la prise de décision. En aucun cas, un diagnostic, tel que par exemple une schizophrénie, une maladie d'Alzheimer ou un trouble cognitif congénital, ne permet à lui seul de conclure à une incapacité de discernement. De même, l'absence de consentement à un traitement médical indiqué proposé au patient ne doit pas automatiquement présumer d'une incapacité de discernement.

2.5. Situation d'urgence

Une situation est qualifiée d'urgente lorsqu'une intervention médicale est nécessaire sans délai pour sauver une vie ou éviter des dommages sérieux. Dans de telles situations, le médecin est autorisé à adopter les mesures médicales nécessaires sans avoir recherché au préalable le consentement du patient incapable de discernement ou de son représentant (art. 379 CC¹³). Cette règle ne s'applique pas uniquement aux situations d'urgence au sens étroit, mais également aux situations dans lesquelles le représentant du patient n'est pas clairement défini et où un report du traitement pourrait entraîner un risque considérable pour la santé du patient. Il est néanmoins indispensable d'informer le représentant thérapeutique et de rechercher la volonté présumée du patient dans les meilleurs délais.

Au moment de décider s'il y a lieu d'intervenir ou s'il faut attendre, il importe de prendre en considération le préjudice de santé qu'entraînerait un report du traitement. Conformément à l'art. 379 CC, le traitement doit s'orienter selon la volonté présumée et les intérêts du patient. Cela signifie que, face à plusieurs options de traitements, l'équipe de soins doit choisir celle qui correspond le mieux à la volonté présumée du patient.

13 Dans le traitement d'un trouble psychique chez des patients sous PAFA, l'art. 435 CC est applicable en situation d'urgence. L'urgence d'un traitement peut être justifiée par la nécessité de protéger la personne concernée ou des tierces personnes.

2.6. Grave perturbation de la vie communautaire

Lorsque les mesures moins restrictives ont échoué ou qu'elles apparaissent d'emblée insuffisantes, conformément à l'art. 383 CC, des mesures limitatives de la liberté peuvent être adoptées chez les résidents incapables de discernement au sein d'un établissement médico-social, afin de prévenir les *perturbations graves de la vie en communauté*. Une mesure limitant la liberté de mouvement en raison d'une perturbation grave de la vie communautaire peut également être appliquée dans le cadre d'un PAFA – sur la base de l'art. 438 CC¹⁴. Définir au cas par cas le degré de gravité d'une perturbation n'est pas simple; toutefois, la situation doit toujours être exceptionnelle. La perturbation de la vie communautaire doit être telle, que ses répercussions sur l'entourage sont insupportables. L'établissement doit définir dans un règlement qui est habilité à prescrire de telles mesures.

2.7. Grave état d'abandon

Conformément à l'art. 426 CC, au-delà des troubles psychiques ou de la déficience mentale, un grave état d'abandon peut justifier un PAFA lorsque le traitement ou l'assistance nécessaires ne peuvent être fournis d'une autre manière. Un grave état d'abandon résulte la plupart du temps d'une maladie psychique ou physique. L'état d'abandon n'est pas une notion médicale et il n'existe pas de définition généralement acceptée de ce terme. En conséquence, les personnes responsables de l'ordonnance d'un PAFA peuvent avoir des pratiques divergentes. Il est toutefois extrêmement rare qu'un PAFA soit ordonné uniquement en raison d'un grave état d'abandon, c'est-à-dire sans trouble psychique.

3. Principes

3.1. Respect de l'autodétermination

Le droit du patient à l'autodétermination est un principe fondamental de l'éthique médicale; il est ancré juridiquement par des conventions internationales et des garanties constitutionnelles ainsi que par des dispositions de droit civil et de droit pénal. Lors de l'application de mesures de contrainte, le principe de l'autonomie du patient qui souligne le caractère prioritaire de l'autodétermination est en conflit avec le principe de bienfaisance qui engage le professionnel de la santé à œuvrer pour le bien de son patient et à ne pas lui nuire.

14 Cf. art. 438 CC (Mesures limitant la liberté de mouvement).

Dans certaines situations, pourtant, le recours à des mesures de contrainte est inévitable; le droit à l'autodétermination du patient est alors limité. Néanmoins, l'application de mesures de contrainte doit toujours faire l'objet d'une justification éthique et juridique. Par ailleurs, le respect de l'autodétermination exige que les médecins, infirmiers et autres thérapeutes tiennent compte des préférences du patient dans le choix de la mesure et la manière dont elle doit se dérouler, même dans les cas où l'application d'une mesure de contrainte est justifiée.

3.2. Subsidiarité et proportionnalité

Les principes de proportionnalité et de subsidiarité doivent être respectés tout particulièrement dans le cadre des mesures de contrainte. Cela signifie qu'une mesure doit être premièrement nécessaire et deuxièmement appropriée.¹⁵ Lorsque plusieurs mesures sont appropriées, c'est la moins éprouvante qui doit être choisie. Ces conditions doivent être vérifiées individuellement pour chaque patient. Il importe d'évaluer si le bénéfice (personnel et social) escompté prime nettement sur l'atteinte que la mesure peut porter au patient, ou si ses conséquences sont moins graves que celles d'une autre approche. La durée de la mesure de contrainte doit également être adaptée à la nature de la mesure et à l'état du patient. Lors de l'évaluation de la situation, il convient de tenir compte du fait qu'une mesure de contrainte peut entraîner des dommages somatiques et psychiques. Il y a risque d'atteintes somatiques (par ex. blessures, infections) lors d'une immobilisation prolongée (par ex. contention ou sédation) ou en cas de recours à la force physique (par ex. contusions, fractures). Une mesure de contrainte risque d'autant plus de provoquer des traumatismes psychiques que l'intervention est ressentie comme injustifiée ou humiliante, voire comme des représailles ou une atteinte délibérée.

3.3. Environnement approprié

Lorsque les mesures de contrainte sont incontournables, elles doivent obligatoirement se dérouler dans un environnement approprié; il importe tout particulièrement de veiller aux aspects suivants:

Lors de l'application de mesures de contrainte, la dignité du patient concerné doit être préservée. Les mesures de contrainte ne devraient pas être appliquées en présence d'autres patients, mais dans un environnement protégé avec un équipement adéquat. Le personnel médical qui ordonne et applique des mesures de contrainte doit disposer des compétences nécessaires. Il doit notamment avoir suivi une formation spécifique portant sur les techniques de désescalade, les techniques de maintien, de même que le suivi et la surveillance du patient.

¹⁵ *Nécessaire et appropriée* signifie que toutes les alternatives à une mesure de contrainte ont été vérifiées au préalable et que seule une mesure de contrainte permet d'écarter le danger.

Une surveillance médicale est indispensable à la sécurité des patients sous traitement contraint. Si l'immobilisation ou la contention du patient s'avère inévitable, ce dernier doit être pris en charge de sorte que les complications puissent être identifiées et évitées à tout instant, même si cela exige la présence ininterrompue de personnel médical. Les considérations économiques, la pénurie de personnel et la charge des collaborateurs ne peuvent justifier le recours à la contrainte. L'effectif du personnel doit être suffisant pour garantir à tous les patients et soignants un environnement sécurisé, pour prévenir les mesures de contrainte et, lorsqu'elles s'avèrent inévitables, pour assurer une surveillance adéquate du patient.

3.4. Communication et documentation

La plupart du temps, le recours à des mesures de contrainte médicale se déroule dans un environnement mouvementé et sous la pression du temps et des décisions à prendre. En général, l'ensemble d'une équipe de soins est concerné, c'est-à-dire des personnes issues de groupes professionnels différents. L'information et l'échange au sein de l'équipe soignante avant, pendant et après l'application de mesures de contrainte sont alors d'autant plus importants. Deux objectifs doivent à chaque fois être mis en balance: d'une part, la réaction rapide à une situation médicale urgente et, d'autre part, la recherche et l'intégration d'informations aussi complètes que possible avant la décision de recourir à des mesures de contrainte. Cela englobe également les perspectives des différents membres de l'équipe. Dans ces situations difficiles, il n'est pas toujours possible d'arriver immédiatement à un consensus quant à la procédure optimale, ce qui peut exposer le patient à des risques. C'est pourquoi, il importe de savoir clairement, à tout moment, qui prendra la décision définitive après l'évaluation des informations disponibles, et cette décision devra être mise en œuvre sans attendre.

La communication avec le patient concerné avant, pendant et après l'application d'une mesure de contrainte, revêt une importance majeure. Le fait de communiquer contribue largement à limiter autant que possible la durée d'une mesure de contrainte; dans l'idéal, celle-ci peut même être évitée et remplacée par des mesures moins rigoureuses. La répartition des rôles doit être clairement établie au préalable; il s'agit notamment de décider quel membre de l'équipe est chargé de maintenir le contact avec le patient.

