

Bern, octobre 2024

Recommandations de la SSPP pour la prévention des mesures limitatives de liberté en psychiatrie

Prof. Dr. med. Matthias Jäger^{a,b,k}, PD Dr. med. Anastasia Theodoridou^{a,b} im Auftrag des SGPP-Vorstands. Unter Mitarbeit von: Prof. Dr. med. Philippe Conus^c, Prof. Dr. med. Martin Hatzinger^{d,k}, Prof. Dr. med. Stefan Kaiser^e, Prof. Dr. med. Stefan Klöppel^f, Prof. Dr. med. Undine Lang^g, Dr. med. Fulvia Rotaⁱ, Prof. Dr. med. Erich Seifritz^{a,i,k}, Dr. med. Rafael Traber^{h,i,k}

^a Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK)

^b Psychiatrie Baselland (PBL)

^c Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)

^d Solothurner Spitäler (SoH)

^e Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)

^f Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (upd)

^g Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)

^h Clenia Littenheid

ⁱ Vorstand Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)

^k Vorstand Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte (SVPC)

Le « placement à des fins d'assistance » (PAFA), les « mesures limitant la liberté de mouvement » (MLLM) ainsi que les « traitements sans consentement » (TSC) dans le contexte médical représentent pour toutes les personnes impliquées un défi éthique et juridique. Depuis la révision totale du code civil suisse (en 2013), différents documents ont été élaborés au sujet des mesures limitatives de liberté : une évaluation des dispositions relatives au PAFA (Office fédéral de la justice, 2022), des évaluations annuelles de la statistique médicale (OBSAN), des directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM, 2015), et désormais les présentes recommandations de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP).

Contenu

Introduction	2
Conditions	4
Placement à des fins d'assistance (PAFA)	5
Mesures limitant la liberté de mouvement (MLLM)	6
Traitement sans consentement (TSC)	7
Prévention	7
Conception personnelle / posture	7
« Zero coercion »	8
Approche rétablissement	8
Contextualisation et orientation vers les besoins	8
Posture neutre face au risque	8
Techniques de désescalade et de communication	8
Pression psychologique et contrainte informelle	9
Facteurs structurels et procéduraux	9
Possibilité d'intervention en cas de crise psychosociale	10
Collaboration avec la police et les autorités	10
Habilitation à prescrire	10
Conditions cadres prévalant dans l'hôpital psychiatrique	10
Conclusions	12
Bibliographie	13

Introduction

La SSPP souligne que les médecins qui travaillent dans les services d'urgence, et en particulier les psychiatres, sont confronté-e-s à des situations complexes et exigeantes. Outre les interventions psychiatriques et psychothérapeutiques auprès de personnes qui acceptent ces soins, les psychiatres d'urgence doivent également intervenir auprès de personnes qui ne consentent pas à ces traitements, voire s'y opposent. Cela concerne également l'activité des psychiatres qui doivent mettre en œuvre les PAFA dans le domaine hospitalier. Le « devoir d'assistance » peut alors aller à l'encontre du droit à l'autodétermination. Les conditions structurelles et procédurales ainsi que les systèmes de valeur et les conceptions personnelles à l'égard des personnes souffrant de troubles psychiques, des MLLM et du TSC ont un impact considérable sur le seuil de prescription, de même que sur la fréquence et la durée des interventions prescrites. Pour éviter les MLLM et les TSC, il faut un système de soins de santé axé non seulement sur le traitement, mais aussi sur la prévention. La prévention commence cependant bien en amont de l'examen des conditions relatives à une décision de PAFA. Compte tenu de la pénurie actuelle de personnel spécialisé et de la problématique de l'allocation des ressources, il est nécessaire d'apporter des améliorations au niveau des interfaces de la

société, en plus des efforts d'optimisation au sein de la psychiatrie. Il est nécessaire de trouver des pistes de solution concrètes pour réduire le nombre de PAFA, de MLLM et de TSC évitables.

Il est crucial de gérer les comportements présentant un danger pour la personne ou pour autrui dans le champ d'action psychiatrique et psychothérapeutique de façon professionnelle et adaptée à la situation. Lors de la mise en œuvre d'interventions psychiatriques et psychothérapeutiques, il est primordial, quel que soit le cadre de traitement, que l'environnement soit conçu de manière à propager un sentiment de sécurité. L'application de MLLM et de TSC dans le cadre psychiatrique et psychothérapeutique requiert une attention et des précautions particulières, et favorise ainsi la réduction du risque de comportement dangereux pour soi ou pour autrui. Les décisions qui conduisent à ce que des MLLM ou un TSC soient ordonnés dans le contexte psychiatrique ne tombent pas soudainement, leur origine remontant souvent plus loin qu'à l'entrée à l'hôpital psychiatrique. La fréquence des PAFA [1] et des MLLM varie au sein de la Suisse sans que cela puisse s'expliquer de façon satisfaisante par des caractéristiques liées aux tableaux cliniques ou aux patient-e-s [2].

Les MLLM, les TSC ainsi que les restrictions de l'autonomie que cela engendre pour les personnes concernées constituent avant tout pour ces dernières, mais aussi pour les professionnel-le-s tenu-e-s d'ordonner et de mettre en œuvre ces mesures, une charge émotionnelle et physique importante. Dans les traitements psychiatriques et psychothérapeutiques effectués correctement, il convient de garantir les droits et les intérêts des personnes impliquées tout en tenant compte des preuves scientifiques et des besoins individuels.

Les présentes recommandations sont explicitement formulées du point de vue médico-psychiatrique de psychiatres clinicien-ne-s et d'hôpitaux psychiatriques. Elles s'appliquent aux conditions du système de soins psychiatriques et psychothérapeutiques pour adultes en Suisse. Elles ne concernent ni le domaine de la psychiatrie forensique ni celui de la psychiatrie pour enfants et adolescent-e-s ni celui de la médecine somatique ou des établissements médicaux-sociaux où des MLLM et des TSC peuvent également être appliqués. Elles visent par ailleurs à servir de source d'information pour les décideur-euse-s politiques, les médias et le public en général.

