

Contrainte en psychiatrie

État des lieux des preuves d'efficacité

Marie Chieze^a, Samia Hurst^b, Othman Sentissi^a

^a Hôpitaux Universitaires de Genève, Switzerland

^b Institut Éthique Histoire Humanités, Centre Médical Universitaire, Université de Genève, Switzerland

Summary

Coercive measures in healthcare are frequently used worldwide, and are especially visible and discussed in psychiatry. Ethical, moral and legal questions have become increasingly frequent over past decades, as medical practice has evolved towards more respectful treatment of patients' autonomy and rights. In parallel, medicine evolved towards evidence-based practice. In this context, the aim of this narrative literature review was to identify scientific evidence for physical coercive measures (seclusion and restraint), with a wider discussion of the results, including ethical aspects. A French and English literature search of PubMed, MEDLINE, Cochrane, Embase, PsycINFO, Google Scholar and CAIRN.INFO was made. Results show variations in coercive care in terms of type, frequency and duration due to differences among countries and hospital practice. Furthermore, its definitions and indications are not clear. We have found no published randomised controlled studies that demonstrate evidence of therapeutic aims and efficiency of coercion. At present, the data are insufficient to assess the clinical or ethical legitimacy of coercion. As a result, a clear consensus for its legitimacy has not yet emerged, despite the fact that the practice of coercive care remains ubiquitous, frequent and limiting of patients' rights. This article should motivate every healthcare provider to further reflect and implement clear clinical guidelines for adequate treatment, which respect the rights of the patients involved and which follow evidence-based medicine standards.

Key words: coercive measures; coercion, seclusion; restraint; psychiatry; psychosis; mania; agitation; violence; involuntary commitment



Introduction

L'isolement est une méthode de contrainte utilisée depuis l'Antiquité pour traiter les personnes «psychotiques, dérangées et émotionnellement perturbées» [1]. De manière générale, les mesures limitant la liberté de mouvement du patient sont utilisées dans différents secteurs de la médecine, notamment les services de soins intensifs, les urgences, la gériatrie, les soins palliatifs, la chirurgie, la psycho-gériatrie, la psychiatrie adulte, la psychiatrie du développement mental, la pédiatrie, la neurologie, la salle de surveillance post-interventionnelle, le service de sécurité [2]. En

psychiatrie, les mesures de restriction de liberté sont particulièrement visibles et donc régulièrement plus questionnées [3]. En effet, en psychiatrie, une mesure limitant la liberté de mouvement est une «contrainte» au sens où cette mesure est mise en place contre la volonté propre du patient (cf. fig. 1). Ces deux acceptations sont donc présentes dans le terme de «mesure de contrainte physiques» utilisé [2]. Plus largement, les mesures de contrainte ou mesures coercitives (de l'anglais, coercion) peuvent se définir comme toute mesure appliquée contre la volonté autodéterminée du patient ou en dépit de son opposition [8]. Plus précisément, la contrainte regroupe «le placement à des fins d'assistance, la contention, l'isolement, l'enfermement et l'administration d'une médication par la force» [11] (cf. fig. 1). De plus, toute mesure de contrainte (en tant que prise sans le consentement ou contre la volonté de la personne) est en principe illicite et représente une atteinte grave aux droits fondamentaux garantis par la Constitution Fédérale (en particulier l'art. 10 de la CF pour ce qui est de la liberté de mouvement) [12]. Ainsi, d'une part la contrainte est un enjeu important des droits de l'homme [3, 13]; et d'autre part, du fait de la dimension privative de libertés, l'aspect juridique entre en matière. Par ailleurs, depuis quelques décennies, la médecine évolue vers un développement de l'autonomie du patient et le respect de sa dignité [14]. Dans ce contexte, des questionnements éthiques sur les méthodes utilisées en psychiatrie se font plus présents dans les débats sur la contrainte, même s'ils existent depuis plus de trois siècles [15]. Les premiers changements de mentalité sont attribués à Pinel au 18^e siècle, lorsque ce psychiatre a interdit l'usage des chaînes dans les asiles à Paris en France, introduisant ainsi la notion de contrainte comme mesure non punitive [14]. En psychiatrie, les symptômes présentés peuvent nécessiter que des mesures soient prises sans le consentement du patient pour appliquer un soin ou un traitement urgents. Le problème peut en effet se poser à la jonction entre droit et liberté du patient et sécurité de la société et du patient lui-même [14]. D'un point de vue juridique et éthique, il n'est toutefois autorisé d'outrepasser le consentement et donc d'at-

Définitions concernant les mesures de contrainte

Deux termes sont importants à distinguer: celui de **mesures limitants la liberté de mouvement** est descriptif et désigne ce qui peut diminuer objectivement les mouvements d'une personne. Certaines mesures, comme une immobilisation par un plâtre, sont moins controversées que d'autres (comme l'isolement ou la contention). Par contre, on parle de **contrainte** lorsqu'une mesure est prise contre la volonté de la personne [2].