En définitive, une communication adéquate avec le patient – avant et après l'introduction d'une mesure de contrainte – joue un rôle significatif et permet souvent une désescalade de la situation. Dans la mesure où le devoir de confidentialité ne s'y oppose pas, le dialogue avec les proches et d'autres personnes de référence doit être recherché. Les processus décisionnels et le déroulement des mesures de contrainte doivent faire l'objet d'une documentation détaillée.¹⁶

16 Cf. Annexe B, paragraphe 3.3. (Documentation des mesures de contrainte).

4. Domaines d'application

4.1. Patients souffrant de maladies somatiques

Chez les patients souffrant de maladies somatiques, on distingue principalement trois cas de figure, dans lesquels des mesures de contrainte peuvent être appliquées afin d'écartier un danger:

- patients en état d'agitation qui s'opposent à un traitement avec la mise en danger d'eux-mêmes ou d'autrui;
- patients présentant des troubles de la conscience ou inconscients, incapables de manifester un éventuel refus du traitement;
- patients qui communiquent calmement et clairement qu'ils refusent un traitement indiqué, mais qui sont potentiellement incapables de discernement.

4.1.1. Processus décisionnels

Le processus décisionnel varie en fonction de la situation, car l'évaluation de la capacité de discernement, la recherche d'une volonté exprimée au préalable ou de la volonté présumée, et la vérification de la disponibilité d'un représentant différent pour chacune d'entre elles. Lorsque l'incapacité de discernement est avérée, il importe de vérifier, dans tous les cas, si le patient a rédigé des directives anticipées et désigné un représentant légal au préalable; le cas échéant, le recours à l'Autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA) peut s'imposer. Un espace de temps suffisant doit être réservé au processus décisionnel. Il importe tout particulièrement que les proches ou les représentants du patient ne soient pas mis sous pression et poussés à prendre une décision aussi longtemps qu'une intervention médicale ne s'impose pas d'urgence.

Conformément à la loi (art. 378 al. 3 et art. 379 CC), le représentant du patient ainsi que l'équipe soignante doivent orienter leur décision selon la volonté présumée et les intérêts du patient. Concrètement, cette disposition peut être appliquée comme suit: l'équipe de soins élabore les différentes options thérapeutiques avec leurs bénéfices et risques potentiels. En impliquant le représentant respectivement des personnes proches du patient mais non habilitées à le représenter (autres proches, médecin de famille, accompagnant), l'option correspondant le mieux à la volonté présumée du patient est recherchée parmi les options possibles. Il ne s'agit donc pas de choisir, dans tous les cas, la thérapie optimale du point de vue médical, mais parmi les options possibles compatibles avec les intérêts du patient, celle qui correspond le mieux à la volonté que le patient exprimerait s'il était capable de discernement.

États d'agitation

Chez les patients présentant des états d'agitation aigus, une grande confusion est souvent clairement perceptible et l'incapacité de discernement est évidente. Avec ces patients, les processus de décision relatifs aux mesures de contrainte s'orientent selon les principes décrits ci-dessus. La procédure est différente lorsqu'il s'agit de patients capables de discernement, fortement agités et agressifs. S'il est impossible de trouver une approche consensuelle avec ces patients potentiellement dangereux, par des entretiens et des mesures de désescalade, le recours au service de sécurité interne à l'hôpital ou à la police s'impose.

Entre ces deux cas de figures, il existe divers états intermédiaires susceptibles de rendre l'évaluation de la capacité de discernement extrêmement difficile. Pour être en mesure d'évaluer la capacité de discernement, il importe, autant que possible, de calmer la situation pour laisser place à la discussion. Le recours à un psychiatre est souvent nécessaire. Même en l'absence de certitude suffisante sur la capacité de discernement, il faut décider, dans une situation où il est impossible d'obtenir le consentement du patient, si des mesures de contrainte médicale sont efficaces et justifiées dans l'hypothèse d'une incapacité de discernement due à la maladie ou si, compte tenu du danger potentiel, le recours au service de sécurité ou à la police s'impose. Lorsqu'il s'agit de patients capables de discernement, l'usage de la contrainte physique est réservé à la police.

Troubles de la conscience

Chez les patients incapables de discernement suite à un trouble de la conscience (délirium agité ou hypoactif¹⁷, stupeur, coma), il importe de vérifier au préalable si des directives anticipées ont été rédigées et un représentant légal désigné. S'il existe une directive anticipée valable, l'équipe de soin et le représentant doivent la respecter. Le représentant doit soutenir l'équipe de soins lors de l'interprétation de la directive anticipée. En l'absence de directives anticipées, le représentant doit donner son consentement au traitement. Si aucun représentant n'est disponible dans le délai exigé par l'urgence du traitement, c'est le médecin qui décide à sa place.¹⁸

17 On entend par délirium un trouble aigu de la conscience et de l'attention, à l'évolution fluctuante, survenant toujours dans le cadre d'une maladie somatique ou psychique, avec une perception modifiée (mémoire, orientation, langage, capacité de réflexion) et des troubles psychomoteurs (apathie, hypoactivité jusqu'à hyperactivité). Le début brusque et le caractère fondamentalement réversible distinguent le délirium de la démence.

18 Cf. l'art. 379 CC (Cas d'urgence).

Lorsqu'une mesure doit être considérée comme contraire à la volonté préalablement exprimée d'un patient incapable de discernement, elle ne doit être pratiquée qu'en cas de nécessité pour écarter la mise en danger de tiers. Si le patient a refusé au préalable un traitement médicalement indiqué et que ce refus est manifestement contraire à son intérêt, il importe de vérifier si les directives anticipées n'ont pas été rédigées dans un état d'incapacité de discernement dû à la maladie et si elles correspondent toujours à la volonté présumée du patient. Si, après ces vérifications, il s'avère que le patient aurait refusé le traitement en question, celui-ci ne doit pas être appliqué. Toutefois, si le médecin est convaincu que les intérêts du patient sont menacés, l'APEA devrait être sollicitée.

Le traitement peut être appliqué s'il est conforme à la volonté préalablement exprimée ou présumée du patient et que le représentant y a consenti. Si le patient incapable de discernement tolère la mesure ou y coopère, il n'y a pas de contrainte. En revanche, s'il manifeste une opposition ou une résistance physique, il s'agit d'une mesure de contrainte qui est autorisée tant qu'elle est nécessaire du point de vue médical. Si le représentant refuse de consentir à la mesure de contrainte, l'APEA doit être sollicitée.

Manque de compréhension quant à la nécessité d'un traitement

Les situations où des patients capables de communiquer clairement refusent un traitement nécessaire du point de vue médical sont particulièrement délicates. Le critère déterminant pour décider s'il faut renoncer à un traitement – éventuellement vital – ou l'appliquer sous la contrainte est la capacité de discernement quant au risque pour la santé et la nécessité du traitement. Si la capacité de discernement fait défaut du fait de la maladie, comme cela arrive par exemple dans des cas sévères d'anorexie mentale ou de dépendance à une substance, un traitement contraint peut être envisagé.

Par contre, si des patients pleinement conscients des risques encourus refusent un traitement tout en acceptant les conséquences de ce refus en pleine connaissance de cause, le traitement ne doit pas être appliqué. Ces patients doivent malgré tout bénéficier du soutien médical nécessaire, dans la mesure où ils l'acceptent.

Par ailleurs, le recours à des mesures de contrainte en médecine somatique aiguë est envisageable dans deux situations exceptionnelles:

Patients souffrant de maladies contagieuses

Lorsque des patients souffrant de maladies contagieuses refusent un traitement nécessaire du point de vue médical, des mesures de contrainte peuvent être ordonnées, conformément à la loi sur les épidémies, même si les patients en question sont capables de discernement.¹⁹ Cela concerne notamment des limitations de la liberté de mouvement (quarantaine et isolement). Des traitements médicamenteux peuvent également être ordonnés et supervisés, sans toutefois avoir recours à la contrainte. Si la personne concernée refuse le traitement prescrit, des mesures limitatives de liberté ne portant pas atteinte à l'intégrité physique peuvent néanmoins être appliquées.

Femmes enceintes

La situation des femmes enceintes est différente dans la mesure où le refus du traitement peut également mettre la santé et la vie du fœtus en danger. Cependant, il n'est pas acceptable d'imposer une mesure médicale à une femme enceinte capable de discernement qui est consciente des conséquences de ses décisions, capable de les évaluer et prête à accepter les conséquences négatives pour elle-même et pour son enfant. Il arrive toutefois que des complications lors de la grossesse et de l'accouchement entraînent des états psychiques exceptionnels susceptibles d'altérer la capacité de discernement. Dans de tels cas, des mesures de contrainte peuvent sauver la vie de la mère et de l'enfant.²⁰ De telles situations devraient pouvoir être évitées autant que possible grâce à une information précoce, une prise en charge empathique et des conseils avec la participation des proches.

