

PRISE DE POSITION DE LA
FONDATION PRO MENTE SANA:

RENFORCER
L'AUTONOMIE –
DIMINUER
LA CONTRAINTE!

1. FONDEMENTS – L'ESSENTIEL EN BREF

1.1. Principe directeur relatif au traitement et à la prise en charge

En décembre 2011, l'Assemblée de la fondation de Pro Mente Sana a approuvé une série de lignes directrices stratégiques. La présente prise de position se fonde sur le principe directeur n° 6 relatif au traitement et à la prise en charge: «La fondation Pro Mente Sana s'engage pour que les personnes souffrant d'une maladie psychique puissent choisir librement entre différentes formes de thérapie et de prise en charge.»

Cette prise de position a été élaborée dans le cadre d'un groupe de travail auquel l'association romande a participé. Elle a été adoptée par ses organes compétents lors de leur dernière réunion.

1.2. Attitude fondamentale

Le droit de la personne à disposer d'elle-même est un bien précieux. Cela vaut aussi pour les personnes souffrant d'une maladie psychique. Or, dans notre société et dans le contexte de la prise en charge psychiatrique, l'auto-détermination des personnes atteintes de troubles psychiques est encore trop souvent limitée.

Les mesures de contrainte représentent la forme la plus extrême de cette limitation des droits fondamentaux. Il convient de distinguer à cet égard les placements à des fins d'assistance, la médication forcée et les mesures qui restreignent la liberté de mouvement (avant tout l'isolement et la contention). Les mesures de contrainte sont destinées à protéger la personne concernée et son entourage dans des situations de crise lorsque la personne concernée représente un danger grave pour elle-même ou pour autrui. Elles ne respectent le principe de proportionnalité que si toutes les mesures plus légères ne suffisent pas à éviter un danger grave pour la vie ou la santé de la personne concernée ou d'autrui.

A la question de savoir quand la limite est atteinte et qu'une telle protection s'impose, les personnes concernées, les proches, les médecins traitants, les institutions psychiatriques et les autorités répondent très différemment. Il en va de même de l'évaluation qui sert à déterminer à quel moment les alternatives permettant d'éviter une mesure de contrainte sont épuisées. Les médecins, les institutions psychiatriques et les autorités de protection de l'enfant et de l'adulte ont besoin de lignes d'action claires qui contribuent à empêcher des mesures de contrainte évitables. En outre, des données statistiques nationales probantes sont nécessaires pour localiser et diminuer l'utilisation disproportionnée de la contrainte. Si le recours à la contrainte est inévitable, il faut choisir la mesure la moins attentatoire possible. Sa mise en œuvre doit préserver la dignité de la personne et les traumatismes doivent être évités.

La fondation Pro Mente Sana exige que la Suisse joue un rôle pionnier dans la réduction des mesures de contrainte. Une offre thérapeutique appropriée doit exister pour chaque cas. Il faut développer et mettre en œuvre des approches innovantes aux niveaux du quotidien des personnes concernées, des stations de soins aigus et des services de crise effectuant des visites à domicile. Pour atteindre cet objectif, il faut s'assurer que les institutions disposent de moyens financiers suffisants et d'une relève qualifiée. Pro Mente Sana exige que le nombre des placements à des fins d'assistance en Suisse diminue de 50% dans un délai de cinq ans (2014-2018).

Au plan sociétal, il s'agit de réaliser effectivement l'égalité de traitement des personnes atteintes de troubles psychiques. A eux seuls, les spécialistes et les institutions psychiatriques ne peuvent pas atteindre cet objectif. Il faut aussi que les personnes concernées, les proches et les acteurs responsables au sein de la société, en particulier dans le domaine politique, des pouvoirs publics et de la recherche, prennent ensemble leur responsabilité.

Notre vision est celle d'une prise en charge non violente des personnes souffrant de maladie psychique.