Le **placement à des fins d'assistance (PAFA)** est régi par le Code Civil en Suisse. Depuis l'introduction du nouveau droit de protection de l'enfant et de l'adulte de 2013, la terminologie et les notions sont fédérales (FU pour «Fürsorgerische Unterbringung» en Suisse allemande) (art. 426 ss CC) [4]. Seul le Canton de Vaud utilise l'acronyme de PLAFA (qui était l'ancienne dénomination pour privation de liberté à des fins d'assistance). A l'international, chaque pays dispose de ses propres termes, ce qui rend une uniformisation des pratiques et des recherches difficile. Par exemple, en France, depuis la loi du 5 juillet 2011, il existe 5 modes d'hospitalisation non volontaire. Parmi ces 5, il existe notamment l'admission «en soins psychiatriques à la demande d'un tiers de droit commun», l'admission «en soins psychiatriques à la demande d'un tiers d'urgence» et l'admission «en soins psychiatriques pour péril imminent» [5].

L'**isolement**, ou chambre de soins intensifs, ou chambre fermée (en anglais «seclusion») est défini par la séquestration du patient placé seul dans une pièce qu'il n'a pas moyen de quitter [6].

La **contention** (en anglais «restraint») peut être réalisée de deux manières: par des soignants (contention physique) ou des sangles (contention mécanique), elle se définit par toute méthode manuelle ou physique ou avec un artefact mécanique (ceintures à quatre points, à cinq points, les maintiens de poignets au lit, mouffes, casques et couvertures calmantes) qui limite la liberté de mouvement [6].

La **contrainte chimique** ou traitement coercitif (ou non volontaire) est fréquente en psychiatrie [7], et se définit par la prescription d'un traitement médicamenteux (par voie orale ou injectable) sans le consentement de la personne concernée; les conditions d'administration de cette forme de contrainte doivent dépendre de la symptomatologie du patient et non du diagnostic [8]. Une distinction entre le traitement retard et le traitement de crise est possible, et dans certains pays, ces deux formes peuvent être administrés sous la contrainte [9]. En Suisse, la contrainte chimique est essentiellement utilisée sous forme de traitement de crise (les traitements à durée d'action brève sont privilégiés) [10].

La **capacité de discernement** se définit comme la capacité de percevoir et de comprendre correctement une situation donnée et de prendre une décision pertinente selon ses propres critères [8].

teindre à la liberté du patient que si ce dernier n'est pas en mesure de comprendre les enjeux de sa condition actuelle [16]; donc qu'il soit en incapacité de discerner en ce qui concerne le soin ou le traitement proposés (médicamenteux ou autre). Une exception est présente pour le placement à des fins d'assistance, le Code Civil ne mentionnant pas une incapacité de discernement pour la réalisation d'un tel placement (art. 426 CC) [4].

En parallèle, la médecine devient de plus en plus basée sur les preuves; la preuve scientifique permettant la légitimation de l'efficacité d'un moyen ou d'une méthode dans un but thérapeutique. Or les mesures de contrainte peuvent être considérées soit comme thérapeutiques en soi, hypothèse de recherche de certaines études [17], soit comme un moyen en vue d'apporter un soin ou un traitement qui eux, seront thérapeutiques. Au vu de ces différents éléments historiques, juridiques, éthiques en mouvements, il nous apparait crucial de mettre en perspective nos pratiques cliniques