4.1.2. Mise en œuvre

Les mesures de contrainte nécessaires doivent être appliquées de manière appropriée, en ménageant autant que possible le patient. Les patients dont la liberté de mouvement est limitée avec des moyens mécaniques doivent être étroitement surveillés, afin d'identifier et de traiter sans attendre d'éventuelles complications. Les mesures de contrainte doivent être consignées dans un chapitre à part dans le dossier du patient. Dès la prescription de la mesure, des intervalles réguliers pour vérifier son opportunité doivent être fixés, dans la mesure où l'institution n'a pas émis de directives internes à ce sujet. Les proches qui rendent visite au patient devraient être informés des mesures de contrainte adoptées avant leur première visite. L'équipe de soins devrait rediscuter ultérieurement des mesures de contrainte en impliquant le patient à la discussion.

19 La loi révisée sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (loi sur les épidémies) du 28 septembre 2012 entrera en vigueur début 2016. Sur la base des articles 30 ss, des mesures (de contrainte) visant des individus isolés peuvent être ordonnées.

20 Il importe de noter que, dans certaines circonstances, il est possible que le partenaire ne soit pas habilité à représenter la mère et/ou le nouveau-né.

4.1.3. Prévention

Afin de minimiser le recours aux mesures de contrainte, toutes les possibilités de prévention des états délirants doivent être épuisées. Ceci implique, entre autres, une identification systématique des risques, une information aisément compréhensible, une régularité dans le rythme journalier avec suffisamment d'activités physiques, le soutien du patient dans tous les processus physiologiques (notamment l'apport suffisant de liquide), et la limitation des atteintes à l'intégrité physique du patient aux mesures absolument nécessaires. Tout particulièrement chez les patients avec un antécédent connu de délirium, une démence ou une dépendance à des substances, il convient de veiller à traiter suffisamment la douleur et à réduire au maximum la polymédication et les examens et mesures techniques.

En cas d'interventions susceptibles de provoquer des troubles de la conscience (par ex. délirium après une intervention lourde), le patient doit être explicitement informé et il doit pouvoir donner son consentement aux éventuelles mesures de contrainte nécessaires.

En principe, une information et des conseils précis et empathiques ainsi que la proposition de possibilités thérapeutiques alternatives peuvent aider à limiter le recours à des mesures de contrainte.

Des entraînements à la désescalade de situations avec des patients agités ou violents ainsi que des coachings animés par des spécialistes externes peuvent être un soutien pour l'équipe de soins et contribuer à anticiper les alternatives possibles et à limiter le recours à des mesures de contrainte. Des concepts pour la gestion de l'agressivité peuvent permettre au personnel de mieux gérer les situations à risques.

4.2. Patients souffrant de troubles psychiques²¹

Le recours à la contrainte ne constitue en aucun cas un acte normal en psychiatrie; au contraire, il s'agit toujours d'une situation d'exception soumise à des critères sévères, clairement définis et vérifiables.

Chez les patients souffrant de troubles psychiatriques, les mesures de contrainte peuvent s'avérer incontournables: d'une part dans des situations d'urgence en cas de mise en danger du patient lui-même ou de tiers (art. 435 CC); d'autre part, conformément à l'art. 434 CC, des mesures de contrainte prolongées – en principe des traitements médicamenteux – peuvent être ordonnées par un médecin dans le cadre d'un PAFA, en dehors d'une situation d'urgence. Une mesure de

21 Les principes des présentes directives s'appliquent également à la psychiatrie forensique; toutefois, les aspects spécifiques à ce domaine ne sont pas traités (cf. chapitre 4.6.). Le terme de trouble psychique est utilisé par analogie à la terminologie du CC et s'appuie sur la classification de l'OS (ICD-10, International Classification of Diseases).

contrainte doit être clairement indiquée, c'est-à-dire qu'elle doit permettre d'éviter un grave dommage de santé ou un danger sérieux pour la vie ou pour l'intégrité corporelle d'autrui. La personne concernée doit être incapable de discernement par rapport à son traitement. Pour des raisons à énoncer explicitement, il est impossible de recourir à des mesures moins rigoureuses.

Dans le cas de personnes placées à des fins d'assistance, le DPEA confère au médecin en position de médecin-chef,²² conformément à l'art. 434 CC, la compétence de prescrire lui-même un traitement médicamenteux prolongé sans le consentement de la personne concernée («traitement sous contrainte»). Le traitement peut débuter immédiatement. Cela signifie qu'une plainte²³ du patient n'a pas d'effet suspensif à moins que le patient ait demandé et obtenu le contraire. En pratique, il peut arriver que le début de la mesure de contrainte médicalement ordonnée soit reporté jusqu'à l'échéance du délai de recours légal. Dans certains cas, ceci peut contribuer à apaiser la situation, mais soulève néanmoins des questions éthiques du fait du report du traitement. L'utilité thérapeutique devrait être le critère décisif.

Le critère décisif pour l'ordonnance d'un traitement contraint n'est pas le diagnostic, mais l'état clinique actuel du patient et les situations de danger pouvant en résulter.

Un diagnostic sévère ne permet en aucun cas de conclure automatiquement à une probabilité plus élevée de devoir recourir à des mesures de contrainte. De même, le refus d'une thérapie ne peut jamais justifier à lui seul l'incapacité de discernement.

La prise en charge des personnes placées à des fins d'assistance est réglée par le droit cantonal (art. 437 CC). Les dispositions peuvent prévoir des mesures ambulatoires, par exemple la visite régulière de la personne concernée chez un psychiatre après sa sortie de la clinique ou la prise régulière d'un médicament prescrit. Ces mesures ambulatoires sont de nature civile et ne doivent pas être confondues avec des mesures pénales au sens des art. 59-61, 63, 64, 67 et 67b du Code pénal. Les dispositions cantonales varient quant aux obligations de soins après la sortie des patients PAFA. Il existe d'importantes divergences cantonales, tout particulièrement en ce qui concerne la possibilité d'ordonner un traitement ambulatoire, comme par exemple l'administration forcée de médicaments.

22 Ce sont les compétences du médecin qui sont décisives. Ainsi, par exemple, un médecin chef-clinique peut, dans ce cas, également endosser la fonction de médecin-chef. Toutefois, conformément à l'art. 434 CC, la responsabilité ne devrait pas être assumée par le médecin qui établit le plan thérapeutique, mais par un médecin d'un niveau hiérarchique plus élevé.

23 Conformément à l'art. 450 ss CC, la plainte représente une voie de recours contre une décision d'ordonnance au sens de l'art. 439 CC. En langage courant, on utilise souvent le terme de «recours».

4.2.1. Processus décisionnels

Les processus décisionnels sont complexes: les décisions à prendre concernent une situation – à savoir le recours à la contrainte – que chaque professionnel des soins, de par sa mission même, souhaiterait éviter. Le recours à une mesure de contrainte n'est autorisé qu'après avoir épuisé toutes les autres alternatives. Par ailleurs, l'éventail des mesures possibles est très large. Seule une approche individualisée permet de faire face à cette situation: les options thérapeutiques à disposition doivent correspondre à la situation concrète de la personne concernée, dans le sens d'une évaluation individuelle des bénéfices et des risques. Celle-ci ne doit pas uniquement tenir compte des aspects extérieurs, comme le risque de blesser les personnes impliquées, mais également la perspective intérieure de la personne concernée (le vécu subjectif d'une mesure de contrainte, le risque de traumatisme, les conséquences sur la relation thérapeutique).

Dans le cadre de l'entretien concernant le plan de traitement, la personne concernée et, si possible, sa personne de confiance doivent être informées du traitement sans consentement prévu (art. 433 CC). Toutefois, dans ce contexte particulier, le législateur a relativisé l'importance des directives anticipées: lorsqu'il s'agit de personnes placées à des fins d'assistance, elles ne doivent être appliquées que dans une mesure qui ne diminue pas l'efficacité du traitement. Dans tous les cas, une évaluation minutieuse est nécessaire: d'une part, il faut éviter une discrimination des personnes souffrant de maladies psychiques en ne tenant systématiquement pas suffisamment compte des directives anticipées, uniquement en raison du PAFA. D'autre part, il est tout aussi inacceptable de priver la personne placée et incapable de discernement d'un traitement d'urgence nécessaire, sur la base de directives anticipées contraires, *sans les remettre en question*.

Dans toutes leurs décisions, les professionnels impliqués doivent prendre en compte le rôle particulier que la loi accorde à la personne de confiance. Si le patient a désigné une personne de confiance et que celle-ci est disponible, elle doit bénéficier d'informations suffisantes concernant le diagnostic, le traitement et le déroulement de la maladie pour être en mesure de remplir sa mission, notamment pour assister le patient lors de la prise de décisions médicales (art. 432 CC).