2. CONTEXTE

2.1. Autonomie des patients

Tous les êtres humains ont droit à la dignité et à l'autonomie, indépendamment de leurs qualités et de leurs capacités concrètes. Ce droit existentiel est d'ailleurs protégé par la Constitution fédérale suisse: «tout être humain a droit à la liberté personnelle, notamment à l'intégrité physique et psychique et à la liberté de mouvement» (art. 10, al. 2, Cst.). Les patients capables de discernement ont donc dans une large mesure le droit de décider eux-mêmes de leur traitement et des soins auxquels ils consentent. Le droit de la personne à disposer d'elle-même est à la base du traitement et de la prise en charge tant en médecine somatique qu'en psychiatrie. L'autodétermination est restreinte lorsque le patient perd provisoirement sa capacité de discernement. Elle peut aussi l'être par la nécessité de prévenir un grave danger pour la personne concernée ou un tiers.

2.2. La contrainte en psychiatrie

La psychiatrie assure le traitement médical des malades psychiques. De plus, elle a le devoir de protéger les personnes concernées lorsqu'elles se mettent gravement en danger et doit garantir la sécurité d'autrui. A titre exceptionnel, le recours à la contrainte peut être requis en vue de remplir ces missions sociétales exigeantes. Les mesures de contrainte possibles comprennent l'admission forcée dans une institution psychiatrique, la médication forcée ainsi que l'isolement ou la contention du patient.

2.3. Prise en charge psychiatrique

Le guide *Planification de la psychiatrie* publié en 2008 par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) joue un rôle déterminant pour la planification de la psychiatrie par les cantons. Ce document de base présente les principaux aspects d'une offre de prise en charge moderne et intégrée. Sa planification doit être beaucoup plus clairement axée sur le patient que sur les cliniques. Pour cela, les offres ambulatoires doivent être développées et les structures

stationnaires réduites, tout en tenant compte des conditions régionales. Comme valeur indicative, la CDS recommande aux cliniques entre 4 à 7 lits pour 10 000 habitants. La CDS préconise que les structures ambulatoires englobent aussi la prévention, les interventions de crise à domicile et la réadaptation. Ces offres doivent être à bas seuil et facilement accessibles. Des équipes mobiles doivent être mises sur pied pour le traitement des malades psychiques dans leur environnement habituel. Le développement de structures d'admission ambulatoires et stationnaires intégrées doit être encouragé. Il est recommandé de tester les nouvelles structures de prise en charge dans le cadre de projets-pilotes. Le guide *Planification de la psychiatrie* souligne l'importance primordiale d'une approche axée sur les besoins des patients et d'une prise en charge intégrée bénéficiant d'un bon réseau.

2.4. Nouveau droit de la protection de l'adulte

Le nouveau droit de la protection de l'adulte est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2013. Il remplace le droit de tutelle périmé. La révision globale de la législation renforce le droit à l'autodétermination des patients. La protection juridique en cas d'internement forcé – désormais appelé placement à des fins d'assistance – est améliorée. Les conditions requises pour les traitements forcés et les limitations de la liberté de mouvement sont réglées uniformément dans toute la Suisse, la portée et la force obligatoire des directives anticipées du patient sont élargies et renforcées.

2.5. Fréquence des mesures de contrainte

En Suisse, les statistiques relatives à la fréquence des mesures de contrainte dans la psychiatrie sont à ce jour insuffisantes. Il existe des différences considérables entre les pays européens en ce qui concerne la fréquence des mesures de contrainte et leurs bases légales¹. En comparaison européenne, la Suisse présente un taux d'admissions forcées élevé². Le nouveau droit de la protection de l'adulte offre une chance de diminuer la fréquence des placements à des fins d'assistance et de réaliser une psychiatrie où la contrainte et la violence sont réduites au minimum.

3. DÉFINITION DES MESURES DE CONTRAINTE

La notion de mesures de contrainte englobe toutes les atteintes à l'intégrité physique et psychique des personnes concernées. Il convient de distinguer les types de mesures suivantes:

- **Admission forcée:** placement ou maintien d'une personne concernée dans une institution psychiatrique sans son consentement ou malgré son opposition. L'admission forcée est autorisée lorsque les conditions

pour le placement à des fins d'assistance (art. 426 CC) sont remplies.

