

Journées d'étude des 10 et 11 septembre 2026 à Berne
« Protéger et assister dans un contexte d'aide contrainte »

Atelier 1

La révision des directives de l'ASSM « Mesures de contrainte en médecine »

Paul Hoff, prof. émérite, Dr méd., Dr phil., président de la Commission centrale d'éthique (CCE) de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM)

Stéphane Morandi, Prof. Dr méd, Chef de service au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) et membre de la sous-commission de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) sur la révision des directives « Mesures de contrainte en médecine »

L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) élabore des directives d'éthique médicale relatives à diverses situations complexes rencontrées dans le domaine de la santé. Les directives « Mesures de contrainte en médecine », publiées en 2015, avaient pour objectif de faire le lien entre le droit de protection de l'enfant et de l'adulte, suite à la révision du Code Civil Suisse de 2013, et le débat interprofessionnel en matière d'éthique médicale. Prenant en compte les retours d'expérience issus de la pratique, les résultats de travaux de recherche sur les soins contraints et les évolutions en matière d'éthique médicale, notamment le débat de fond sur les mesures de contrainte en médecine lancé par la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), l'ASSM a décidé de procéder à une révision des directives sur les mesures de contrainte en médecine 8 ans après leur dernière parution. Le texte révisé devrait être soumis à consultation publique fin 2026 et, après intégration des résultats et approbation par les instances compétentes de l'ASSM, être publié en 2027. Au cours de cet atelier, les points clés et les thèmes controversés du processus de révision en cours seront présentés et discutés avec les participants dans une perspective pratique.

*Les présentations et autres documents du colloque
peuvent être téléchargés sur www.copma.ch/colloque26.*

Révision des directives de l'ASSM « Mesures de contrainte en médecine »

Paul Hoff

Président de la Commission centrale d'éthique de l'ASSM
Responsable de la sous-commission « Mesures de contrainte
en médecine »

Stéphane Morandi

Membre de la sous-commission « Mesures de contrainte en
médecine »

Journées d'étude 2026 de la COPMA

« Protéger et assister dans un contexte d'aide contrainte »

11 septembre 2026, Berne

1

Ordre du jour

- La médecine, indispensable et vulnérable
- Dilemmes éthiques liés à la contrainte
 - Autonomie et assistance
 - Psychiatrie et société
 - Personne et relations interpersonnelles
- Les directives « Mesures de contrainte en médecine » :
grands axes de la révision en cours
- Résumé

2

Ordre du jour

- **La médecine, indispensable et vulnérable**
- Dilemmes éthiques liés à la contrainte
 - Autonomie et prise en charge
 - Psychiatrie et société
 - La personne et les relations interpersonnelles
- Les directives « Mesures de contrainte en médecine » : grands axes de la révision en cours
- Résumé

3

Où la vulnérabilité de la médecine apparaît particulièrement clairement

- **De l'extérieur** : simplification abusive, instrumentalisation politique, sous-financement
- **De l'intérieur** : absence de réflexion approfondie et durable sur des sujets controversés, voire délicats

par exemple, l'utilisation inconsidérée de la notion d'autonomie, la banalisation de la contrainte par des directives d'éthique médicale, le manque de prise en compte du point de vue des personnes concernées