4.2.2. Mise en œuvre

Un PAFA ne doit pas forcément se dérouler dans une unité de soins psychiatriques aigus. Un établissement est approprié au sens de la loi lorsqu'il est adapté aux besoins médicaux individuels de la personne concernée avec un minimum de limitations personnelles. Il peut donc tout à fait s'agir d'un établissement ouvert ou d'une résidence protégée, s'il s'agit du meilleur moyen d'atteindre l'objectif de la mesure.²⁴

Les conditions institutionnelles requises pour l'exécution de la mesure de contrainte médicale doivent être garanties et évaluées régulièrement, et la décision doit, au besoin, être réadaptée. La disponibilité de médecins et d'infirmiers avec une expérience suffisante et une formation correspondante (par ex. techniques de désescalade et de maintien, gestion des agressions) est indispensable, de même que des locaux adéquats pour éviter d'infliger à la personne concernée des sentiments de honte et d'humiliation. Tout établissement ayant recours à des mesures de contrainte adopte des directives internes écrites et encourage le dialogue interdisciplinaire portant sur des questions d'attitudes concernant le thème des mesures de contrainte.

Les mesures de contrainte médicales doivent être appliquées selon un concept défini en amont et éprouvé, qui comprend également l'information préalable du patient. La répartition des rôles entre les différentes personnes concernées doit être clairement définie. Il doit toujours être possible d'adapter la procédure en cas de changement radical de la situation qui permet, le cas échéant, de renoncer à la mesure de contrainte ou de l'atténuer (par ex. lorsque la personne concernée s'est montrée ouverte au dialogue). Le but doit toujours consister à réduire au minimum la mesure de la contrainte exercée.

Le débriefing concernant la mesure de contrainte appliquée fait partie intégrante de la procédure; il englobe aussi bien la discussion au sein de l'équipe qu'avec la personne concernée. Le déroulement et les principaux contenus de ce débriefing doivent être consignés dans le dossier du patient.

24 Cf. chapitre 3.3. (Environnement approprié).

4.2.3. Prévention

Chez les patients avec des troubles psychiques, la garantie d'une prise en charge psychiatrique efficiente et facilement accessible pour tous les patients concernés constitue la prévention la plus efficace des mesures de contrainte.

Des directives anticipées peuvent avoir un effet préventif important sur la fréquence des mesures de contrainte: de nombreux patients, même gravement malades, sont conscients d'avoir rédigé des directives anticipées. Les médecins traitants devraient discuter le plus tôt possible des directives anticipées avec le patient. On sait d'expérience que le fait que les membres de l'équipe de soins prennent ces directives au sérieux et en discutent avec la personne concernée contribue à apaiser la situation. Cela concerne en particulier les situations où une relation thérapeutique solide a pu être instaurée. Toutefois, même dans ce cas, les soignants doivent s'assurer que les indications consignées dans les directives anticipées correspondent toujours à la volonté (présumée) de la personne concernée.

La documentation systématique des mesures de contrainte (voir les listes de contrôle en annexe) – dans l'idéal, en relation avec une évaluation scientifique – doit être garantie. Les échanges professionnels réguliers et permanents au-delà des limites de l'établissement ont également un effet préventif, en particulier aux interfaces complexes entre les cliniques, les médecins urgentistes, les spécialistes en cabinet, les médecins de famille et les établissements médico-sociaux.

4.3. Enfants et adolescents

Les patients enfants et adolescents ont, en principe, les mêmes droits que les patients adultes.²⁵ Toutefois, du fait de leur développement inachevé, ils ont besoin d'assistance et de protection et – selon leur âge et leur maturité – du soutien de tierces personnes pour exercer ces droits. Dans l'exercice de leur autorité parentale²⁶, les parents²⁷ sont tenus d'assurer le bien-être de leur enfant et, dans la mesure du possible, de tenir compte de son avis.²⁸

25 Cf. la Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant, qui a été ratifiée par la Suisse et fait partie intégrante de la législation suisse.

26 Art. 296 CC ss (De l'autorité parentale).

27 En cas d'autorité parentale conjointe, le parent seul présent peut donner au médecin traitant le consentement au traitement, si c'est prévu dans la répartition des tâches des parents. En cas de décision lourde de conséquences concernant le choix d'un traitement, le médecin doit s'assurer que les deux parents ont été informés et ont donné leur accord.

28 Les patients mineurs capables de discernement ont le droit d'exprimer leur volonté dans des directives anticipées (art. 370 CC).

Les enfants et les adolescents capables de discernement ont le droit de consentir à un traitement ou de s'y opposer. Une mesure appliquée contre la volonté de l'enfant ou de l'adolescent est une mesure de contrainte, même lorsque les parents y consentent. Dans le cas de patients incapables de discernement, selon la loi, le consentement des parents est suffisant.

La situation est particulièrement complexe lorsque des adolescents souffrant de maladies psychiques refusent un traitement indiqué du point de vue médical; la procédure à suivre dans de tels cas ne fait pas l'unanimité parmi les experts. Même si, en cas d'incapacité de discernement, les parents sont habilités à donner leur consentement à une hospitalisation ou à un traitement de contrainte refusé par l'adolescent, dans de nombreuses situations, il est recommandé d'ordonner un PAFA.²⁹ L'étendue des décisions, pour lesquelles un adolescent est capable de discernement, augmente avec la maturité, mais elle peut également être réduite du fait de la maladie, rendant ainsi la constatation de la capacité de discernement particulièrement difficile. Un PAFA peut s'avérer judicieux lorsqu'en dépit d'une information approfondie, il est impossible d'obtenir le consentement ou du moins l'acceptation d'un adolescent qui semble incapable de discernement par rapport à une mesure thérapeutique stationnaire. La voie de recours usuelle est ainsi ouverte à l'adolescent. Cette procédure peut aussi apporter un certain soulagement aux parents en les déchargeant de la responsabilité de la contrainte vis-à-vis de leur enfant.

Pour le PAFA, les dispositions de la protection de l'adulte sont applicables par analogie (art. 314b CC). Il est indispensable que les parents donnent leur consentement au PAFA ou du moins le tolèrent, car le placement dans un établissement approprié dans le cadre d'un PAFA affecte leur droit à déterminer le lieu de résidence de leur enfant (art. 301a CC). Si les détenteurs de l'autorité parentale s'opposent au PAFA et compromettent ainsi le bien de l'enfant, il faut faire appel à l'autorité de protection de l'enfant (art. 307 CC), qui peut ordonner un retrait du droit de déterminer le lieu de résidence (art. 310 CC). En cas de danger imminent pour la vie ou l'intégrité corporelle de l'enfant ou de l'adolescent, celui-ci peut être hospitalisé contre sa volonté et contre la volonté de ses parents, ceci dans le but d'éviter une situation d'urgence (art. 17 et 18 CP). Une autorisation valable doit être obtenue le plus rapidement possible.

29 Si l'hospitalisation d'un patient capable de discernement est fondamentalement possible sur la base de l'art. 314b CC, le traitement sans son consentement est, en revanche, interdit conformément à l'art. 434 CC.

La question de savoir si le traitement sous contrainte d'adolescents incapables de discernement et hospitalisés dans le cadre d'un PAFA exige le consentement des parents ou s'il convient de procéder selon l'art. 434 CC, reste controversée. Dans la plupart des cas, il est cependant préférable de rechercher le consentement des parents. En cas d'échec, l'APEA doit être sollicitée; celle-ci peut instituer une curatelle pour la représentation de l'adolescent pour les affaires médicales et, le cas échéant, limiter l'autorité parentale.

4.3.1. Processus décisionnels

La capacité de discernement se développe progressivement depuis la petite enfance jusqu'à la majorité et au-delà. Dès lors, pour évaluer la capacité de discernement des enfants et adolescents et encourager leur autodétermination, il est indispensable de disposer de compétences en développement psychologique. L'expérience montre qu'avec des mesures adéquates, la coopération peut être considérablement améliorée, même chez de très jeunes enfants, à condition qu'ils bénéficient d'une information détaillée, adaptée à leur âge, en leur laissant autant d'autodétermination que possible.

Même si la compétence décisionnelle des adolescents peut se développer rapidement entre leur dixième et leur vingtième année, il arrive que certains adolescents plus âgés aient des difficultés à évaluer avec justesse les questions plus complexes, du fait du développement plus lent des zones du cerveau concernées. Ils peuvent notamment avoir des difficultés à appréhender avec réalisme les risques et les dommages à long terme ou à envisager que leur propre évaluation de ces risques puisse évoluer au fil du temps. Lorsqu'il s'agit de décisions aux conséquences irréversibles, l'évaluation de la capacité de discernement exige un soin particulier et une compétence professionnelle élevée. Les adolescents ne devraient pas pouvoir exercer leur droit à l'autodétermination au prix de dommages irréversibles pour leur développement et, donc, pour leur future capacité d'autodétermination.