Les présentes recommandations thérapeutiques s'appuient étroitement sur des directives et lignes directrices existantes dans l'espace germanophone concernant la contrainte et la violence en psychiatrie, en particulier la « S3-Leitlinie » de la société allemande de psychiatrie, de psychothérapie, de psychosomatique et de neurologie (DGPPN), qui porte sur la façon d'éviter la contrainte par la prévention et le traitement des comportements agressifs chez les adultes [3], et la directive médico-éthique intitulée « Mesures de contrainte en médecine » de l'Académie Suisse des Sciences Médicales [4]. En complément aux recommandations figurant dans ces directives et lignes directrices, les présentes recommandations mettent l'accent sur l'aspect de la prévention des MLLM et des TSC en psychiatrie du point de vue médico-psychiatrique ainsi que sur le contexte du système légal et du système de soins en Suisse. Les présentes recommandations ont été élaborées par le premier auteur et la première auteure sur la base des directives et lignes directrices existantes en allemand [3, 4] et d'un examen élargi de la littérature sur les aspects évoqués plus haut, à savoir la prévention et le contexte suisse. Le projet a ensuite été soumis pour discussion et adaptation à l'ensemble des auteur-e-s par voie de circulation (consensus informel d'expert-e-s). Le degré indiqué pour les différentes recommandations découle, le cas échéant, des niveaux de preuve des directives et lignes directrices en allemand [3, 4] ou des autres publications mentionnées. Le degré des recommandations retenu s'échelonne en fonction des niveaux de preuve suivants : A (recommandation forte, basée sur des essais contrôlés randomisés ou des revues systématiques), B (recommandation, basée sur des études observationnelles) et 0 (proposition, basée sur des avis d'expert-e-s ou des déductions théoriques) [3].

Dans le droit de la protection de l'adulte et de l'enfant (DPAE), qui est entré en vigueur en 2013 dans le code civil (CC), le terme de « mesure de contrainte » n'existe plus. On utilise depuis lors une nouvelle série de termes définis légalement : PAFA (art. 426 ss CC), TSC (art. 434 CC), MLLM (art. 438 CC ; p. ex. mesure d'isolement, d'immobilisation, de contention, refus de sortie) ainsi que des mesures médicales d'urgence (lorsqu'il y a péril en la demeure) afin de prévenir un danger imminent pour la personne concernée ou pour autrui (art. 435).

Quel que soit le cadre de traitement, le fait de disposer de personnel, de locaux et de matériel de qualité en quantité suffisante est une condition nécessaire mais pas suffisante pour prévenir le recours aux MLLM et aux TSC (degré de recommandation : niveau de preuve 0, [3]). Il est également primordial de réfléchir à la façon d'établir la relation dans le cadre du traitement psychiatrique et psychothérapeutique de personnes souffrant de troubles psychiques (degré de recommandation : niveau de preuve A, [3]). Pour favoriser un travail relationnel préventif, il est notamment utile d'être conscient-e de ses propres conceptions et de ses réactions émotionnelles et d'être capable de réfléchir sur soi et de s'autoréguler, surtout dans les situations qui suscitent du stress. En tenant compte des principes généraux favorisant la désescalade, tels que l'intervention précoce, la transparence (permettre aux personnes de comprendre les décisions) ou encore la validation de la perspective subjective, ce qui peut se résumer comme de la justice procédurale, le recours, entre autres, aux techniques de désescalade au niveau de la communication verbale et non verbale joue un rôle important (degré de recommandation : niveau de preuve A, [3]). La justice procédurale garantit que les processus qui mènent à la prise de décision soient équitables. L'acceptation du résultat et, partant, la confiance dans la psychiatrie se mesurent à la qualité des processus de prise de décision. Cette confiance constitue un aspect essentiel de la légitimation de la psychiatrie, signe distinctif du bon fonctionnement d'une discipline médicale telle que la psychiatrie (degré de recommandation : niveau de preuve B, [3]).

Pour que les soins psychiatriques et psychothérapeutiques puissent fonctionner avec un taux faible de PAFA, de MLLM et de TSC, il est nécessaire d'appliquer des stratégies de prévention et de désescalade à un stade précoce (degré de recommandation : niveau de preuve 0, [3]). Il est notamment possible de prévoir des offres adaptées avant même de prononcer un PAFA et de maintenir un degré d'attention et d'engagement élevé pendant tout le traitement psychiatrique et psychothérapeutique (degré de recommandation : niveau de preuve 0, [4]). Parallèlement aux aspects sociétaux généraux comme la volonté d'inclusion, pour rendre possibles des alternatives aux PAFA, aux MLLM et aux TSC, il faut pouvoir disposer d'un éventail d'offres de traitement et de soutien à seuil bas qui puissent également être utilisées dans les situations d'urgence (degré de recommandation : niveau de preuve 0, [4]). De plus, il convient de séparer clairement les tâches diagnostiques et thérapeutiques de celles liées au contrôle social ou au cadre réglementaire, comme le fait de garantir la sécurité des individus ou de la société, des tâches qui, pour l'heure encore, continuent d'être déléguées à la psychiatrie (degré de recommandation : niveau de preuve 0, [3, 4]).

Conditions

D'après les bases légales (code civil et lois d'application cantonales) et les directives médico-éthiques de l'ASSM [4], d'un point de vue médico-psychiatrique, les conditions qui suivent doivent être remplies de façon cumulative pour pouvoir prononcer un PAFA, une MLLM ou un TSC. Avant d'ordonner de telles mesures, tous les critères doivent être vérifiés et documentés explicitement avec soin (degré de recommandation : niveau de preuve 0, [4]).