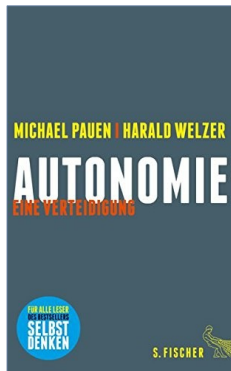
4

Avis sur l'autonomie

Un domaine particulièrement dynamique



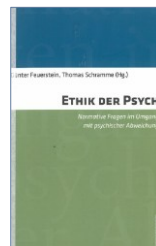
2017



2015



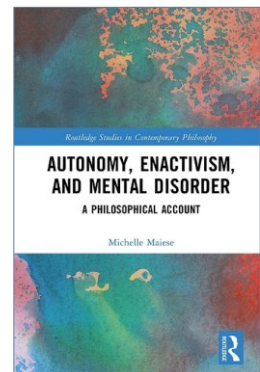
2014



2015

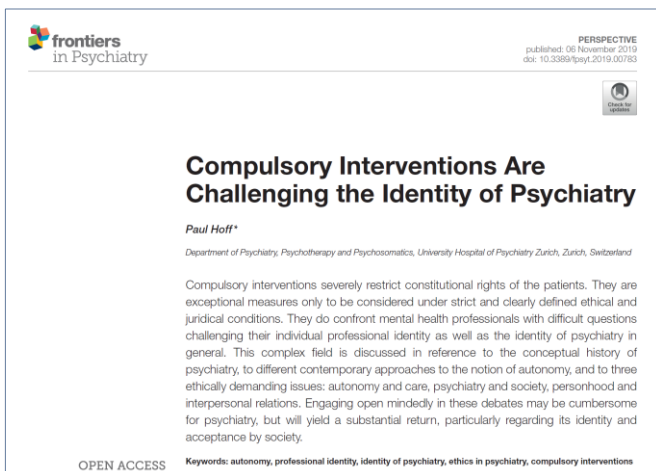


2019



2022

5



2019

Mesures coercitives

- sont une source de souffrance pour la personne concernée
- confrontent la psychiatrie et chaque professionnel.le.s à des dilemmes éthiques. Elles les questionnent sur leur propre identité.

6

Ordre du jour

- La médecine, indispensable et vulnérable
- **Dilemmes éthiques liés à la contrainte**
 - Autonomie et assistance
 - Psychiatrie et société
 - La personne et les relations interpersonnelles
- Les directives « Mesures de contrainte en médecine » : grands axes de la révision en cours
- Résumé

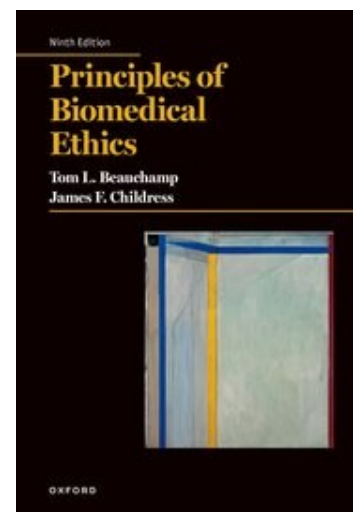
7

Le dilemme entre autonomie et assistance

Principes fondamentaux de l'éthique médicale

(d'après Beauchamp & Childress, 2026)

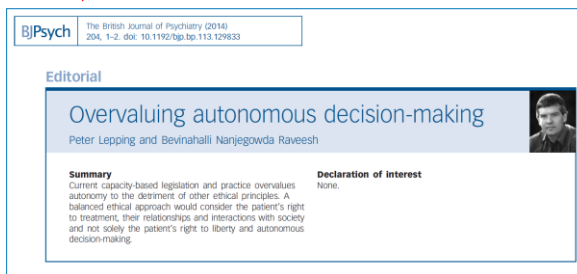
- • Respect de l'autonomie du/de la patient.e
- Principe de non-malfaisance
- • Principe d'agir pour le bien du/de la patient.e
- Principe de répartition équitable des bénéfices, des risques et des coûts dans le système de santé



8

Objectif : trouver un équilibre entre les principes éthiques

- Privilégier systématiquement un principe en particulier n'est pas justifiable, même dans le cas de l'autonomie.



9

Exemples d'une utilisation non critique de la notion d'« autonomie »

- L'« autonomie du/de la patient.e » comme pseudo-décharge pour les décideurs/euses médicaux/ales et soignant.e.s :
 - La responsabilité est **transférée**.
 - L'autonomie est **confondue avec l'arbitraire**.
- Assimilation de la maladie psychotique avec l'incapacité de discernement ou l'irresponsabilité pénale :
 - L'autonomie est **sous-estimée**.

10

Exemples d'une utilisation non critique de la notion d'« autonomie »

- Le souhait de recourir au suicide assisté en cas de trouble psychique ne fait pas l'objet d'une réflexion psychopathologique :
 - L'autonomie est surestimée.
- Les formes marginales de contrainte (« contrainte douce ») ne sont pas suffisamment remises en question :
 - L'autonomie est mal comprise.