Avec la capacité de discernement, le droit de décision concernant les mesures médicales passe des parents à l'adolescent; toutefois, avant ce moment et encore longtemps après, les processus décisionnels se déroulent dans une interaction complexe entre les parents et l'enfant, que les soignants ne perçoivent souvent pas. Dans l'idéal, les parents concèdent à l'enfant qui n'est pas encore capable de discernement un droit de participation aussi large que possible; de même, l'adolescent capable de discernement accorde à ses parents le droit de participer à la discussion et à la décision lorsqu'il se sent dépassé.

Même lorsque les parents et l'adolescent consentent ensemble à une mesure, il importe de vérifier soigneusement, dans les cas d'interventions particulièrement éprouvantes et risquées, si le consentement de l'adolescent est réellement auto-

déterminé. En effet, tout particulièrement chez des patients en oncologie, il peut arriver que l'adolescent subisse une pression – consciente ou inconsciente – de ses parents pour accepter ou refuser une intervention.

Si les parents et l'adolescent refusent une mesure clairement indiquée du point de vue médical, le recours à l'APEA doit être envisagé. Lorsque les soignants sont confrontés à un désaccord où l'adolescent refuse une mesure que les parents acceptent, la décision de renoncer au traitement ou de l'appliquer sous la contrainte dépend de la capacité de discernement. L'évaluation de la capacité de discernement requiert des exigences d'autant plus élevées que les conséquences d'un refus du traitement sont lourdes.

Si l'adolescent capable de discernement consent à une mesure indiquée alors que ses parents s'y opposent en dépit des discussions approfondies, celle-ci doit être appliquée, au besoin en ayant recours à l'APEA.³⁰

4.3.2. Mise en œuvre

Les mesures médicales appliquées à des nourrissons ou des enfants en bas âge sont fréquemment liées à des douleurs et des désagréments; dès lors, il est souvent impossible de parvenir à une acceptation ou une coopération active. Une quelconque forme de contrainte doit souvent être adoptée pour surmonter l'opposition. Il existe de nombreuses méthodes permettant d'appliquer cette contrainte avec autant de douceur que possible: le choix des mesures les moins invasives, le traitement optimal et préalable de la douleur, le cas échéant une sédation ou une anesthésie, une atmosphère calme et la présence de personnes familières, une information adaptée à l'enfant avant l'intervention, le détournement de son attention pendant l'intervention permettent la plupart du temps d'éviter le recours à la force face à la résistance. Diverses options peuvent être envisagées pour que l'administration orale de médicaments soit la moins désagréable possible.

Chez les enfants plus âgés, un maximum de coopération doit, en outre, être visé. Pour ce faire, une information détaillée avec des moyens adaptés comme des histoires, des images, des objets et des démonstrations, mais également des techniques telles que la relaxation et l'hypnose peuvent s'avérer utiles. De même, il peut être efficace de récompenser une bonne coopération.

L'application de mesures de contrainte chez des adolescents obéit aux mêmes principes en vigueur chez les adultes. Toutefois, ces mesures doivent être appliquées exclusivement dans des établissements spécialement conçus pour les adolescents et par du personnel qualifié.

30 Celle-ci peut instituer une curatelle pour la représentation du patient pour les affaires médicales et, si nécessaire, limiter l'autorité parentale dans ce domaine (cf. l'art. 308 CC).

4.3.3. Prévention

La peur de la contrainte médicale chez les enfants peut être prévenue efficacement en les familiarisant le plus tôt possible avec les traitements médicaux, les professionnels de la santé et les équipements. Des livres d'images et des jouets ainsi que des visites de l'hôpital et des visites régulières chez le pédiatre peuvent s'avérer utiles.

Chez les adolescents, les traitements de contrainte peuvent être évités au mieux grâce au dépistage et au traitement précoces des problèmes psychiques, des troubles de l'alimentation, des comportements autodestructeurs ou à risque. Une gestion adéquate du besoin d'opposition et d'autonomie des adolescents, le cas échéant également des accords de traitement conclus conjointement, peuvent avoir un effet préventif.

4.4. Patients en établissement de soins de longue durée

Le séjour en établissement médico-social pour des personnes âgées ou des personnes souffrant de handicaps ou de maladies physiques ou psychiques chroniques est spécifiquement réglé par le droit de protection de l'adulte (art. 382–387 CC) et contient des dispositions concernant les limitations de la liberté de mouvement (art. 383–385 CC). Chez les personnes âgées, des mesures de contrainte sont envisagées notamment en cas de perte progressive de la capacité de discernement due à une démence ou en cas de fragilité croissante. Les troubles aigus et fluctuants de la conscience (délirium³¹) sont fréquents. Chez les patients plus jeunes, la capacité de discernement peut faire défaut en raison d'une déficience mentale ou d'une maladie physique ou psychique chronique, ce qui, dans certaines situations, peut rendre le recours aux mesures de contrainte inévitable.

Les mesures limitatives de la liberté de mouvement ne sont autorisées que lorsque des mesures moins intrusives sont insuffisantes ou semblent d'emblée insuffisantes. La mesure doit permettre d'écarter soit un risque sérieux pour le patient lui-même, soit une perturbation grave de la vie communautaire due à un comportement difficile.

Les limitations psychiques et subtiles de la liberté, telles que les contrôles abusifs, les menaces, la manipulation, la privation de produits d'agrément, etc. ne sont pas mentionnées dans la législation, mais affectent le droit à la liberté individuelle, protégé par la constitution fédérale, au même titre que toutes les mesures de privation de liberté et sont discutables du point de vue de l'éthique.

31 En cas de délirium, les principes décrits dans le chapitre 4.1.3. s'appliquent par analogie.

Le placement d'un patient dément dans le cadre d'un PAFA peut être particulièrement éprouvant pour le patient concerné et ses proches. Il faut vérifier au cas par cas si le placement doit être réalisé par l'intermédiaire d'un PAFA ou si un contrat d'assistance conformément à l'art. 382 CC doit être conclu. Même s'il ne s'agit pas d'un PAFA formel, il est impératif que le placement soit nécessaire (c'est-à-dire indiqué du point de vue médical) et proportionnel au degré de danger et qu'il soit toujours l'alternative la moins éprouvante. Lorsque le placement souhaité par le représentant ne semble pas aller dans le meilleur intérêt du patient, le recours à l'APEA s'impose.

4.4.1. Processus décisionnels

Le DPEA prévoit différentes voies décisionnelles en fonction de la nature de la mesure choisie: l'établissement peut décider de restreindre la liberté de mouvement (art. 383 CC); en revanche, l'administration de médicaments exige le consentement du représentant (art. 378 CC). Ces différentes voies de décisions compliquent les processus décisionnels et peuvent inciter à choisir la limitation de la liberté de mouvement, plus éprouvante pour le patient.

Avant d'envisager une mesure de contrainte, il est indispensable de procéder aux principales vérifications diagnostiques (en excluant par exemple l'éventualité d'une infection urinaire, d'une déshydratation, de douleurs non traitées ou d'effets secondaires d'un médicament chez un patient agité).

En principe, le moyen le moins invasif, susceptible d'apporter le meilleur résultat, doit être choisi. La perception subjective de la pénibilité d'une mesure de contrainte dépend grandement de la personnalité du patient et de la situation. Certaines personnes souffrent davantage lorsque leur volonté n'est pas respectée et qu'elles sont abusées (par ex. par la dissimulation³² d'un médicament dans leur nourriture ou leur boisson), d'autres sont plus affectées par les répercussions physiques d'une mesure de contrainte (par ex. le mauvais goût d'un médicament ou l'administration par injection). De même, la violation de la sphère privée par une surveillance continue peut être ressentie comme plus invasive qu'une limitation de la liberté de mouvement par une barrière ou inversement.

Il importe de discuter du choix d'une mesure ainsi que de la décision de son application effective avec la personne incapable de discernement concernée; des recherches doivent également être entreprises pour connaître ses préférences, et celles-ci doivent être prises en compte.

32 Concernant le fait de cacher des médicaments, il convient de nuancer: lorsqu'un comprimé est broyé et mélangé à la nourriture d'un patient dément qui a des problèmes de déglutition dans le seul but de lui faciliter la prise, il ne s'agit pas d'une mesure de contrainte. En revanche, lorsqu'un patient a expressément refusé un médicament déterminé (par exemple un neuroleptique) et que celui-ci est mélangé à la nourriture pour tromper le patient, il s'agit d'une mesure de contrainte. Le risque de modifier l'efficacité du médicament en modifiant sa forme galénique doit être pris en compte.

L'équipe de soins doit définir la durée probable de la mesure, les intervalles pour la vérification de son opportunité et des moyens de surveillance et de suivis adéquats.

En cas de perturbation grave de la vie en communauté par des comportements difficiles (par exemple désinhibition sexuelle, agressivité, cris), il faut essayer de régler le problème avec des interventions adéquates, par ex. en supprimant les influences irritantes, en détournant l'attention ou en modifiant les procédures, avant d'envisager des mesures limitatives de liberté ou une médication.