- Présence d'un trouble psychique qui nécessite un traitement selon les critères de classification usuels (état de faiblesse)

- Présence d'un risque immédiat de mise en danger de la personne elle-même ou d'autrui (besoin de protection)
- Incapacité de discernement quant à la nécessité actuelle d'une prise en charge
- Absence de mesure moins contraignante envisageable (subsidiarité)
- Constat que l'utilité attendue de la mesure est significativement supérieure au risque éventuel (proportionnalité)
- Présence d'un établissement ou d'un cadre approprié pour exécuter la mesure

Placement à des fins d'assistance (PAFA)

- Le code civil énonce la déficience mentale et le grave état d'abandon comme d'autres « états de faiblesse » pouvant constituer une condition pour la prononciation d'un PAFA et précise que l'impossibilité de fournir l'assistance ou le traitement nécessaires d'une autre manière caractérise, elle aussi, un besoin de protection. D'un point de vue médico-psychiatrique, en l'absence de trouble psychique nécessitant une prise en soins, ces conditions ne sont pas suffisantes pour justifier un PAFA dans un hôpital psychiatrique, étant donné que l'hospitalisation ne viserait pas à traiter un trouble psychique mais uniquement à prendre en charge la personne. Dans ce contexte, l'institution appropriée est un établissement non médical et non un hôpital psychiatrique qui, en tant qu'établissement financé par l'assurance-maladie, est tenu de remplir un mandat de traitement (prestations au titre de la LAMal) (degré de recommandation : niveau de preuve 0, [4]).

- Dans le code civil, le constat de l'incapacité de discernement ne figure pas comme une condition du PAFA. D'un point de vue éthique, il n'est toutefois pas légitime d'appliquer une mesure contre la volonté d'une personne capable de discernement (degré de recommandation : niveau de preuve 0,[4]). La condition de l'incapacité de discernement doit donc être examinée pour les PAFA comme pour les MLLM et les TSC. S'il n'est pas possible d'obtenir un consentement juridiquement valable pour l'admission dans un établissement adéquat, il convient d'examiner les critères PAFA et de prononcer un PAFA (voies de droit) (degré de recommandation : niveau de preuve 0, [3, 4]).

- Au titre de la subsidiarité, il convient d'examiner toutes les alternatives envisageables avant de prononcer un PAFA : services ambulatoires et intermédiaires tels que les hôpitaux de jour ou les services de soins mobiles, alternatives au traitement psychiatrique (assistance, soutien social) et autres conditions-cadres (p. ex. lieux de retraite constituant une alternative aux unités de soins), pour lesquels il est possible d'obtenir le consentement de la personne concernée (degré de recommandation : niveau de preuve 0, [4]).

- Pour évaluer la proportionnalité d'un éventuel PAFA dans un établissement approprié, il est nécessaire de mener une réflexion professionnelle sur l'utilité et l'objectif de l'hospitalisation. Dans ce contexte, il convient notamment de prendre en compte les expériences résultant de traitements ou d'hospitalisations antérieurs (intervention ciblée, fondée sur des preuves). Si une personne fait état de plusieurs expériences de PAFA sans que ces placements aient donné lieu à des traitements efficaces voire si ces derniers ont eu des conséquences dommageables (p. ex. des MLLM ou des TSC perçus comme une violence), ces éléments doivent être intégrés dans l'évaluation de la proportionnalité et la décision ne doit pas être prise uniquement sur la base d'un examen ponctuel (degré de recommandation : niveau de preuve 0, [4]).

- Etablissement approprié : pour ordonner un PAFA dans un hôpital psychiatrique, l'impossibilité de traiter le trouble psychique d'une autre manière doit être considérée comme une condition impérative (degré de recommandation : niveau de preuve 0, [3, 4]). Si la priorité consiste à traiter un trouble somatique, il est indiqué d'ordonner un PAFA dans un hôpital somatique (degré de recommandation : niveau de preuve 0, [3, 4]). Un PAFA dont le seul but est de prendre en charge une personne en raison d'un état de faiblesse au sens prévu par la loi doit être exécuté dans un établissement d'hébergement/d'accueil (non médical) adéquat. Les arguments qui penchent contre de telles prises en charge dans un hôpital psychiatrique (de personnes présentant un besoin de soutien accru mais sans besoin de traitement spécifique au titre de la LAMal) résident dans le mandat de traitement qui incombe à ces institutions et dans le fait que ces dernières sont financées par l'assurance-maladie. L'écart entre la doctrine et la réalité (placements à mauvais escient) est renforcé par l'attribution d'une « prise en charge obligatoire ». En effet, les hôpitaux de soins psychiatriques de base sont tenus d'admettre tou-te-s les patient-e-s, ce qui n'est pas le cas d'autres institutions, telles que les établissements d'hébergement ou d'accueil, qui peuvent donc refuser d'intégrer des personnes présentant une problématique complexe ou des comportements difficiles à gérer.

Mesures limitant la liberté de mouvement (MLLM)

- Avant d'ordonner une MLLM, il faut examiner les conditions énoncées plus haut et elles doivent toutes être remplies. Cela signifie que la personne doit présenter un danger immédiat pour elle-même ou pour autrui en raison d'un trouble psychique, être incapable de discernement quant à son trouble psychique, au traitement requis ou au danger encouru, que ce danger ne peut pas être écarté par une mesure moins contraignante, que la mesure doit être proportionnée et qu'il doit exister un cadre d'exécution approprié pour la mesure (degré de recommandation : niveau de preuve 0, [4]).

- Les types de MLLM ainsi que les modalités de l'examen des conditions, de la prononciation, de la réalisation et de la documentation de la mesure, de même que l'indication des voies de droit et la saisie des données statistiques devraient être réglementés précisément dans une norme interne à l'hôpital (degré de recommandation : niveau de preuve 0, [3, 4]).

- En cas de péril en la demeure lié à la présence d'un trouble psychique qui nécessite une prise en charge, un-e médecin de garde peut ordonner une mesure médicale (MLLM/TSC) une fois, si cela correspond à un cas d'urgence selon le règlement de l'hôpital (art. 435 CC ; degré de recommandation : niveau de preuve 0, [3]).