concernant les mesures de contrainte par rapport à ces modifications fondamentales. L'objectif principal de ce travail est d'effectuer un état des lieux des preuves d'efficacité des mesures de contrainte physiques (limitant la liberté de mouvement, soit isolement et contention) en santé mentale. Dans cette revue, nous proposons de rechercher les preuves scientifiques de manière à pouvoir ou non considérer les mesures de contrainte comme thérapeutiques, donc comme ayant un bénéfice direct pour le patient. Pour étudier et statuer sur ces preuves d'efficacité, il paraît nécessaire d'avoir à disposition des études randomisées contrôlées respectant les règles de la médecine basée sur les preuves, et cherchant à démontrer par une méthode scientifique rigoureuse un avantage clair d'un élément par rapport à un autre. Bien que ce soient deux des quatre types de mesures de contrainte (cf. fig. 1), nous n'étudierons pas ici les mesures de placement à des fins d'assistance et de contrainte chimique, qui mériteraient à elles seules un article à part entière. Il nous a semblé plus judicieux de cibler et approfondir notre recherche sur l'isolement et la contention qui limitent la liberté de mouvement. Dans la visée de cet objectif, nous proposons de réaliser une revue narrative de la littérature, et d'en commenter les résultats dans une discussion plus large, y compris sous un angle éthique.

Méthode

Nous avons effectué un examen exploratoire de la littérature anglophone et francophone concernant les mesures de contrainte physiques (isolement et contention) en psychiatrie, et particulièrement les articles recherchant les preuves scientifiques d'efficacité. Pour cela, nous avons utilisé les mots-clés français dans les moteurs de recherche PsycINFO, Google Scholar et CAIRN.INFO: «mesures de contrainte physiques», «isolement», «contention», «santé mentale», «psychose», «manie», «agitation», «violence», «admission non volontaire»; et les mots-clés anglais dans les moteurs de recherche PubMed, MEDLINE, Cochrane, Embase, PsycINFO, Google Scholar et CAIRN.INFO: «Coercive measure», «coercion», «seclusion», «restraint», «psychiatry», «psychosis», «mania», «agitation», «violence», «involuntary commitment». Nous avons ensuite effectué une vérification croisée («cross-check») des références dans les articles retenus pour identifier d'autres papiers éligibles. Nous en présentons ici les résultats, issus des articles les plus pertinents, de par leur structure (revues de la littérature, études randomisées contrôlées, consensus d'experts, revues Cochrane et méta-analyses), leur date de paru-

tion (les plus récents), et du fait qu'ils synthétisent les idées apportées par les autres articles. Nous présentons également les résultats dans leur ensemble, et sans mention spécifique, synthétisés à partir des données des différents pays (Amérique du Nord, Australie, Scandinavie, Angleterre, Allemagne, France, Suisse, Japon pour les principaux). Les articles non retenus concernent les traitements pharmacologiques de l'agitation et/ou du trouble bipolaire.

Résultats

Données sociodémographiques des patients

Les résultats retrouvés concernant les données sociodémographiques ne concordent pas entre eux. Dans les années nonante, des études n'ont pas rapporté de différences significatives pour les diagnostics, l'âge, ou l'ethnicité des patients soumis à la contrainte par rapport aux autres patients hospitalisés [18]. Plus récemment, il a été noté que l'isolement social, le jeune âge et le statut d'hospitalisation non volontaire sont les facteurs prédictifs d'usage des mesures de contrainte les plus retrouvés [19]. Pour la contention physique, les caractéristiques sociodémographiques corrélées à la fréquence de l'usage de la contention sont le sexe masculin, le jeune âge, une autre nationalité que celle du pays de l'étude [20]. Le sexe masculin des soignants semble jouer un rôle dans l'augmentation de l'utilisation de la contention [ibid.]. Il a été noté que l'agressivité semble être plus dirigée envers les soignants du même sexe [21].

Indications et objectifs

Selon les pays et les hôpitaux, le taux d'utilisation des mesures de contrainte varient de 0,4% à 66% [22]. Les indications à l'isolement sont dans 6 à 8% des cas la confusion, 25% l'agitation maniaque, 12 à 14% le risque de fugues. Cinquante pour cent sont liés au risque de violence potentielle [23]. En effet, le risque de violence est présent à des taux importants dans les hôpitaux psychiatriques [6]. Dans une étude française, les diagnostics retrouvés sont: schizophrénie paranoïde (32,8%), trouble bipolaire (maniaque ou dépressif) (28,4%), trouble psychotique aigu transitoire (14,9%), trouble schizo-affectif (10,4%) [24]. Pour d'autres auteurs, les mesures de contrainte dépendent moins d'un diagnostic que de la symptomatologie présentée par le patient au moment de sa prise en charge [25, 26]. L'isolement serait utilisé pour un comportement menaçant en premier lieu, tandis que la contention serait surtout utilisée pour un comportement autodommageable [6]. De plus, un diagnostic de retard mental semble augmenter l'usage de l'isolement [1]. Le lien a

été fait entre impulsivité et retard mental, ce qui pourrait être en faveur d'une augmentation de la violence, et donc de la nécessité de l'usage des mesures de contrainte pour ces patients.