4.4.2. Mise en œuvre

Les mesures de contrainte nécessaires devraient être appliquées de manière appropriée en ménageant autant que possible le patient. Avant l'introduction d'une mesure de contrainte, la personne concernée doit être informée du déroulement de la mesure, de ses raisons, de sa durée probable ainsi que du nom de la personne qui prendra soin d'elle pendant cette période.

Il arrive parfois que les mesures limitatives de liberté n'aboutissent pas au résultat escompté ou entraînent des complications. Dès lors, il est important d'assurer un suivi adéquat. Les patients dont la liberté de mouvement est limitée avec des moyens mécaniques doivent être étroitement surveillés, afin d'identifier et de traiter sans attendre d'éventuelles complications. Toute mesure de contrainte doit faire l'objet d'un protocole. Celui-ci contient obligatoirement des indications concernant le but, la nature et la durée de la mesure (art. 384 CC); il est nécessaire de décrire également ses répercussions en termes de succès respectivement de complications (cf. liste de contrôle en annexe B). Dès la prescription de la mesure, des intervalles réguliers doivent être fixés pour vérifier son opportunité.

Les proches qui rendent visite au patient doivent être informés, avant le premier contact, des mesures de contrainte appliquées.

L'équipe de soins doit toujours avoir la possibilité d'avoir une discussion consécutive à la mise en œuvre de mesures de contrainte.

4.4.3. Prévention

La réglementation systématique des processus décisionnels est utile à la prévention des mesures limitatives de la liberté de mouvement, à la communication avec les représentants du patient et, le cas échéant, à leur implication dans les décisions. Une discussion portant sur les valeurs et les préférences des résidents quant à leur traitement ultérieur doit avoir lieu tant qu'elle est possible, de préférence dès leur entrée dans l'établissement. Les résultats sont consignés par écrit. De même, il est recommandé d'engager, avec les représentants des résidents incapables de discerner, une discussion proactive concernant la marge de manœuvre, et d'établir d'un commun accord un plan thérapeutique.

Les mesures suivantes ont un effet préventif:

- élaboration de directives internes (définition des processus et des compétences décisionnels, critères de décision, instructions pratiques);
- formation et sensibilisation concernant l'utilité discutable de mesures limitatives de liberté et de mesures alternatives (priorités: gestion de l'agressivité, des troubles délirants, des comportements difficiles, aspects juridiques et éthiques);
- recours aux conseils de spécialistes extérieurs, par exemple infirmiers spécialisés ou gériatres/géronto-psychiatres;
- discussions de cas interdisciplinaires;
- discussion de questions d'attitude au sein de l'établissement (par ex. «comment limiter l'autonomie des résidents?», «comment l'encourager?»).

4.5. Patients en traitement extrahospitalier

Dans les soins extrahospitaliers, le recours à des mesures de contrainte devrait être évité. Lorsqu'elles s'avèrent incontournables avec des patients incapables de discernement, les principes émis en introduction sont appliqués. Les spécialistes des soins extrahospitaliers peuvent néanmoins être confrontés à des mesures de contrainte par des tiers, par exemple soins (corporels) contre la volonté du patient concerné, mesures appliquées sans le consentement de la personne prise en charge parce que sa volonté n'a pas été recherchée, limitations de la liberté de mouvement.

Une coopération étroite avec la personne prise en charge et son environnement ainsi que le respect de son droit à l'autodétermination permettraient d'éviter ou de limiter de telles situations. Grâce à divers outils, comme par exemple l'évaluation standardisée des besoins de la personne prise en charge, les situations de danger (violence ou négligence) peuvent être identifiées à temps et des mesures adéquates³³ être adoptées. Ce faisant, une analyse interprofessionnelle de la situation avec la participation de la personne prise en charge et de son environnement est indispensable. Les mesures de prévention suivantes doivent être adop-

33 Dans les cas particulièrement graves, ceci peut englober une notification à l'autorité compétente.

tées en priorité: l'information appropriée de la personne prise en charge et de ses proches, une formation adéquate des soignants, un échange régulier entre les spécialistes des soins extrahospitaliers et les médecins traitants, la concertation avec les proches aidants ainsi que l'évaluation régulière des besoins de la personne prise en charge et de ses proches.

4.6. Patients en milieu carcéral³⁴

Il est indispensable de disposer de directives claires et contraignantes pour les médecins et les infirmiers exerçant dans une institution pénitentiaire, car, en Suisse, de nombreux services de santé pénitentiaires dépendent de l'administration pénitentiaire. Toutefois, les décisions médicales doivent être prises indépendamment de l'administration pénitentiaire. La dépendance peut être source de conflits de loyauté et d'intérêts, et amener les employés des services de santé pénitentiaires à prendre des décisions ou à accomplir des actes contraires à l'éthique quand, par exemple, des mesures de contrainte sont ordonnées à l'encontre de l'intérêt de leur patient.

L'application de mesures de contraintes médicalement indiquées obéit aux mêmes principes que pour les autres patients (principe d'équivalence).

³⁴ Cf. en particulier «Exercice de la médecine auprès de personnes détenues». Directives médico-éthiques de l'ASSM (2002, mise à jour 2012, Annexe lit. G insérée 2015).

A. La contrainte – un concept pluridimensionnel

Dans la pratique médicale, la contrainte peut revêtir de multiples formes, dont l'évaluation éthique et juridique s'inscrit dans un continuum allant des mesures recommandées (interventions destinées à sauver la vie d'un nourrisson qui oppose de la résistance) jusqu'à des mesures totalement inacceptables (traitements médicamenteux administrés de force à un patient capable de discernement). Il peut être utile de classer les différentes formes de contrainte dans un cadre pluridimensionnel.

Les quatre dimensions suivantes ont été retenues dans ce document: premièrement la volonté du patient, deuxièmement son comportement, troisièmement le but de la mesure, et quatrièmement son degré d'invasivité.

La **première dimension** comprend la volonté autodéterminée du patient par rapport à la mesure envisagée. Dans l'idéal, celle-ci repose sur des informations complètes, est durable et a été exprimée librement et en pleine capacité de discernement. Cependant, précisément en situation de maladie, la volonté est imprécise et empreinte d'ambivalences. Dans de tels cas, un processus prolongé d'informations et de conseils est nécessaire à la formation d'une volonté autodéterminée. La formation de la volonté peut être affaiblie ou altérée jusqu'à l'incapacité de discernement, du fait de la maladie ou de troubles cognitifs par exemple. Si par le passé, le patient était capable de discernement, des directives anticipées (volonté exprimée au préalable) ou des indications des proches (volonté présumée) peuvent déterminer sa volonté. S'il n'existe aucune possibilité d'identifier une volonté autodéterminée, le traitement doit être orienté selon les intérêts et la volonté présumée du patient. Dans cette dimension, il y a contrainte lorsque l'on agit contre la volonté exprimée d'une personne capable de discernement ou, à défaut, contre la volonté exprimée au préalable ou présumée. Une mesure de contrainte appliquée dans cette situation doit reposer sur une base juridique spécifique correspondante (droit de protection de l'enfant et de l'adulte DPEA, code pénal, loi sur les épidémies).

La **deuxième dimension** décrit le comportement de la personne concernée face à des mesures discutables. Celui-ci peut aller du consentement formel du patient jusqu'au refus verbal explicite et à la résistance physique, en passant par une acceptation implicite et une tolérance passive. Dans des situations cliniques difficiles, le comportement peut être ambivalent et inconstant. Il peut aussi être influencé par les propos et l'attitude des soignants. Dans cette dimension, l'application d'une mesure en dépit du refus verbal ou de la résistance physique est considérée comme contrainte.