- **Médication forcée:** par médication forcée, on entend l'administration de médicaments sans le consentement du patient ou malgré son opposition. Les conditions légales pour une médication forcée sont réglées sous le titre «traitement sans consentement» (art. 434 CC).
- **Isolement et contention:** on désigne ainsi les mesures qui restreignent la liberté de mouvement de la personne concernée en l'enfermant ou en l'attachant. Les restrictions de la liberté de mouvement ne peuvent avoir lieu que dans les conditions réglées par la loi (art. 383 CC).
- **Restriction de l'exercice du libre arbitre:** dans la pratique, il arrive que la personne concernée soit menacée de certaines privations (interdiction de recevoir des visites, retrait de l'autorisation de sortie) dans le but d'obtenir un comportement déterminé de sa part (consentir à une médication). Dans certaines conditions, l'exercice du libre arbitre est tellement restreint que le consentement accordé par la personne concernée n'est pas valable juridiquement. En l'absence de véritable assentiment, il faut encore parler d'une mesure de contrainte. Si la personne consent à un traitement médicamenteux seulement sous la menace de mesures de contrainte, on a affaire à une médication forcée.

4. EXIGENCES DE PRO MENTE SANA

4.1. Droit de la protection de l'adulte: saisir les opportunités – encourager l'autodétermination

4.1.1. Placement ordonné par les médecins

La compétence d'ordonner le placement d'une personne à des fins d'assistance (PAFA) revient en premier lieu à l'autorité de protection de l'adulte (art. 428 CC). En second lieu, les cantons peuvent désigner des médecins habilités à ordonner un placement dont la durée est fixée par le droit cantonal. Cette durée ne peut dépasser six semaines (art. 429, al. 1, CC). Le Conseil fédéral a proposé de limiter la compétence d'ordonner le placement aux médecins «qualifiés». Cette limitation se justifiait selon lui par le fait que les médecins «rarement confrontés à la nécessité d'ordonner un placement [...] sont souvent dépassés par cette situation, fréquemment délicate tant sur le plan juridique que sur le plan psychologique» (FF 2006, p. 6697). Le Parlement a supprimé la condition d'aptitude et a malheureusement renoncé aux exigences relatives à la qualification des médecins ordonnant un placement.

Une étude a montré que la qualité des certificats médi-

caux entraînant un PAFA³ est insuffisante tant sur le plan de la forme que sur celui du contenu et que, dans de nombreux cas, elle ne satisfait pas aux exigences juridiques élémentaires⁴. Les placements à des fins d'assistance sont des atteintes graves à la liberté individuelle des personnes concernées. Il faut maintenant que les cantons fassent en sorte que seuls les médecins suffisamment qualifiés (c.-à-d. au bénéfice d'une formation postgrade portant sur les connaissances juridiques et psychiatriques de base) ordonnent les placements des personnes à des fins d'assistance.

4.1.2. Traitement sans consentement

Le nouveau droit de la protection de l'adulte règle les conditions relatives au traitement forcé sous le titre «Traitement sans consentement» (art. 434 CC). Il remplace les multiples réglementations cantonales en partie insatisfaisantes. Désormais, le droit à l'autodétermination des patients capables de discernement vaut pour le traitement médical en cas de placements à des fins d'assistance. Le traitement se base sur un plan de traitement qui doit être soumis au consentement de la personne concernée (art. 433 CC). Si le consentement de la personne ne peut être obtenu, et uniquement dans ce cas, le médecin-chef du service peut prescrire par écrit une mesure médicale lorsque les trois conditions suivantes sont remplies:

1. le défaut de traitement met gravement en péril la santé de la personne concernée ou la vie ou l'intégrité corporelle d'autrui;
2. la personne concernée n'a pas la capacité de discernement requise pour saisir la nécessité du traitement;
3. il n'existe pas de mesures appropriées moins rigoureuses.

Pro Mente Sana insiste sur le fait qu'en cas de refus du traitement par la personne concernée, on ne peut pas se contenter de supposer a priori qu'elle «n'a pas la capacité de discernement requise pour [en] saisir la nécessité». S'il faut évaluer la capacité de discernement de la personne concernée, on se fondera plutôt, aussi dans ce contexte, sur la jurisprudence du Tribunal fédéral. Selon celle-ci, «une maladie mentale n'entraîne pas obligatoirement une incapacité de discernement, mais elle doit être mise en relation avec la déclaration de volonté qui doit être concrètement évaluée. Le refus par le patient d'une mesure considérée comme raisonnable par les médecins ne doit surtout pas amener à conclure à l'incapacité de discernement du patient» (ATF 127 I 6 E. 7).

