

L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) publie les directives entièrement révisées

Mesures de contrainte en médecine

Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)

Les patients doivent, en principe, pouvoir décider de manière autonome des mesures médicales. Il existe néanmoins des situations, dans lesquelles la contrainte ne peut pas être évitée. Face à ce dilemme, les directives «Mesures de contrainte en médecine» se veulent une aide à l'orientation. Les directives, publiées en 2005, ont été révisées et adaptées aux conditions cadres juridiques du droit de protection de l'enfant et de l'adulte, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2013.

Le champ de tensions entre, d'une part, les décisions et les souhaits des patients et, d'autre part, les mesures médicales indiquées représentent un défi dans la pratique quotidienne. Dans ce contexte, les directives «Mesures de contrainte en médecine» proposent une aide concrète: elles décrivent les conditions éthiques et juridiques requises pour l'application de mesures de contrainte. Elles clarifient, d'une part, les rôles et les responsabilités des médecins, infirmiers et thérapeutes et précisent les obligations de documentation et les devoirs de diligence lors de l'application de mesures de contrainte. Les directives informent, en outre, sur les possibles mesures de prévention.

L'objectif déclaré des directives est d'encourager une réflexion continue et ouverte, au-delà des groupes professionnels, sur le thème des «mesures de contrainte en médecine». Les directives décrivent un large éventail de champs d'application: patients souffrant de maladies somatiques ou de troubles psychiques, enfants et adolescents, patients en établissement de soins de longue durée, en traitement extrahospitalier et en milieu carcéral. Les champs d'application mentionnés sont traités séparément dans le chapitre 4 des directives. Ce chapitre ne sera pas publié dans le BMS; la version intégrale des directives est disponible sur le site Internet de l'ASSM sous: www.samw.ch/fr sous «Ethique» dans le menu «Directives».

Les directives ont été élaborées par une sous-commission interdisciplinaire sous la direction du Prof. Paul Hoff. Le projet du texte avait d'ores et déjà rencontré un

écho positif. Dans le cadre de la procédure de consultation, la sous-commission a étudié plus de 60 prises de position, puis clarifié et précisé certains points en suspens. Quelques prises de position ont critiqué la définition large de la «contrainte» utilisée dans ces directives: «application d'une mesure contre la volonté de la personne concernée ou en dépit de son opposition». La

L'objectif est d'encourager une réflexion ouverte, au-delà des groupes professionnels, sur le thème des mesures de contrainte.

sous-commission a maintenu cette définition. En revanche, suite à plusieurs demandes, l'annexe «La contrainte – un concept pluridimensionnel» a été intégrée dans les directives. L'annexe comprend, en outre, un chapitre «Soutien dans la procédure d'application des directives» et un glossaire¹.

Pour que les directives puissent s'imposer comme outil pour la pratique médicale quotidienne, les feedbacks de la pratique lui sont indispensables. L'ASSM les examinera et, si nécessaire, envisagera des adaptations. Les directives sont disponibles en quatre langues (allemand, français, italien et anglais) sur le site de l'ASSM sous «Ethique» dans le menu «Directives». Des exemplaires imprimés en français ou en allemand peuvent être commandés à: [mail\[at\]samw.ch](mailto:mail[at]samw.ch). Les directives seront expédiées mi-janvier 2016.

¹ Comme le chapitre 4, l'annexe ne sera pas publiée dans le BMS, mais est disponible en ligne: www.samw.ch → Ethique

Correspondance:
lic. iur. Michelle Salathé
Académie Suisse des
Sciences Médicales (ASSM)
Maison des académies
Laupenstrasse 7
CH-3001 Berne
Tél. 031 306 92 70
[m.salathe\[at\]samw.ch](mailto:m.salathe[at]samw.ch)

Mesures de contrainte en médecine

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

I. Préambule

Les patients [1] 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.

Les présentes directives [2] s'adressent à l'ensemble des équipes médicales [3] au sein des institutions, aux médecins installés ainsi qu'au domaine des soins extrahospitaliers. 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?

II. Directives

1. Champ d'application des directives

Les présentes directives s'adressent aux médecins, infirmiers et autres professionnels de la santé qui appliquent respective-

ment 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 discerner

nement 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. 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'écartier 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.

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 contrainte [8]

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).

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 légal [9] 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 discernement [10] traités pour des troubles psychiques dans le cadre d'un placement à des fins d'assistance (PAFA [11]), 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.

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 (p. 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 *absolue*: 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.

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 CC [13]). 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.

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 CC [14]. 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 extrême-

mement 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.

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 (p. ex. blessures, infections) lors d'une immobilisation prolongée (p. ex. contention ou sédation) ou en cas de recours à la force physique (p. 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.

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].

4. Domaines d'application

Le chapitre 4 des directives «Mesures de contrainte en médecine» décrit les processus décisionnels ainsi que les aspects spécifiques du déroulement et de la prévention de mesures de contrainte chez les groupes de patients suivants:

- Patients souffrant de maladies somatiques;
- Patients souffrant de troubles psychiques;
- Enfants et adolescents;
- Patients en établissement de soins de longue durée;
- Patients en traitement extrahospitalier
- Patients en milieu carcéral.

Le texte intégral des directives, y compris le chapitre 4, est disponible sous www.assm.ch → Ethique.

III. Annexes

L'annexe des directives comprend les chapitres «La contrainte – un concept pluridimensionnel» et «Soutien dans la procédure d'application des directives» ainsi qu'un glossaire. Le texte intégral des directives, y compris l'annexe, est disponible sous www.assm.ch → Ethique.

Remarques

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

- 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).
- 9 La loi désigne, dans l'ordre hiérarchique, les personnes suivantes comme étant habilitées à représenter le patient: en premier lieu, les personnes désignées dans des directives anticipées ou dans 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 14 Cf. art. 438 CC (Mesures limitant la liberté de mouvement).
- 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.
- 16 Cf. Annexe B, paragraphe 3.3. (Documentation des mesures de contrainte).

IV. 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 phil. *Paul Hoff*, psychiatrie, Zurich (Président); *Andreas Bolliger*, soins, Affoltern am Albis; Prof. Dr iur. *Marco Borghi*, droit, Pro mente sana, Comano; Dr *Verena Gantner*, médecine générale, Muri; Dr *Monique Gauthey*, pédopsychiatrie, Genève; Dr *Daniel Grob*, gériatrie, Zurich; Prof. Dr *Christian Kind*, Président CCE, pédiatrie, St-Gall; PD Dr *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 *Martin Siegemund*, médecine intensive, Bâle; *Bianca Schaffert-Witvliet*, MSN, soins, Mägenwil; Prof. Dr *Hans Wolff*, médecine pénitentiaire, Genève

Experts consultés

PD Dr *Georg Bosshard*, Winterthur; Dr *Christian Henkel*, St-Gall; Dr *Georges Klein*, Monthey; Dr phil. *Franziska Rabenschlag*, Bâle; Dr iur. *Beat Reichlin*, Langnau am Albis; Prof. Dr *Undine Lang*, Bâle; Prof. Dr *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.