Dans la pratique, il importe de vérifier si le comportement observé dans la situation actuelle (point de vue extérieur, deuxième dimension) correspond ou non à la volonté constatée dans la première dimension (point de vue intérieur). La prise en compte simultanée de la volonté autodéterminée et du comportement permet de distinguer quatre cas de figures:

1. Le patient consent à la mesure et coopère ou tolère passivement la mesure. Le consentement peut alors être donné par le patient lui-même sur la base de sa volonté autodéterminée, ou bien il repose sur une expression préalable de sa volonté, sur sa volonté présumée ou sur la décision d'une personne habilitée à le représenter. Tel est normalement le cas dans la pratique médicale quotidienne. Même lorsque la liberté personnelle du patient est considérablement restreinte par la mesure, on ne saurait parler de contrainte.
2. En revanche, l'application d'une mesure en dépit du refus verbal ou de la résistance physique, tout en ayant connaissance de la décision du refus prise en pleine capacité de discernement, constitue une contrainte au plus haut degré. Elle peut, tout au plus, être admissible dans le cadre d'un PAFA ou d'une décision des autorités prise sur une base légale, auquel cas elle ne peut comprendre que des mesures limitatives de liberté. Un traitement médicamenteux administré par la force physique à des personnes capables de discernement est inadmissible, même dans le cadre d'un placement à des fins d'assistance (PAFA). Par contre, l'acceptation par le patient d'un traitement ordonné (par exemple en cas de tuberculose contagieuse) peut, le cas échéant, lui permettre de réduire ou d'éviter une mesure limitative de liberté en cas de refus.
3. Chez les patients capables de discernement, les première et deuxième dimensions doivent, en principe, concorder. Toutefois, en situation d'urgence, lorsque le patient est incapable de discernement, il peut y avoir des divergences dans l'évaluation entre les deux dimensions. D'une part, suite à des troubles de la conscience ou des troubles cognitifs, un patient peut tolérer ou même accepter une mesure bien qu'elle soit contraire à sa volonté exprimée au préalable ou à sa volonté présumée. L'application de la mesure doit alors être considérée comme contrainte et n'être appliquée que si l'on peut supposer que le patient est resté capable de discernement en dépit de l'impression inverse, mais que sa volonté a changé au cours de la maladie.
4. La situation inverse se présente lorsqu'un patient incapable de discernement refuse, verbalement ou par la résistance physique, une mesure qui correspond à sa volonté exprimée au préalable ou à sa volonté présumée ou une mesure sur laquelle il n'a jamais pu émettre d'avis compétent par manque de capacités cognitives, par exemple. Le fait de venir à bout d'un refus, en particulier lorsqu'il se manifeste par une résistance physique, est toujours vécu comme une contrainte par la personne concernée et par les soignants, même si le consentement à la mesure a été consigné par écrit au préalable ou s'il a été

donné par une personne habilitée à représenter le patient. Le recours à des mesures de contrainte médicales est fréquent dans de telles situations.

Dans une **troisième dimension**, les mesures de contrainte peuvent être réparties en trois catégories, selon leur objectif: les mesures thérapeutiques pour le traitement d'une maladie, les mesures préventives contre une sérieuse mise en danger du patient lui-même et les mesures destinées à protéger des tierces personnes. Certes, les mesures isolées peuvent remplir simultanément plusieurs objectifs, toutefois, elles ne sont pas forcément adaptées à tous les objectifs. En particulier, la portée de l'administration de médicaments varie en fonction de l'objectif principal visé. Les mesures comprises dans la première catégorie sont considérées comme traitements sous contrainte, celles des deuxième et troisième catégories comme mesures limitatives de la liberté.

La **quatrième dimension** concerne le caractère invasif de la mesure. Les moyens mis en œuvre par les soignants pour obtenir le consentement ou l'acceptation passive d'une mesure par le patient s'inscrivent dans un continuum entre l'absence de contrainte et une contrainte maximale. En cas de refus primaire d'une mesure proposée, les soignants peuvent procéder selon les échelons d'intensité croissante suivants: meilleure information, conseil, recommandation, conviction, persuasion, manipulation, tromperie, pression, menace de sanctions, surveillance continue, mise en place de barrières physiques, recours à la force physique. Le passage à la contrainte a lieu au moment où le soignant ne soutient plus la volonté autodéterminée du patient et où sa propre volonté prend le dessus sans tenir suffisamment compte de la personne concernée, c'est-à-dire qu'il se situe dans la liste ci-dessus entre la «conviction» et la «persuasion». L'étendue de la contrainte ressentie subjectivement par le patient individuel ne doit pas forcément croître dans l'ordre des moyens indiqués ci-dessus. Ainsi, par exemple, certains patients peuvent ressentir une surveillance continue comme plus invasive qu'un enfermement physique, ou une tromperie plus blessante que des barrières visibles, alors que pour d'autres ce sera le contraire. Il importe également de vérifier si une mesure de contrainte affecte l'intégrité corporelle d'un patient (par exemple traitement médicamenteux, prise de sang, intervention chirurgicale) ou non, car il est interdit de porter atteinte à l'intégrité physique d'une personne capable de discernement contre sa volonté, même sur ordonnance judiciaire.

L'analyse d'une mesure de contrainte dans ses différentes dimensions permet d'établir une évaluation nuancée et d'optimiser les objectifs correspondant à chaque dimension. Ces objectifs sont pour la dimension de la volonté du patient le plus haut degré d'autodétermination possible, pour la dimension du comportement le consentement le plus élevé possible entre le patient et le soignant, pour la dimension de l'objectif la meilleure orientation possible de la mesure vers le but visé, et pour la dimension de l'invasivité le recours au moyen ressenti comme le moins invasif par le patient.

B. Soutien dans la procédure d'application des directives

1. Processus décisionnel: l'application de mesures limitatives de liberté

- Définition du problème:
 - comment le problème se manifeste-t-il?
 - Pour qui la situation constitue-t-elle un problème?
 - Le patient est-il incapable de discernement?
 - Est-il possible de supprimer des causes permettant de résoudre le problème?
- Objectif: quel est l'objectif d'une éventuelle mesure de contrainte?
- Adéquation: la mesure est-elle adéquate pour atteindre l'objectif visé?
- Nécessité: la mesure semble-t-elle absolument nécessaire dans l'intérêt de la personne concernée ou est-elle disproportionnée?
- Alternatives: toutes les mesures moins rigoureuses ont-elles déjà été adoptées sans succès? Leur adéquation a-t-elle été vérifiée?
- Préférences de la personne concernée: les préférences du patient concerné sont-elles, autant que possible, prises en compte?
- Conditions: les conditions légales du DPEA sont-elles remplies? Le personnel dispose-t-il des compétences requises pour l'application de mesures de contrainte?
- Prévention: existe-t-il des mesures de prévention susceptibles d'éviter le recours à des mesures de contrainte à l'avenir?
- Possibilités de recours: le patient a-t-il été informé de ses droits?
- Le cas échéant, autres aspects importants dépendants de la situation.

2. Placement à des fins d'assistance (PAFA)

2.1. Hospitalisation dans le cadre d'un PAFA

En cas d'hospitalisation dans le cadre d'un PAFA, non seulement les dispositions cantonales respectives, mais également celles du CC doivent être observées.³⁵ Les éléments décisifs sont, d'une part, l'examen de la personne concernée par le médecin lui-même et, d'autre part, la justification écrite et fondée du choix du PAFA plutôt que d'une mesure moins attentatoire. La décision de placer la personne doit au moins englober les indications suivantes (art. 430 CC):

- le lieu et la date de l'examen médical;
- le nom du médecin qui procède à l'examen;
- les résultats de l'examen, les raisons et le but du placement;
- les voies de recours.

Un exemplaire de la décision de placement est remis à la personne concernée et un autre à l'établissement lors de son admission. Dans la mesure du possible, un des proches de la personne est informé par écrit de la décision de placer la personne dans un établissement et de la possibilité de recourir contre cette décision.

2.2. Gestion des patients PAFA par l'établissement

Après une hospitalisation dans le cadre d'un PAFA, les étapes suivantes doivent être réalisées ou vérifiées:

- clarifier si la personne hospitalisée est capable de discernement ou non;
- clarifier si la personne hospitalisée a désigné une personne de confiance; en cas d'incapacité de discernement: clarifier si la personne hospitalisée a rédigé des directives anticipées;
- élaborer (par écrit) un plan de traitement pour les troubles psychiques avec la participation de la personne concernée et, le cas échéant, de sa personne de confiance; chez les patients incapables de discernement: prendre en considération les directives anticipées dans le plan thérapeutique;
- informer le patient et la personne de confiance de la mesure envisagée (motifs, but, nature, modalités, risques et effets secondaires, conséquences d'une abstention et possibilités thérapeutiques alternatives);
- rechercher le consentement du patient capable de discernement; chez les patients incapables de discernement: voir également le chapitre 2.3.;
- adapter régulièrement le plan thérapeutique et la documentation du traitement;
- documenter l'entretien de sortie en tenant particulièrement compte des mesures préventives discutées, respectivement adoptées, pour éviter les risques de rechute.

³⁵ Les cantons peuvent ainsi désigner, sur la base de l'art. 429 CC, des médecins qui, outre l'autorité de protection de l'adulte, sont habilités à ordonner un placement dont la durée est fixée par le droit cantonal.

2.3. Traitement sans consentement des patients PAFA (art. 434 CC, traitement sous contrainte)

Avant l'ordonnance du traitement sans consentement par le médecin-chef, les points suivants doivent être vérifiés et le résultat documenté:

- Existe-t-il une menace de dommage sérieux pour la santé de la personne concernée ou bien un risque pour la vie ou l'intégrité corporelle de tierces personnes?
- La personne concernée est-elle incapable de discernement par rapport à la nécessité du traitement?
- N'existe-t-il pas de mesure moins rigoureuse et tout aussi adaptée?
- D'éventuelles directives anticipées du patient sont respectées? Si non – pour quels motifs?