Pour ce qui concerne le traitement, la capacité de discernement présuppose:

- la capacité de comprendre les informations médicales déterminantes pour prendre une décision relative au

traitement (si et comment) lorsqu'elles sont formulées de manière compréhensible par tous;

- la capacité du patient d'évaluer les conséquences que sa décision relative au traitement pourrait avoir sur lui-même et sur ses proches ;
- la capacité de faire son propre choix et de l'exprimer.

Après coup, la personne concernée et, avec son accord, ses proches, devraient pouvoir s'entretenir avec le médecin responsable de la mesure de contrainte appliquée.

4.1.3. Directives anticipées en psychiatrie

Les dispositions des directives anticipées du patient sont contraignantes pour la médecine somatique (art. 370 à 373 CC). Dans le cas du traitement de troubles psychiques lors d'un placement à des fins d'assistance, le caractère contraignant des directives anticipées est toutefois relativisé, puisque le médecin traitant qui établit le plan de traitement doit seulement – pour le moins – «prendre en considération» les volontés qui y figurent (art. 433, al. 3, CC). Malgré le caractère plutôt vague de la formulation de la loi, les souhaits relatifs au traitement figurant dans les directives anticipées doivent être, dans la mesure du possible, également respectés lors d'un placement à des fins d'assistance. Le non-respect de la volonté du patient ne se justifie que si cette volonté empêche d'atteindre l'objectif poursuivi par le placement à des fins d'assistance ou que celui-ci ne peut plus être atteint à des coûts raisonnables.

Le but du placement à des fins d'assistance est d'assurer la prise en charge et les soins personnels de la personne concernée. Celle-ci a besoin d'une protection que seul le placement dans une institution peut lui donner. Dans le cas où le respect des directives anticipées ne permet pas de garantir cette protection ou alors seulement à des coûts excessifs, il est possible d'y déroger dans le cadre des prescriptions relatives au traitement sans consentement.

4.1.4. Personne de confiance et création d'institutions indépendantes

Toute personne placée dans une clinique psychiatrique a désormais le droit de faire appel à une personne de confiance (art. 432 CC). Cette personne a pour tâche d'assister la personne concernée pendant la durée de son séjour et jusqu'au terme des procédures liées à celui-ci. Par son influence, elle peut contribuer à la résolution des conflits entre la personne concernée et la clinique, ce qui peut avoir pour effet de prévenir le recours à des mesures de contrainte.

Un grand nombre de patients socialement isolés ne peuvent faire appel à une personne de leur entourage qui soit en mesure d'assumer cette tâche. Pour cette raison, il faut que les cantons créent ou soutiennent des institutions qui proposent aux personnes concernées le service

d'une personne de confiance. Cette offre existe depuis plusieurs années à Genève et au Tessin par exemple, où les expériences réalisées sont positives.

4.1.5. Entretien de sortie et contrat thérapeutique

Le droit de la protection de l'adulte prévoit un entretien de sortie. S'il existe un risque de récurrence, le médecin traitant essaie de prévoir avec la personne concernée, avant sa sortie de l'institution, quelle sera la prise en charge thérapeutique en cas de nouveau placement (art. 436 CC). L'entretien de sortie doit être consigné par écrit (art. 436, al. 2, CC). Il a une importance considérable si l'on veut éviter des mesures de contraintes ultérieures. Une fois établi, le contrat thérapeutique possède, dans le rapport entre le patient et la clinique, la même efficacité juridique que les directives anticipées. Un tel contrat devrait être envisagé le plus tôt possible au cours du traitement et être régulièrement contrôlé et adapté.

4.1.6. Exécution des mesures ambulatoires

Le droit de la protection de l'adulte autorise les cantons à régler la prise en charge de la personne concernée à sa sortie de l'institution et à prévoir des mesures ambulatoires (art. 437 CC). Les lois d'applications cantonales ont largement fait usage de cette possibilité. On dispose en particulier du type de mesures suivantes: l'obligation de se faire régulièrement conseiller et suivre par un spécialiste, l'obligation de suivre un traitement indiqué sur le plan médical ou de prendre des médicaments indiqués. Le nouvel instrument ne doit pas conduire à une psychiatrie ambulatoire où le contrôle, la contrainte et la menace viendraient remplacer la bienveillance, l'attention individuelle et le travail thérapeutique basé sur la relation. On ne peut pas recourir à la contrainte policière pour imposer des mesures ambulatoires. Comme l'a rappelé à juste titre la conseillère fédérale Widmer-Schlumpf lors des débats au Conseil national (BO n° 2008, 1535), le droit fédéral n'autorise pas le recours à la force pour obliger une personne à se présenter pour recevoir des soins, ni l'administration forcée de médicaments. Par conséquent, puisqu'une décision obligeant une personne à suivre un traitement ambulatoire peut être prononcée mais non imposée, il faut y renoncer au profit d'efforts communs visant à encourager les patients à avoir un rapport responsable avec leur maladie.