- S'il est nécessaire de poursuivre ou de répéter la MLLM ou le TSC, cela ne peut se faire que sur la base du fondement juridique d'un PAFA.

- S'agissant de la prise en charge des personnes souffrant de démence et des mesures de prévention des chutes en psychiatrie de la personne âgée, il est renvoyé à une publication spécifique [5].

- En Suisse, la MLLM la plus fréquente est l'isolement (enfermement de la personne dans une pièce prévue à cet effet). Le choix de la MLLM est très variable et dépend d'un jugement de valeur [6]. Il est recommandé d'éviter de transférer ou d'étendre la mesure à une MLLM alternative.
- Il n'est pas légitime d'ordonner une MLLM pour sanctionner un comportement indésirable (degré de recommandation : niveau de preuve 0, [3, 4]). Cela complique la délimitation de l'argumentation justifiée de « perturbation grave de la vie en communauté » au sein d'une institution ou d'un cadre approprié comme un hôpital psychiatrique.
- Pour des raisons éthiques et thérapeutiques, il est recommandé de ne pas accéder aux souhaits des patient-e-s qui demanderaient l'application d'une MLLM p. ex. pour se protéger d'une automutilation (à l'exception des mesures de prévention des chutes, cf. recommandations relatives à la psychiatrie de la personne âgée [5]).
- L'hospitalisation de patient-e-s dans des unités fermées constitue en soi déjà une MLLM et doit par conséquent être justifiée. Il ne faudrait recourir à un cadre fermé accompagné d'une prise en charge intensive qu'en guise d'espace de prévention pour limiter un risque vital imminent lié au trouble psychique [7].

Traitement sans consentement (TSC)

- Avant d'ordonner un TSC, il faut examiner les conditions énoncées à l'art. 434 CC et elles doivent toutes être remplies (degré de recommandation : niveau de preuve 0, [4]). Cela signifie que l'on doit supposer que la personne présenterait en raison d'un trouble psychique un danger sérieux pour elle-même ou pour autrui en cas de sortie de l'hôpital, que la personne doit être incapable de discernement quant à la nécessité d'un traitement, que le danger ne peut pas être écarté par une mesure moins contraignante, que la mesure doit être proportionnée et qu'il doit exister un cadre d'exécution approprié pour la mesure. La prescription d'un TSC doit être établie par un-e médecin-chef-fe selon les dispositions légales en vigueur, qui peuvent varier selon les cantons, et être formalisée par un plan de traitement écrit comprenant l'indication des voies de droit. En cas de répétition d'une mesure de TSC, il convient d'examiner les perspectives de réussite du traitement en tenant compte des lignes directrices relatives au trouble traité (degré de recommandation : niveau de preuve 0, [3, 4]).
- En cas de péril en la demeure lié à la présence d'un trouble psychique qui nécessite une prise en charge, seul un-e médecin de garde (aucun personnel d'un autre groupe professionnel) peut ordonner une fois un TSC si cela correspond à un cas d'urgence selon le règlement de l'hôpital (art. 435 CC ; degré de recommandation : niveau de preuve 0, [4]).

Prévention

La prévention des mesures limitatives de liberté commence bien en amont de l'examen des conditions relatives à la prescription d'un PAFA, d'un TSC ou d'une MLLM. Les conditions structurelles et procédurales ainsi que les systèmes de valeur, tout comme les fondements de la posture adoptée et des conceptions personnelles qui prévalent à l'égard des personnes souffrant de maladies psychiques et du PAFA, des MLLM et du TSC ont un impact considérable sur le seuil de prescription, de même que sur la fréquence et la durée des mesures prescrites (degré de recommandation : niveau de preuve A, [8]).

Conception personnelle / posture

Les conceptions et convictions personnelles se reflètent dans la posture et peuvent avoir une influence sur les actions que l'on entreprend [9]. De cette façon, la posture personnelle de chacun-e des membres du personnel imprègne la démarche adoptée pour prévenir la contrainte ainsi que le façonnement d'un milieu

favorable au rétablissement. Quand dans un cadre donné, les patient·e·s et les membres du personnel savent qu'il est possible de légitimer et d'appliquer des MLLM ou des TSC, cela entraîne a priori un effet favorisant potentiellement l'escalade et la génération de stress. Une posture où les MLLM et les TSC sont considérés comme des événements évitables, non souhaités et qui met le besoin des patient·e·s et les perspectives d'évolution au premier plan à un stade précoce sans pour autant négliger l'évaluation des risques, aura un impact préventif et favorable au rétablissement à l'opposé d'une posture selon laquelle on intervient tardivement et qui se résume à tâcher de maximiser la sécurité et de réduire les risques, sans tenir compte du contexte d'une situation donnée (degré de recommandation : niveau de preuve A, [8]).

« Zero coercion »

L'approche « zero coercion » découle de la prévention du suicide [10, 11]. Une démarche de prévention efficace devrait reposer sur l'objectif d'éviter toute mesure, même si cet objectif ne pourra jamais être atteint totalement. Seul un objectif visant une absence totale de mesures de contrainte permet de mener un travail préventif systématique dans toutes les situations, et d'envisager à chaque fois toutes les alternatives aux MLLM ou aux TSC. Dès lors que l'orientation se borne à viser un nombre tolérable de mesures de contrainte ou que l'on considère au fond ces mesures comme faisant partie de l'éventail des traitements psychiatriques, le taux sera considérablement supérieur comparé à une approche qui fixe zéro mesure de contrainte comme but à atteindre.

Approche rétablissement

Cette approche se réfère dans le contexte psychiatrique à une planification des soins fondée sur des preuves qui met en avant l'atteinte des objectifs personnels et le respect des valeurs des patient·e·s, en complément des objectifs médicaux (réduction des symptômes) et de réhabilitation (amélioration fonctionnelle) [12]. La négociation avec le·la patient·e sur les objectifs de traitement et les interventions requises pour y parvenir suit le principe de la prise de décision partagée (« shared decision making » ; [13] ; degré de recommandation : niveau de preuve B, [8]).