11

Psychiatrie et société

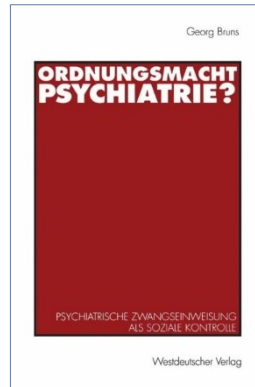
- Une relation ambivalente qui soulève des questions pour la discipline et, par là même, pour chaque professionnel.le :
 - Dans le contexte de la contrainte, qui est responsable, la psychiatrie, la société, le droit ?
 - Les personnes en situation de handicap sont-elles toujours victimes de discrimination lors du recours à la contrainte (interprétation stricte de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées) ?
 - Perspective suisse : un statut particulier pour la psychiatrie ?
par exemple : en cas de PAFA : placement malgré la capacité de discernement, caractère contraignant des directives anticipées, rôle du médecin chef

12

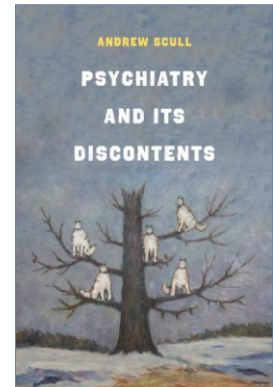
Psychiatrie et société



2016



1993



2019

13

Personne et relations interpersonnelles

- Dans la psychiatrie actuelle, le **niveau dialogique-interpersonnel** joue un rôle central.
par exemple : «décision médicale partagée», «alliance», «rétablissement personnel»
- Cela impose des exigences élevées aux professionnels.

Le paternalisme irréfléchi n'a plus sa place – tout comme l'évitement des conflits par un recours précipité à l'autonomie du patient.

[Attention : ne pas confondre autonomie et arbitraire !]

14

Dilemme n° 3

Personne et relations interpersonnelles



"Nothing about us without us:
Enhancing participation of persons with disabilities
in political and public life in Asia and Europe"

Side-Event to the 10th Conference of States Parties to the
Convention on the Rights of Persons with Disabilities

Wednesday, 14th June 2017, 11:45 am - 13:00pm
UN Headquarters, New York, Conference Room 11

 **ASIA-EUROPE**
FOUNDATION

 **cbm**
together we can do more

 **International**
Disability
Alliance

Du « paternalisme » à
l'« alliance »

en référence à

- Diagnostic et traitement
- Recherche
- Formation prégraduée, postgraduée et continue

15

Dilemme n° 3

Personne et relations interpersonnelles

Original article

Diagnosis as dialogue: historical and current perspectives

Paul Hoff, MD, PhD; Anke Maatz, MD, PhD; Johannes Simon Vetter, MSc, PhD

Ever since psychiatry emerged as a clinical discipline and field of scientific inquiry in the late 18th century, debates about diagnosis have been at its very heart. Considered by many a requirement for clinical communication as well as for systematic study, others have critiqued psychiatric diagnosis for being modeled on a medical conception of disease that

DIALOGUES IN CLINICAL NEUROSCIENCE • Vol 22 • No. 1 • 2020 • 27

16

Ordre du jour

- La médecine, indispensable et vulnérable
- Dilemmes éthiques liés à la contrainte
 - Autonomie et assistance
 - Psychiatrie et société
 - La personne et les relations interpersonnelles
- **Les directives « Mesures de contrainte en médecine » : grands axes de la révision en cours**
- Résumé

17

À propos de la philosophie de la Commission centrale d'éthique (CCE)

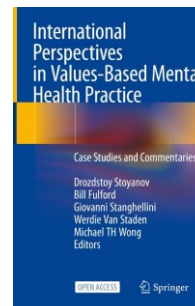
- Mise en place d'un **cadre médico-éthique solide** pour les professionnels de santé amenés à prendre des décisions dans le cadre de situations complexes
- Création d'un **espace de réflexion ouvert sur tous les solutions envisageables**
- **Anticipation** des futurs défis en matière d'éthique médicale
- **Participation au débat de société** sur les questions d'éthique médicale
- **Mais** : il ne s'agit pas d'un « **substitut** » à ce débat

18

18

Un complément indispensable

Une médecine fondée
sur :
des données probantes
et
des valeurs



2021



Bill Fulford

19

Caractéristiques des directives de l'ASSM « Mesures de contrainte en médecine »

- Ces directives traitent de la contrainte dans l'ensemble du domaine médical, et non pas exclusivement en psychiatrie
- Le public cible est constitué des professionnel.le.s de santé et des autorités (y compris les tribunaux et les instances politiques)
- Les professionnel.le.s doivent être accompagné.e.s dans la prise de décision clinique au cas par cas, face aux tensions entre connaissances médicales et cadres éthiques et juridiques.