4.2. Prise en chargée intégrée orientée patient

En comparaison internationale, la Suisse possède une densité de lits supérieure à la moyenne. En même temps, il existe une pénurie d'infrastructures semi-hospitalières et de proximité⁵. La prescription d'un placement à des fins d'assistance suppose que «l'assistance ou le traitement nécessaires ne peuvent [...] être fournis d'une autre manière» (art 426 CC). Les mesures plus légères comme

le traitement semi-hospitalier ou ambulatoire du patient ont la priorité sur le placement stationnaire. La loi n'obligeant pas les cantons à créer un minimum d'offres psychosociales et psychiatriques extra-muros (non stationnaires), elles restent lacunaires. L'expérience montre que le développement des soins aigus de proximité avec une équipe mobile d'intervention de crise est un moyen adéquat pour réduire le nombre d'hospitalisations forcées⁶. La psychiatrie doit se développer en direction d'une prise en charge intégrée, avec des offres à bas seuil et de proximité axées sur les besoins des patients. Pour cela, des mesures doivent être prises dans de nombreux cantons. Comme les modalités de financement continuent à privilégier la prise en charge stationnaire et que les offres ambulatoires ne peuvent être fournies «à prix coûtant», de nombreuses institutions refusent de développer une prise en charge intégrée. Il faut donc mettre en place un financement approprié des prestations de proximité. Des projets-pilotes menés à des échelles territoriales contrôlables doivent fournir des expériences pratiques en matière de prise en charge intégrée. Celles réalisées dans les cantons de Berne, Genève, Lucerne, Thurgovie et Vaud montrent que les représentants des cantons, les services de santé, les caisses-maladie, etc., sont ouverts à de tels projets. Le projet-pilote de psychiatrie aiguë de proximité réalisé à Lucerne a par exemple montré que le traitement à domicile (*home treatment*) permet de diminuer de 40% les jours de traitement stationnaire et d'économiser entre 15 et 20% des coûts par rapport à des traitements stationnaires standard⁷. Au vu de ces résultats positifs, la psychiatrie aiguë de proximité fait désormais partie de la prise en charge psychiatrique aiguë standard dans la région de Lucerne-Ville. Les réactions des patients et de leurs proches montrent que ces nouvelles offres à bas seuil et de proximité diminuent nettement les craintes suscitées par un traitement psychiatrique et ont un effet «déstigmatisant».

4.3. Encourager les institutions non violentes

Une politique institutionnelle ouverte, résolument engagée dans la non-violence, peut contribuer à réduire les agressions et les violences à un niveau minimum. Seul un petit nombre de personnes concernées se distinguent par un comportement agressif et violent durant leur séjour en clinique. Ce nombre peut être réduit par une stratégie de soins et de traitement fondée sur l'*empowerment* des patients, qui valorise leur consentement informé, leur droit de regard sur la vie quotidienne et leur engagement. Des locaux clairement organisés et des possibilités de se retirer favorisent un climat sans violence. La concentration de patients gravement malades dans un espace restreint doit être évitée.

Le personnel soignant peut agir de façon à prévenir les situations susceptibles de déclencher un comportement

agressif ou violent. En cas d'escalade de la situation, les stratégies professionnelles de résolution des conflits jouent un rôle déterminant pour venir à bout des agressions. Les directives de bonnes pratiques cliniques des associations spécialisées⁸ constituent une aide précieuse pour éviter les mesures de contrainte et trouver d'autres moyens d'agir. Une dotation en personnel suffisante, de bonnes conditions de travail et un niveau de qualification élevé sont indispensables si l'on veut que le personnel soignant puisse réagir de façon appropriée en cas (menace) de violence. Apprendre à gérer les situations agressives et les techniques de désescalade est essentiel pour mieux faire face à la violence⁹. Des entretiens faisant suite aux mesures de contrainte sont indispensables pour permettre aux personnes concernées et au personnel d'assimiler sur le plan émotionnel les tensions générées par des situations pénibles.