Contextualisation et orientation vers les besoins

Cette approche tient compte, dans l'interaction avec les patient·e·s, des circonstances spécifiques d'une situation et enjoint le·la psychiatre à s'efforcer de comprendre le contexte et les besoins spécifiques du·de la patient·e avant de prendre une décision ([14], degré de recommandation : niveau de preuve 0, [8]). Elle concerne tous les types de décisions pouvant être prises dans un contexte psychiatrique ou psychothérapeutique, en ambulatoire et en hospitalier.

Posture neutre face au risque

Les démarches défavorables à la prise de risque se concentrent sur l'aspect sécuritaire et présentent le désavantage de réduire les chances de parvenir à un consensus avec le·la patient·e (degré de recommandation : niveau de preuve 0, [8]). Une posture neutre ou ouverte face au risque (« positive risk taking ») donne le droit aux patient·e·s de prendre des décisions « déraisonnables » ou qui paraissent risquées au premier abord. Une prise de décision largement soutenue dans le réseau des personnes de soutien (p. ex. dans le cadre de colloques sur le plan de traitement ou de soutien) peut être utile pour relativiser les décisions de certains membres du personnel médical qui seraient particulièrement axées sur la sécurité ou guidées par la peur du risque.

Techniques de désescalade et de communication

La connaissance des facteurs qui peuvent contribuer à l'escalade et des pistes de solution pour que ces processus perdent leur caractère aigu dans le sens d'une atténuation des symptômes fait partie des connaissances de base de chaque personne travaillant en psychiatrie. Ces connaissances spécialisées

devraient être enseignées régulièrement à titre obligatoire et leur mise en pratique exercée et évaluée (degré de recommandation : niveau de preuve A, [8]). La maîtrise de modes de communication favorisant la désescalade et la réflexion personnelle sur la part de responsabilité que l'on a dans des situations pouvant dégénérer, sont des aptitudes essentielles pour toutes les interactions en psychiatrie. Ces compétences entrent en jeu bien avant la phase dite de « gestion de l'agressivité », qui intervient dans les situations qui s'enveniment, pour atténuer des comportements agressifs et pour assurer la sécurité des personnes impliquées. Le fait de se concentrer dans la formation des collaborateurs sur l'aspect de la gestion de l'agressivité peut conduire à négliger l'emploi continu d'un mode de communication et d'interaction ainsi que l'aménagement d'un cadre favorisant la désescalade et augmenter sans le vouloir le recours aux MLLM [15].

Pression psychologique et contrainte informelle

Dans l'intention d'éviter les MLLM et les TSC, il est fréquent que l'on travaille en pratique avec une cascade d'interventions qui découlent du contexte de la relation thérapeutique et comportent une pression psychologique ou une contrainte informelle [16]. La réflexion consciente du personnel médical à ce sujet avant la mise en œuvre d'une intervention exerçant plus de pression (p. ex. convaincre, voire menacer avec des conséquences négatives) doit reposer sur les mêmes critères éthiques que pour les mesures formelles sans consentement (degré de recommandation : niveau de preuve 0, [4]). Il est renvoyé aux différentes dimensions de la contrainte [4] en guise d'aide à la réflexion sur le degré de limitation exercé dans le cadre d'une intervention.

Facteurs structurels et procéduraux

Offre diversifiée de traitement et de soutien

L'offre de gestion de crise et de traitement pour les personnes souffrant d'un trouble psychique et pour les situations exceptionnelles qui s'appuie sur les lignes directrices en vigueur augmente la probabilité que la personne accepte déjà un soutien à un stade précoce ou qu'une aide soit disponible en cas d'urgence. Il est recommandé de prévoir pour les interventions de crise des offres en ambulatoire, en clinique de jour et par des équipes mobiles (degré de recommandation : niveau de preuve A, [8]). Les offres hors institution destinées aux personnes qui traversent une crise psychosociale (p. ex. des lieux de retraite constituant une alternative aux unités de soins) et les offres visant à intégrer les proches jouent par ailleurs un rôle important dans un système de soins diversifié et axé sur les besoins (ligne directrice S3 sur les thérapies psychosociales ; [3]).

Soins psychiatriques dans des unités de soins somatiques d'urgence

Des états d'agitation surviennent aussi fréquemment dans les unités de soins somatiques intensifs ou de soins intensifs d'urgence ou pendant les hospitalisations dans les hôpitaux généraux. Un examen spécialisé associé à la possibilité d'une intervention adéquate sur place peut entraîner une atténuation rapide des symptômes et éviter des transferts non indispensables vers un hôpital psychiatrique (degré de recommandation : niveau de preuve 0, [8]). Il existe pour cela des services de psychiatrie de consultation-liaison dans les hôpitaux somatiques [17], des possibilités de prise en charge intensive ou de soins sur place pouvant aller de 24 à 72 heures (p. ex. des unités de décision psychiatrique ou des services d'urgence psychiatrique en Grande-Bretagne, aux Etats-Unis ou au Canada ; [18]) ou encore des lits prévus spécialement pour les situations de crise dans un hôpital somatique. Ces offres ne sont cependant généralement pas disponibles en Suisse. Elles permettent de traiter sur place des situations aiguës telles que des troubles du comportement liés à une intoxication, des automutilations ou des états suicidaires aigus passagers, sans qu'il soit nécessaire de transférer la personne dans un hôpital psychiatrique (degré de recommandation : niveau de preuve 0, [4, 8]).