Ce qui *ne changera pas*... (1)

4.2. Patients souffrant de troubles psychiques²¹

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

(extrait de la directive de 2015)

21

Ce qui *ne changera pas*... (2)

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.

(extrait de la directive de 2015)

22

Ce qui *ne* changera pas... (3)

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

(extrait de la directive de 2015)

Axes prioritaires des travaux de révision en cours

- Accent accru mis sur la dimension éthique de la médecine
- Mise en avant des aspects préventifs
- Différenciation plus marquée selon les contextes de soins, tout en évitant les redondances
- La prise de décision clinique en tant que réflexion et processus (pas de « normalisation » implicite de la contrainte par le biais des directives !)
- Implications médico-éthiques problématiques des dispositions juridiques particulières applicables à la psychiatrie (3 exemples à suivre)

Directive révisée «Mesures de contrainte en médecine»

Structure du contenu (provisoire !)

- En cours d'élaboration
Version du 13/08/2026 -

I. Préambule

II. Directives

1. Champ d'application des lignes directrices

2. Aspects éthiques

- 2.1. Une approche nuancée de la contrainte
- 2.2. Perception subjective de la contrainte
- 2.3. Subsidiarité et proportionnalité
- 2.4. Mesures anticipées en matière de santé
- 2.5. Exigences relatives à l'environnement
- 2.6. Prévention
- 2.7. Communication et documentation

3. Cadre juridique et sa mise en œuvre au sein de l'établissement

- 3.1. Capacité de discernement
- 3.2. Mesures de privation de liberté (MLL)
- 3.3. Traitement sous contrainte
- 3.4. Placement à des fins d'assistance (PLAFA) / Maintien d'une personne entrée de son plein gré
 - 3.4.1. Grave état d'abandon
 - 3.4.2. Personne de confiance
- 3.5. Grave perturbation de la vie en communauté
- 3.6. Situation d'urgence
- 3.7. Protection de tiers

4. Défis pratiques

- 4.1. Éléments clés de la prise de décision
 - 4.1.1. Comment déterminer la volonté du patient ?
 - 4.1.2. Que faire en cas de refus d'un traitement médicalement indiqué ?
 - 4.1.3. Comment procéder en cas de situation de danger immédiat ?
 - 4.1.4. Comment procéder en cas d'incapacité de discernement durable ou totale ?
- 4.2. Points clés de la mise en œuvre pratique
 - 4.2.1. Quelles sont les étapes procédurales et les particularités à prendre en compte en cas d'incapacité de discernement et de traitement forcé ?
 - 4.2.2. Quelles questions spécifiques se posent en cas de MLL ?
 - 4.2.3. Quelles sont les conditions requises pour la dissimulation de médicaments ?
 - 4.2.4. Que faut-il prendre en compte dans le cas des mineurs ?

III. Annexe

25

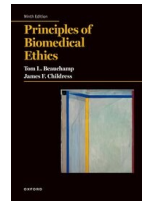
Extrait du préambule révisé (1)

(Pas encore adopté ! Citation abrégée)

« La révision tient compte des évolutions récentes des débats sur l'éthique médicale. La **Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH)**, ratifiée par la Suisse en 2014, a donné des impulsions importantes. ... Les directives précisent que les mesures de contrainte en médecine ne doivent être envisagées qu'**en dernier recours**, sur la base de **motifs valables**. Une **interdiction générale**, qui ne tiendrait pas compte de la situation concrète de chaque cas particulier, est toutefois considérée comme **indéfendable sur le plan éthique**. »

26

26



9e éd., 2026

Extrait du préambule révisé (2)

(Pas encore adopté ! Citation abrégée)

« Ces directives s'inspirent de principes éthiques **pragmatique**, telle que défendue par Beauchamp et Childress. Ces principes s'appliquent à l'ensemble de la médecine. Les directives ne font donc **aucune distinction catégorielle entre la médecine somatique et la psychiatrie**. Elles abordent plutôt des situations décisionnelles typiques et des conditions-cadres spécifiques à chaque contexte. »

27

27

Dispositions juridiques particulières relatives au placement à des fins d'assistance (PAFA) dans le Code civil suisse (1)

A. Mesures
I. Placement à
des fins
d'assistance ou
de traitement

Art. 426

¹ Une personne peut être placée dans une institution appropriée lorsque, en raison de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou d'un grave état d'abandon, l'assistance ou le traitement nécessaires ne peuvent lui être fournis d'une autre manière.