Dans de nombreuses cliniques psychiatriques suisses, l'équipe interdisciplinaire doit avoir suivi une formation en gestion des situations agressives et en techniques de désescalade. Il existe pour cela des offres de cours standard et de séminaires permettant d'actualiser ses connaissances¹⁰. Les évaluations montrent que ces formations permettent de réduire sensiblement les mesures de contrainte et que les entretiens qui suivent ces mesures aident en particulier le personnel à en thématiser les effets. Ces cours devraient partout devenir obligatoires.

4.4. Développement de valeurs communes au sein de l'équipe interdisciplinaire

La transmission et le développement d'attitudes et de concepts d'action adaptés à la pratique sont des outils importants pour éviter la contrainte dans les institutions psychiatriques. Un exemple de concept d'action permettant de réduire la violence est le modèle du rétablissement¹¹, qui conçoit la guérison comme un processus personnel et place l'autodétermination, la transmission de l'espérance et le développement de compétences en matière de résolution des conflits au cœur des efforts thérapeutiques.

Les équipes interdisciplinaires sont régulièrement placées face à des dilemmes éthiques complexes. Il est fréquent qu'un conflit surgisse entre, d'une part, l'obligation d'assistance («faire ce qui est bien») et, d'autre part, le respect de l'autonomie du patient. Dans de telles situations, les institutions devraient utiliser des méthodes permettant de réfléchir aux questions éthiques et juridiques et de les discuter dans une perspective interdisciplinaire. L'approche de prise de décision éthique dite du «dialogue en sept pas» (*7 Schritte Dialog*¹²) convient particulièrement bien lorsqu'il s'agit d'explorer différentes options d'action et de prendre une décision adaptée à la situation spécifique du patient.

4.5. Améliorer les statistiques, développer la recherche

Depuis le 1^{er} juillet 2012, les traitements forcés et les autres mesures de limitation de la liberté en psychiatrie de l'adulte sont recensés dans le cadre des « mesures nationales de qualité en psychiatrie stationnaire »¹³. On manque toujours en revanche de données statistiques probantes sur les placements à des fins d'assistance. Les données sur les hospitalisations psychiatriques forcées sont saisies de façon lacunaire et ne sont pas régulièrement publiées. Cette lacune grave doit être comblée par l'instauration d'un système standard d'enregistrement des placements à des fins d'assistance. En s'appuyant sur des données complètes et publiées, des projets de recherche ciblés devront ensuite identifier les mesures susceptibles de réduire au minimum le nombre des placements à des fins d'assistance et des mesures de contrainte.

Les admissions et les traitements forcés lors de situations aiguës sont pratiqués en psychiatrie dans le monde entier. Or, bien qu'il s'agisse de l'un des thèmes les plus importants et les plus controversés en psychiatrie, il n'existe presque pas de résultats de recherche sur les conséquences de telles mesures. Pro Mente Sana estime qu'il est urgent d'effectuer des recherches dans ce domaine et que la Suisse possède pour cela les conditions structurelles nécessaires. Il faut étudier les questions suivantes:

- Quelle influence les admissions forcées ont-elles sur l'évolution de la maladie à long terme?
- Quelle influence la contrainte a-t-elle sur la fréquence des suicides?
- Quelles sont les conséquences à long terme des traitements forcés?
- Qu'est-ce qui différencie les systèmes dans lesquels les admissions et les traitements forcés sont rares de ceux dans lesquels ils sont fréquents?

5. DOMAINES D'ACTIVITÉ DE PRO MENTE SANA

5.1. Promouvoir une prise en charge intégrée orientée patients

La mise en place et le développement d'une prise en charge intégrée à bas seuil axée sur les besoins des patients peuvent considérablement contribuer à réduire les mesures de contrainte. Dans le cadre de son travail d'information et de ses échanges avec les décideurs en matière de planification psychiatrique, Pro Mente Sana rappelle énergiquement l'importance d'une prise en charge intégrée permettant un traitement sur mesure, individuel, librement choisi et à bas seuil. Il faut en particulier agir de façon à modifier les modèles de financement pour que les offres ambulatoires puissent être fournies « à prix coûtant » et à supprimer les incitations erronées qui favorisent la prise en charge stationnaire.