Possibilité d'intervention en cas de crise psychosociale

Un certain nombre de personnes sont envoyées dans des hôpitaux psychiatriques en raison de problèmes psychosociaux sans mandat de traitement psychiatrique à proprement parler. Dans de tels cas, prononcer un PAFA n'est pas légal. Cette pratique est donc abusive [19]. Le travail avec l'environnement social et les mesures de soutien social sont mieux adaptés pour résoudre les problèmes et apporter un soutien adéquat aux personnes concernées qu'une intervention médicamenteuse ou psychothérapeutique (degré de recommandation : niveau de preuve 0, [4, 8]). En outre, l'hospitalisation ne permet généralement pas de résoudre (durablement) la situation. Pour ce type de situations, qui ne sont pas rares, un service d'urgence psychosociale au sens d'une offre de soins infirmiers et de travail social peut constituer une aide plus appropriée comme offre de première ligne (p. ex. street-triage en Grande-Bretagne ; [20]). Selon l'indication, il est possible de faire appel à l'expertise d'un·e psychiatre sur place, ce qui permet de décharger le système de soins psychiatriques.

Collaboration avec la police et les autorités

Il est recommandé d'établir une collaboration solide avec des échanges réguliers sur les situations qui ont représenté un défi particulier, comme celles où il y avait un danger vital ou pour l'intégrité physique d'une ou plusieurs personnes. Ceci doit se faire en tenant compte des possibilités et des limites que la LAMal donne, voire impose dans les rapports avec la police et les autorités (autorités de protection de l'enfant et de l'adulte, autorités sociales). Le fait de former les collaborateur·rice·s de la police et des autorités à la prise en charge de personnes souffrant de difficultés ou de troubles psychiques, aux possibilités et aux limites de la psychiatrie ainsi qu'aux interfaces et aux canaux de communication est susceptible de simplifier considérablement la collaboration au cas par cas (degré de recommandation : niveau de preuve 0, [21, 22]).

Habilitation à prescrire

En ce qui concerne le PAFA, des conclusions d'études réalisées en Suisse indiquent que le fait de limiter le droit de prescription à un cercle de personnes relativement étroit au bénéfice d'une formation spécifique (médecins officiel·le·s, médecins spécialistes) est associé à un taux de PAFA moins élevé (degré de recommandation : niveau de preuve B, [2]). Par ailleurs, il semble que l'obligation de faire intervenir les autorités ou des tribunaux dans les 24 à 72 heures est également associée à un taux de PAFA moins élevé [23]. S'agissant des MLLM ou des TSC d'urgence (art. 435 CC), le fait de prendre la décision à deux (évaluation interprofessionnelle, médicale et soignante) est efficace pour recourir à des alternatives et éviter de prendre des décisions défavorables à la prise de risque. Dans les situations d'urgence où il y a un péril en la demeure, le personnel médical compétent sur place devrait être habilité à prendre les mesures requises pour lever le danger. Il convient alors de prévoir un examen médical à deux aussi rapidement que possible (généralement dans l'heure qui suit).

Conditions cadres prévalant dans l'hôpital psychiatrique

- Aspects organisationnels et liés à l'infrastructure des bâtiments

Les déroulements et l'infrastructure au sein des hôpitaux psychiatriques ont un impact considérable sur la prévention des MLLM et des TSC (degré de recommandation : niveau de preuve A, [8]). Axer les déroulements organisationnels selon la perspective des patient·e·s contribue à la désescalade [24]. L'infrastructure du bâtiment a des effets immédiats sur l'état et le comportement des patient·e·s et du personnel. L'aménagement des locaux doit donc tenir compte des principes de prévention du suicide mais aussi de ceux qui tendent à éviter le recours aux MLLM et aux TSC [25,26]. La transparence et la clarté des déroulements ainsi que le fait que les collaborateur·rice·s effectuent leurs démarches de façon professionnelle et compréhensible apporte une sécurité aux patient·e·s et réduit les irritations et les comportements défensifs ([27] ; degré de recommandation : niveau de preuve 0, [8]).

Admission

Le premier contact lors de l'admission à l'hôpital psychiatrique est essentiel pour la suite du traitement. Environ 72 % des MLLM se déroulent dans les premières 24 heures suivant l'admission [28]. Une admission organisée selon l'ensemble des règles énoncées ici concernant la désescalade structurelle et procédurale constitue donc une part essentielle pour éviter le recours à des MLLM ou des TSC (principe des « cinq premières minutes », degré de recommandation : niveau de preuve 0, [29]).

Principe de l'unité ouverte

L'approche de la « psychiatrie ouverte » désigne les unités dont les portes restent ouvertes et pour lesquelles des mesures complémentaires sont prévues pour assurer le caractère contraignant des mesures de PAFA et empêcher les patient·e·s hospitalisé·e·s sous cette mesure de s'éloigner de l'unité sans autorisation (degré de recommandation : niveau de preuve 0, [8]). Les unités aux portes ouvertes ainsi que les adaptations qui s'ensuivent au niveau du bâti et des procédures sont associées à un recours inférieur [7] ou du moins pas supérieur [30] aux MLLM et aux TSC, sans que l'on enregistre pour autant un nombre supérieur d'incidents violents ou de suicides. Il existe différentes approches permettant de maintenir les portes d'unité ouvertes autant que possible [31], notamment un recours plus fréquent à des prises en charge intensives, le fait de disposer d'une unité de soins intensifs séparée (unité « high and intensive care » ; [32]), les cliniques portes ouvertes (« Postdammer Tisch » ; [33]) ou encore la continuité de traitement grâce au concept de parcours (« Trackkonzept » ; [34]).