Ce n'est que lorsque ces quatre points ont été vérifiés qu'un traitement sans consentement peut être ordonné. L'ordonnance est communiquée par écrit à la personne concernée et à sa personne de confiance, avec indication des voies de recours.

3. Documentation des mesures de contrainte

Les mesures de contrainte doivent faire l'objet d'un rapport écrit; il est recommandé de consigner les points suivants, mais la liste peut être adaptée en fonction du domaine d'application. La documentation peut également être élaborée comme disposition légale:

- coordonnées de la personne concernée;
- description du problème (intérêt du patient);
- objectif et objet de la mesure (thérapeutique, autoprotection, protection des tiers);
- alternatives rejetées ou révélées inefficaces (lesquelles? pourquoi ont-elles été rejetées?);
- volonté (présumée) du patient (existence de directives anticipées, etc.);
- incapacité de discernement avérée par rapport à la mesure prévue (évaluée par...);
- précision si la mesure a été adoptée d'urgence ou si elle a été planifiée;
- nature et durée de la mesure;
- mesures de surveillance nécessaires, respectivement mesures d'accompagnement;
- intervalle des évaluations;
- date du début de l'application;
- date des évaluations;
- instance de décision responsable/personne responsable;

- information (y compris les possibilités de recours): discussion avec la personne concernée? avec le représentant du patient? (quand?, qui?, avec qui?);
- portée de la mesure (indication de l'endroit où est classée la documentation);
- compte-rendu (quand?, qui?, avec qui?);
- autres aspects importants.

C. Glossaire

Capacité de discernement

La capacité de discernement est évaluée par rapport à la situation concrète et pour un acte concret (consentement). Elle présuppose d'une part la capacité de la personne à percevoir la réalité et à se forger son propre jugement et sa propre volonté (faculté de jugement), et d'autre part la capacité à agir conformément à sa volonté (capacité de contrôle). Il n'existe pas de solutions schématiques permettant d'identifier la capacité de discernement (cf. le chapitre 2.4.).

Les critères suivants peuvent aider à constater la capacité de discernement:

- la capacité de comprendre une information par rapport à la décision à prendre;
- la capacité d'évaluer correctement la situation et les conséquences qui résultent de possibilités alternatives;
- la capacité d'évaluer raisonnablement les informations obtenues dans le contexte d'un système de valeurs cohérent;
- la capacité d'exprimer son propre choix.

Grave état d'abandon

Etat qui résulte la plupart du temps d'une maladie psychique ou physique, pouvant aboutir à un placement à des fins d'assistance de la personne concernée. Il ne s'agit pas d'une notion médicale et il n'existe pas de définition généralement acceptée de ce terme (cf. le chapitre 2.7.).

Grave perturbation de la vie communautaire

Perturbation de la vie communautaire telle, que ses répercussions sur l'entourage sont insupportables (cf. le chapitre 2.6.).

Limitation de la liberté de mouvement

Limitation de la liberté physique de mouvement avec des moyens mécaniques, des médicaments ou des moyens psychologiques (cf. le chapitre 2.2.1.). Contrairement à la définition large appliquée dans cette directive, l'art. 383 CC concerne exclusivement les mesures limitatives de liberté avec des moyens mécaniques.

Maintien d'une personne entrée de son plein gré dans une institution

On parle de maintien lorsqu'une personne souffrant d'un trouble psychique, entrée de son plein gré dans un établissement, est retenue contre sa volonté. Le maintien d'une personne n'est admissible que s'il permet d'écartier un risque sérieux de mise en danger d'elle-même ou d'autrui (cf. art. 427 CC).

Médical

Le terme de médical est utilisé ici de manière globale et se rapporte à l'activité des médecins, des infirmiers et des thérapeutes.

Mesure de contrainte

Application d'une mesure médicale contre la volonté autodéterminée du patient ou en dépit de son refus.

La volonté peut correspondre à l'expression actuelle de la volonté d'un patient capable de discernement ou à la volonté exprimée au préalable ou présumée d'un patient incapable de discernement au moment de l'application de la mesure.

L'opposition peut être exprimée par un refus verbal ou non verbal ou par une résistance active (cf. le chapitre 2. et l'annexe A).

Mesures limitatives de la liberté

Limitations de la liberté physique de mouvement ainsi que d'autres droits fondamentaux (cf. le chapitre 2.1.).

Personne de confiance

Personne de confiance choisie par un patient placé à des fins d'assistance, qui l'assistera pendant la durée de son séjour et jusqu'au terme des procédures en rapport avec celui-ci (cf. art. 432 CC).

Placement à des fins d'assistance

Placement dans un établissement approprié pour le traitement et la prise en charge de la personne concernée contre sa volonté (cf. le chapitre 2.3.).

Représentant mandaté pour les affaires médicales

Personne qui représente le patient incapable de discernement pour les affaires médicales. La loi désigne, dans l'ordre hiérarchique, les personnes suivantes comme étant habilitées à représenter le patient: en premier lieu, les personnes mentionnées dans des directives anticipées ou un mandat pour cause d'incapacité; viennent ensuite le curateur avec un droit de représentation pour les décisions médicales, les proches et autres personnes de référence qui offrent régulièrement au patient une assistance personnelle (conjoint ou partenaire enregistré, personnes faisant ménage commun avec le patient, descendants, parents, frères et sœurs). Lorsqu'il s'agit de patients mineurs, les détenteurs de l'autorité parentale ont un droit de représentation.

Situation d'urgence

Traitement, soins ou prise en charge nécessaires sans délai pour sauver une vie ou écarter des dommages sérieux. (cf. chapitre 2.5.).

Subsidiarité et proportionnalité d'une mesure de contrainte

Vérification de la nécessité et de l'adéquation d'une mesure de contrainte. Cela signifie que toutes les alternatives à une mesure de contrainte ont été vérifiées et que seule une mesure de contrainte est appropriée pour écarter le danger. Lorsque plusieurs mesures sont appropriées, c'est la moins éprouvante qui doit être choisie. Les conditions doivent être vérifiées individuellement pour chaque patient (cf. le chapitre 3.2.).

Traitement sans consentement

Traitement sous contrainte d'un patient placé à des fins d'assistance (cf. art. 434 CC).

Traitement sous contrainte

Mesures médicales appliquées contre la volonté ou en dépit de l'opposition d'un patient, dans le but de préserver ou de recouvrer la santé (cf. le chapitre 2.2.).

Volonté présumée

Réflexion sur la manière dont un patient incapable de s'exprimer déciderait s'il en avait la capacité. La volonté présumée résulte de l'évaluation de toutes les informations disponibles (par exemple déclarations antérieures orales ou écrites du patient, déclarations de ses représentants ou de ses proches).

Indications concernant l'élaboration de ces directives

Mandat

En mars 2013, la Commission Centrale d'Ethique de l'ASSM a chargé une sous-commission, d'élaborer des directives médico-éthiques sur le thème des «Mesures de contrainte en médecine».

Sous-commission responsable

Prof. Dr méd. Dr phil. Paul Hoff, psychiatrie, Zurich (Président)
Andreas Bolliger, soins, Affoltern a. Albis
Prof. Dr iur. Marco Borghi, droit, Pro mente sana, Comano
Dr méd. Verena Gantner, médecine générale, Muri
Dr méd. Monique Gauthey, pédopsychiatrie, Genève
Dr méd. Daniel Grob, gériatrie, Zurich
Prof. Dr méd. Christian Kind, Président CCE, pédiatrie, St-Gall
PD Dr méd. Tanja Krones, éthique, Zurich
Sophie Ley, experte en soins, MA Health Care Management, Monthey
lic. iur. Michelle Salathé, MAE, ASSM, droit, Bâle
lic. théol. Christoph Schmid, CURAVIVA, Berne
Dr méd. Martin Siegemund, médecine intensive, Bâle
Bianca Schaffert-Witvliet, MSN, soins, Mägenwil
Prof. Dr méd. Hans Wolff, médecine pénitentiaire, Genève

Experts consultés

PD Dr méd. Georg Bosshard, Winterthour
Dr méd. Christian Henkel, St-Gall
Dr méd. Georges Klein, Monthey
Dr phil. Franziska Rabenschlag, Bâle
Dr iur. Beat Reichlin, Langnau am Albis
Prof. Dr méd. Undine Lang, Bâle
Prof. Dr méd. Armin von Gunten, Lausanne

Procédure de consultation

Le 19 mai 2015, le Sénat de l'ASSM a approuvé une première version de ces directives pour la procédure de consultation auprès des sociétés de discipline, des organisations et des personnes intéressées. La version finale tient compte des prises de position parvenues.

Approbation

La version définitive de ces directives a été approuvée par le Sénat de l'ASSM le 19 novembre 2015.