5.2. Personnes de confiance: l'exemple du modèle tessinois

Les personnes de confiance jouent un rôle crucial dans la défense des droits des personnes placées (art. 432 CC, ci-dessus chap. 4.1.4). Pour que le potentiel de cette nouvelle institution puisse être exploité en vue d'une réduction de la contrainte, il faut que les cantons créent des services auxquels les personnes concernées puissent s'adresser lorsqu'elles ont besoin d'une personne de confiance indépendante.

Pro Mente Sana a mis sur pied un tel service au Tessin et dispose de plusieurs années d'expérience dans ce domaine. La fondation s'engage pour que d'autres cantons suivent l'exemple tessinois et elle est prête à les aider à développer de nouveaux services. La fonction de personne de confiance peut aussi être assumée par les personnes qui ont suivi une formation de pair aidant.

5.3. Promouvoir les directives anticipées en psychiatrie

La reconnaissance juridique des directives anticipées en psychiatrie par le nouveau droit de la protection de l'adulte est une étape importante dans le renforcement du droit à l'autodétermination des patients en psychiatrie. Dans la pratique, cet instrument est cependant encore peu répandu et il ne jouit pas pour l'instant de l'acceptation souhaitée dans les cliniques psychiatriques. Pro Mente Sana, en collaboration avec la fondation Dialog Ethik, a lancé un projet dont le but est d'implanter et de faire reconnaître les directives anticipées du patient dans la pratique.

5.4. Clarifier les questions juridiques de fond

L'introduction du droit de la protection de l'adulte posera, dans la pratique, de nombreuses questions d'application qui devront être tranchées par les tribunaux compétents. L'issue des procédures sur les points qui ont une valeur de précédent aura une influence considérable sur la question de savoir si le nouveau droit renforcera effectivement l'autodétermination des personnes concernées. Pro Mente Sana soutient les procès-pilotes qui contribuent pour beaucoup à clarifier les questions juridiques de fond. A cet effet, des moyens financiers provenant du fonds d'aide juridique peuvent être mis à disposition.

5.5. Bases statistiques et recherche

En Suisse, il n'existe pas de recensement statistique fiable des hospitalisations psychiatriques forcées. Les placements à des fins d'assistance sont incomplètement saisis dans la statistique médicale des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique et les données ne sont pas publiées régulièrement. Si l'on veut développer des soins psychiatriques qui tiennent compte des intérêts des patients, il faut que la fréquence des hospitalisations

psychiatriques forcées soit saisie de manière qualitativement irréprochable et que les statistiques à ce sujet soient publiées chaque année. Pro Mente Sana s'engage pour que les placements à des fins d'assistance fassent l'objet d'un relevé exhaustif.

Approuvé par l'Assemblée de la fondation
le 5 décembre 2013

Renate Lükling
Présidente de la Fondation

Guido Münzel
Secrétaire général

traduit de l'allemand par Yves Rosset

Bibliographie sélective sur le sujet:

Abderhalden Christoph, Needham Ian, *Management von Aggression und Gewalt in Akutstationen der stationären Psychiatrie in der deutschsprachigen Schweiz*, 2011.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, *Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN (Hrsg.), Praxisleitlinie Therapeutische Massnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie*, 2010.

Gassmann Jürg, *Wirksamkeit des Rechtsschutzes bei psychiatrischen Zwangseinweisungen in der Schweiz*, Bundesamt für Gesundheit, 2011 (un résumé en français peut être téléchargé sous le lien suivant: <http://www.nationalegesundheit.ch/fr/informations/newsletter/newsletter-7-2012/index.html>).

Pro Mente Sana aktuell 1/06: Gewalt und Zwang vermeiden.

Pro Mente Sana aktuell 2/11: Das neue Erwachsenen-schutzrecht.

Gianfranco Zuaboni, Christoph Abderhalden, Michael Schulz, Andrea Winter (Hrsg.), *Recovery praktisch! Schulungsunterlagen*, Bern 2012 (Download unter: www.pflege-in-der-psychiatrie.eu, Rubrik: Recovery Schulung).

Schirmer Uwe (et al.), *Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege, Grundlagen des Aggressionsmanagements für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie*, 2006.