D'autres recommandations structurelles et procédurales essentielles visant à empêcher les MLLM et les TSC figurent par exemple dans la ligne directrice S3 de l'association allemande de psychiatrie, de psychothérapie, de psychosomatique et de neurologie (DGPPN) [37] et dans des publications liées à ce sujet [35, 36] :

- enregistrer les MLLM/TSC et les incidents de violence de façon standardisée (degré de recommandation : niveau de preuve A, [4, 8]) ;
- établir des standards internes pour la réalisation et la documentation des MLLM, prévoir des entretiens mensuels sur les données et incidents internes (degré de recommandation A, [4, 8]) ;
- organiser des formations régulières à la désescalade et à la gestion de l'agressivité (degré de recommandation : niveau de preuve A, [8]) ;
- prévoir une prise en charge continue en cas de MLLM (degré de recommandation 0, [8]) ;
- organiser des entretiens de débriefing après une MLLM/un TSC (degré de recommandation A, [4, 8]) ;
- engager des personnes qui accompagnent le rétablissement / pairs (degré de recommandation 0, [8]) ;
- établir un plan d'action en faveur d'un aménagement du milieu qui limite le risque d'agression (degré de recommandation 0, [8]) ;
- identifier le risque au moyen d'un instrument validé (degré de recommandation : niveau de preuve A, [8]) ;
- recommander aux patient·e·s d'établir des directives anticipées (degré de recommandation : niveau de preuve A, [8]) ;
- garantir une pharmacothérapie conforme aux lignes directrices (degré de recommandation : niveau de preuve A, [8]) ;

- introduire une intervention complexe (p. ex. modèle Safewards, modèle de Weddinger, degré de recommandation : niveau de preuve A, [8]).

Conclusions

Le taux de patient·e·s d'un hôpital psychiatrique admis·es dans le cadre d'un PAFA ne peut pas être invoqué comme indicateur de qualité, car des facteurs importants se situent en dehors de l'influence de l'hôpital [37]. Conformément à la loi, le PAFA ne peut être ordonné que par des instances indépendantes de l'hôpital d'admission. Les autres paramètres sur lesquels l'hôpital ne peut influencer sont notamment les suivants : le mandat de traitement, l'organisation des soins d'urgence, la disponibilité d'autres hôpitaux de premier recours à proximité, les offres flexibles, faciles d'accès et constituant une alternative adéquate aux unités de soins pour les personnes traversant des situations de crise ainsi que la structure de la population. Ce constat s'applique dans une moindre mesure aux MLLM et les TSC, car leur application peut être considérablement réduite par des processus influençables au sein de l'hôpital, par les conceptions personnelles et les qualifications du personnel ainsi que par l'attention accordée au thème de la prévention des MLLM et des TSC à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital. Outre les recommandations techniques et organisationnelles susmentionnées, les normes de qualité revêtent une importance considérable [37,38]. Les pistes visant à prévenir les MLLM sont toujours imbriquées dans le contexte social et l'organisation de soins psychosociaux de la région.

Les défis à relever pour éviter les PAFA se situent notamment dans la collaboration avec la médecine somatique (transfert de patient·e·s agressif·ve·s et instables d'un point de vue somatique, p. ex. en cas d'intoxication ou de delirium), avec les établissements de soins (transfert de personnes demandant une forte prise en charge et dont le comportement déclenche la distanciation), avec la police et le ministère public (volonté d'éviter des hospitalisations psychiatriques de personnes détenues qui ont commis un délit et souffrent de troubles psychiatriques) ainsi qu'avec les autorités de protection de l'enfant et de l'adulte (prononciation ou prolongation de PAFA par les autorités en raison de difficultés à trouver un logement ou une assistance adaptés, même si l'hospitalisation psychiatrique n'est pas/plus nécessaire).

En résumé, on peut affirmer que l'on dispose d'ores et déjà de connaissances sur la façon de prévenir et de gérer des PAFA, des MLLM et des TSC en psychiatrie de manière responsable. Pour optimiser durablement la situation et éviter des scénarios dignes de Sisyphe, la coopération solidaire des acteurs à l'intérieur et à l'extérieur des systèmes psychiatriques est une condition indispensable.

Bibliographie

1. Schuler D, Tuch A, Peter C. Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien. Obsan Bulletin 2/2018. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
2. Jäger M, Hotzy F, Traber R, Morandi S et al. Kantonale Unterschiede bei der Umsetzung der fürsorgerischen Unterbringung in der Schweiz. Psychiatr Prax 2023; 51: 24-30.
3. Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-Leitlinie «Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen», 2018. Online verfügbar (abgerufen am 28.11.2023):
https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/28165ed34c0c09d9e092cbfb138e6edcbfcc277/S3-LL-PsychosozTherapien_Langversion.pdf
4. Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Medizinisch-ethische Richtlinien «Zwangsmassnahmen in der Medizin», 2015. Online verfügbar (abgerufen am 28.11.2023):
https://www.samw.ch/dam/jcr:b017b872-8c9a-41eb-934a-e0184609f381/richtlinien_samw_zwangsmassnahmen.pdf
5. Klöppel S, Georgescu D. Freiheitsbeschränkende Massnahmen in der Alterspsychiatrie. Praxis 2023; 112: 652-658.
6. Hotzy F, Jäger M, Bühler E, Mötteli S et al. Attitudinal variance among patients, next of kin and health care professionals towards the use of containment measures in three psychiatric hospitals in Switzerland. BMC Psychiatry 2019; 19: 1-12.
7. Lang UE, Borgwardt S, Walter M, Huber CG. Einführung einer «offenen Tür Politik» – Was bedeutet diese und wie wirkt sie sich auf Zwangsmassnahmen aus?. Recht und Psychiatrie 2017; 2: 58.
8. Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“, 2018. Online verfügbar (abgerufen am 28.11.2023):
<https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/154528053e2d1464d9788c0b2d298ee4a9d1cca3/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANG%20LITERATUR%20FINAL%2010.9.2018.pdf>
9. Jäger M, Theodoridou A. Zusammenhang persönlicher Erfahrungen mit der Einstellung zu Zwangsmassnahmen. Leading Opinions Neurologie & Psychiatrie 2021; 1: 6-8.
10. Theodoridou A, Jäger M. Psychiatrie ohne Zwang. Nervenheilkunde 2023; 42: 829-835.
11. Turner K, Svetcic J, Almeida-Crasto A, Gae-Atefi, T et al. Implementing a systems approach to suicide prevention in a mental health service using the Zero Suicide Framework. Aust N Z J Psychiatry 2021; 55: 241-253.
12. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S et al. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry 2020; 177: 868-872.
13. Hamann J, Holzhüter F, Blakaj S, Becher S et al. Implementing shared decision-making on acute psychiatric wards: a cluster-randomized trial with inpatients suffering from schizophrenia (SDM-PLUS). Epidemiol Psychiatr Sci 2020; 29: e137.
14. Roychowdhury A. Bridging the gap between risk and recovery: a human needs approach. The Psychiatrist 2011; 35: 68-73.
15. Richter D. Deeskalation von Konfliktsituationen. PPH 2014; 20: 221-225.
16. Hotzy F, Jäger M. Clinical relevance of informal coercion in psychiatric treatment—a systematic review. Frontiers in psychiatry 2016; 7: 197.
17. Hepp U. Situation der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Versorgung in der Akutsomatik im Raum Zürich. 2022. Bericht im Auftrag des Gesundheitsnetzes 2025 (GN2025)
18. Goldsmith LP, Anderson K, Clarke G, Crowe C et al. The psychiatric decision unit as an emerging model in mental health crisis care: a national survey in England. Int J Ment Health Nurs 2021; 30: 955-962.