² La charge que la personne concernée représente pour ses proches et pour des tiers ainsi que leur protection sont prises en considération.

³ La personne concernée est libérée dès que les conditions du placement ne sont plus remplies.

⁴ La personne concernée ou l'un de ses proches peut demander sa libération en tout temps. La décision doit être prise sans délai.

Problème : mesure coercitive médicale malgré la capacité de discernement ?

28

Dispositions juridiques particulières relatives au placement à des fins d'assistance (PAFA) dans le Code civil suisse (1)

E. Soins médicaux en cas de troubles psychiques
I. Plan de traitement

Art. 433

¹ Lorsqu'une personne est placée dans une institution pour y subir un traitement en raison de troubles psychiques, le médecin traitant établit un plan de traitement écrit avec elle et, le cas échéant, sa personne de confiance.

² Le médecin traitant renseigne la personne concernée et sa personne de confiance sur tous les éléments essentiels du traitement médical envisagé; l'information porte en particulier sur les raisons, le but, la nature, les modalités, les risques et les effets secondaires du traitement, ainsi que sur les conséquences d'un défaut de soins et sur l'existence d'autres traitements.

³ Le plan de traitement est soumis au consentement de la personne concernée. Si elle est incapable de discernement, le médecin traitant prend en considération d'éventuelles directives anticipées.

⁴ Le plan de traitement est adapté à l'évolution de la médecine et à l'état de la personne concernée.

Problème :

Prise en compte des directives anticipées du/de la patient.e non-contraignante

29

Dispositions juridiques particulières relatives au placement à des fins d'assistance (PAFA) dans le Code civil suisse (1)

II. Traitement sans consentement

Art. 434

¹ Si le consentement de la personne concernée fait défaut, le médecin-chef du service concerné peut prescrire par écrit les soins médicaux prévus par le plan de traitement lorsque:

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.

² La décision est communiquée par écrit à la personne concernée et à sa personne de confiance; elle indique les voies de recours.

Problème :

Le/la médecin-chef.fe exerce une fonction souveraine (décision)
Pas de représentation par le/la curateur/trice, les proches (contrairement au cas d'une maladie somatique !)

30

Ordre du jour

- La médecine, indispensable et vulnérable
- Dilemmes éthiques liés à la contrainte
 - Autonomie et assistance
 - Psychiatrie et société
 - La personne et les relations interpersonnelles
- Les directives « Mesures de contrainte en médecine » :
grands axes de la révision en cours
- **Résumé**

31

Résumé

- 1 La contrainte remet en question la **conception** que la psychiatrie et les professionnel.le.s ont d'eux-mêmes et de leur rôle.

La réflexion sur la contrainte doit **faire partie intégrante de notre pratique professionnelle**, y compris dans le cadre de la formation prégraduée, postgraduée et continue. Elle **ne doit pas et ne peut pas être entièrement déléguée** à l'éthique, à la philosophie ou au droit.

32



Résumé

- 2 Les directives en matière d'éthique médicale constituent des aides précieuses à la prise de décision.

Mais :

Elles ne remplacent pas la responsabilité des professionnel.le.s.
Les prescriptions normatives ne doivent pas banaliser la contrainte (« c'est bien réglementé », « ça fait partie du métier », ...).

La contrainte doit toujours être utilisée en *dernier recours*.

Résumé

- 3 Les débats controversés au sein de la psychiatrie – par exemple sur le principe de « zéro coercition », sur le rôle de la psychiatrie en tant qu'instance de contrôle social ou sur l'interprétation de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) – sont nécessaires et utiles, tant qu'ils ne se figent pas dans le dogmatisme.

Un débat ouvert sur la contrainte et la violence, associé à une recherche empirique et conceptuelle, améliore la qualité des soins, renforce l'identité professionnelle de la discipline ainsi que sa crédibilité auprès de la société et, surtout, l'attractivité de la discipline pour la relève.

**Un grand merci
pour votre
attention !**



La discussion est ouverte...