¹ Selon l'étude réalisée par Dressing/Salze (2004), au Portugal, seulement 6 personnes sur 100 000 ont été hospitalisées contre leur consentement en une année, alors que leur nombre était de 118 en Allemagne et de 218 en Finlande (toujours sur 100 000 habitants).

² En Suisse, le taux d'admissions forcées était estimé à 176 ou 283 (selon la définition) pour 100 000 habitants en 2004 (Gassmann, 2011).

³ Jusqu'au 31 décembre 2012, on parlait de PLAFa, pour privation de liberté à des fins d'assistance.

⁴ Thomas Maier (2001), *Die Praxis der Fürsorgerischen Freiheitsentziehung*, in: *Praxis Schweizerische Rundschau für Medizin* 37, p. 1575-1581.

⁵ C'est également le constat fait par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) dans son guide Planification de la psychiatrie (Berne, 2008, p.3).

⁶ Cf. le résumé des expériences réalisées dans le secteur psychiatrique d'Oberaargau, in: Gassmann, *Wirksamkeit des Rechtsschutzes*, 34 (en allemand).

⁷ *Abschlussbericht: Modellprojekt Gemeindeintegrierte Akutbehandlung 5GiA für die Versorgungsregion Luzern-Stadt und Agglomeration vom 10. Februar 2011* (non publié).

⁸ Voir p. ex. www.dgppn.de (allemand).

⁹ On trouvera des propositions détaillées (en allemand) pour réduire la violence dans: *Pro Mente Sana aktuell 1/06, Gewalt und Zwang vermeiden.*

¹⁰ Voir www.aggressionsmanagement.ch et www.prodema-online.ch.

¹¹ Zuaboni, Abderhalden et al. (Hrsg.), *Recovery praktisch! Schulungsunterlagen*, Bern 2012.

¹² Baumann-Hölzle, *Autonomie und Freiheit in der Medizinethik*, Freiburg i. Br. 1999, p. 320 -330.

¹³ La loi fédérale sur l'assurance maladie oblige les cliniques à procéder à des mesures de qualité. La mise en place et la coordination de ces mesures revient à l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques. Plus de détails sur le site: www.anq.ch.



**DIRECTIVES ANTICIPÉES.
PRÉVOIR UNE INCAPACITÉ DE DISCERNEMENT,
RÉDIGER DES DIRECTIVES ANTICIPÉES**

DE SHIRIN HATAM*

La dernière version de la brochure de Pro Mente Sana *Directives anticipées – prévoir une incapacité de discernement, rédiger des directives anticipées* est enfin sortie de presse. Sa lecture vous permettra de penser les directives anticipées dans leur nouveau contexte, face aux nouvelles contraintes et aux nouvelles limites que leur impose le droit de la protection de l'adulte depuis le 1^{er} janvier 2013.

La réactualisation de cette brochure devrait permettre de répondre à une demande constante et importante – près de 15'000 exemplaires déjà diffusés dans les éditions précédentes, tant de la part de patients que d'institutions hospitalières, d'associations ou de médecins privés.

Cette brochure, d'une cinquantaine de pages, offre des conseils pratiques pour rédiger des directives anticipées en vue d'une hospitalisation en psychiatrie et répond à des questions telles que: «*Quand a-t-on perdu le discernement?*», «*quelles conditions remplir pour que vos directives anticipées soient valables et applicables?*» ou encore, «*à qui les communique-t-on?*» et «*combien de temps sont-elles valables?*» Elle propose aussi un schéma de rédaction possible et des pistes de réflexion pour que leur rédaction soit la plus précise et exhaustive possible.

Outil thérapeutique destiné à favoriser l'autodétermination du patient, les directives anticipées sont de plus en plus utilisées en psychiatrie et Pro Mente Sana Suisse romande se félicite de contribuer, par ce document, à cette évolution.

* Shirin Hatam est juriste, LL.M. et titulaire du brevet d'avocat. Elle est responsable des questions juridiques chez Pro Mente Sana Suisse romande.

Pro Mente Sana Suisse romande édite cette brochure que vous pouvez vous procurer gratuitement au 0840 00 00 60 (tarif local) ou à l'adresse info@promentesana.org (pour les envois en nombre, les frais d'emballage et de port seront facturés).