19. Steinert T. Missbrauch der Psychiatrie. Psychiatr Prax 2014; 41: 237-238.
20. Callender M, Knight LJ, Moloney D, Lugli V. Mental health street triage: comparing experiences of delivery across three sites. J Psychiatr Ment Health Nurs 2021; 28: 16-27.
21. Efkemann SA, Gather J, Juckel G, Feltes T. Das Verhältnis von Polizei und Psychiatrie aus der Sicht von psychiatrischen Professionellen. Recht & Psychiatrie 2023; 41: 206-213.
22. Mahler L, Oster A. Safety or security? – Wie machen wir die Psychiatrie zu einem sicheren Raum? Nervenheilkunde 2023; 42: 855-865.
23. Wasserman D, Apter G, Baeken C, Bailey S et al. Compulsory admissions of patients with mental disorders: State of the art on ethical and legislative aspects in 40 European countries. Eur psychiatry 2020; 63: e82.
24. Debus S, Meyer H. Handlungsspielräume, Teamkohärenz und Einstellungen zu prozeduralen Handlungsregeln in psychiatrischen Gefährdungssituationen. Nervenheilkunde 2023; 42: 871-879.
25. Klöppel S, von Gunten A, Georgescu D. Qualitätsstandards in der Alterspsychiatrie. Praxis 2022; 111: 660–666.
26. Glasow, N. Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen. Berlin: Logos-Verlag; 2011.
27. Mahler L. Ist die Psychiatrie sicher und wenn ja, für wen? Nervenheilkunde 2023; 42: 866-870.
28. Cole C, Klotz E, Junghans J, Oster A et al. Coercive measures in psychiatry—When do they occur and who is at risk? J Psychiatr Res 2023; 164: 315-321.
29. Voskes Y, Kemper M, Landeweer EG, Widdershoven GA. Preventing seclusion in psychiatry: A care ethics perspective on the first five minutes at admission. Nurs ethics 2014; 21: 766-773.
30. Indregard AMR, Nussle HM, Hagen M, Vandvik PO, et al. Open-door policy versus treatment-as-usual in urban psychiatric inpatient wards: a pragmatic, randomised controlled, non-inferiority trial in Norway. Lancet Psychiatry 2014; 11: 330-338.
31. Zinkler M, Nyhuis PW. Offene Türen in der Allgemeinpsychiatrie: Modelle und Standards. Recht & Psychiatrie 2017; 35: 63-67.
32. Voskes Y, Van Melle AL, Widdershoven, GA, van Mierlo A et al. High and intensive care in psychiatry: a new model for acute inpatient care. Psychiatr Serv 2021; 72: 475-477.
33. Juckel G. Psychiatrische Intensivstationen—Kontra. Psychiatr Prax 2015; 42: 238-239.
34. Lang UE, Gaupp R, Huber CG. Offene Psychiatrie dank Trackkonzept. Schweizerische Ärztezeitung 2022; 103: 713-716.
35. Steinert T, Hirsch S (2019). Implementierung der S3-leitlinie Verhinderung von zwang. Psychiatr Prax 2019; 46: 294-296.
36. Steinert T, Baumgardt J, Bechdorf A, Bühling-Schindowski, F et al. Implementation of guidelines on prevention of coercion and violence (PreVCo) in psychiatry: a multicentre randomised controlled trial. Lancet Regional Health—Europe 2023, 35.
37. Steinert T, Flammer E. Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator für psychiatrische Kliniken? Nervenarzt 2018; 1: 35-39.
38. Ruffin R, Vogel U, Dvorak A, Schnyder-Walser K. Qualitätsstandards und Qualitätsindikatoren zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in Institutionen, 2012. Online verfügbar (abgerufen am 15.02.2024): <https://www.kbk.ch/files/kbk/pdf/meldungen/20120402GEFFreiheitsbeschMassnahmenKonsultation.pdf>

Auteur·e·s

Pr Matthias Jäger^{a,b,k}, PD Anastasia Theodoridou^{a,b} sur mandat du comité de la SSPP.

Avec la collaboration de : Pr Philippe Conus^c, Pr Martin Hatzinger^{d,k}, Pr Stefan Kaiser^e, Pr Stefan Klöppel^f, Pre Undine Lang^g, Dre Fulvia Rotaⁱ, Pr Erich Seifritz^{a,i,k}, Dr Rafael Traber^{h,i,k}

^a Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK)

^b Psychiatrie Baselland (PBL)

^c Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)

^d Solothurner Spitäler (SoH)

^e Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)

^f Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (upd)

^g Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)

^h Clenia Littenheid

ⁱ Comité de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP)

^k Comité de l'Association suisse des médecins-chefes et médecins-chefs en psychiatrie (ASMP)