La question que se sont posés certains auteurs sur l'utilité thérapeutique de la contrainte est pertinente [17, 24]. Il y aurait plus de bénéfice en présence d'un trouble de comportement avec passage à l'acte [24]. Deux objectifs principaux de la contrainte peuvent être retrouvés : objectifs thérapeutiques et sécuritaires [27]. La dimension sécuritaire peut être mentionnée car le Code Civil prévoit de prendre en considération la charge et la protection des tiers (art. 426 CC) [4], de retenir une personne venue librement si elle met gravement en danger la vie ou l'intégrité physique d'autrui (art. 427 CC) [ibid.]. Ces éléments du Code Civil peuvent être appliqués au travers des mesures de contrainte, elles-mêmes régies par les lois cantonales. Il n'y aurait donc pas que l'aspect thérapeutique en jeu, par le fait d'apporter un soin ou un traitement mais également une dimension de protection. L'apport thérapeutique de la contrainte repose sur trois principes: la fonction de contenant, l'isolement physique, la diminution de l'intensité des stimulations sensorielles, selon une revue Cochrane [28]. La fonction de contenant permet la sécurité, d'éviter le danger pour soi ou autrui et la réassurance [24]. L'isolement physique permet de diminuer l'anxiété et la persécution [ibid.], même si dans cette même étude, les patients eux-mêmes rapportent une tonalité anxieuse dans 67% des cas. Enfin, la diminution de l'intensité des stimulations sensorielles permet au patient d'éprouver un apaisement notable, particulièrement lorsqu'une symptomatologie délirante, hallucinatoire, est notée [ibid.]. Il existe cependant un débat sur la valeur thérapeutique de l'isolement, qui peut être considéré comme une méthode de contenance d'une urgence psychiatrique mais aussi comme une punition ou pour ignorer le patient, d'après une autre revue Cochrane [29]. L'objectif thérapeutique des mesures de contrainte est donc sujet à débat [17, 30].

Effets secondaires

Il existe des dommages physiques et psychiques à la contrainte [31]. Notamment, entre 1988 et 1998, 142 décès ont été enregistrés sur l'utilisation de la contrainte aux États-Unis, dont 40% des suites d'une asphyxie sur utilisation de la contention mécanique [32]. Hellerstein et al. [6] proposent une revue des conséquences répertoriées de la contrainte: traumatisme émotionnel [31], dommage physique [33], décès [34]. Les conséquences néfastes physiques répertoriées sur l'utilisation de la contention sont: la perte de muscle, l'ulcère de décubi-

tus, l'incontinence, les blessures, les chutes, les atteintes du plexus brachial, la strangulation, la rhabdomyolyse, la thrombose, l'asphyxie et le décès [35]. Les complications psychiques de la contention répertoriées sont la production plutôt que la diminution des symptômes [36], le traumatisme [37], la détresse psychologique, l'humiliation, la terreur et l'impuissance [3]. Il a été observé que les personnes en isolement ont des hallucinations, ce qui laisse supposer que l'isolement pourrait générer des symptômes plutôt que les diminuer [38]. Ces différents effets secondaires pourraient survenir si la contention n'est pas utilisée de manière appropriée [39]. Cependant, le décès peut aussi survenir si l'utilisation est appropriée, montrant ainsi le danger inhérent à l'utilisation de la contention [40]. Un lien causal a été établi entre la contention, le stress psychologique et le décès [41]. De plus, les conséquences négatives peuvent rester longtemps après l'utilisation des mesures de contrainte, d'un côté sur le patient, se manifestant par un stress post-traumatique [42], un désengagement des services psychiatriques [43], ou des dommages dans la relation thérapeutique [44]; d'un autre côté sur le personnel [29], notamment par une dépendance du personnel à ces mesures [1].

Comparaison selon les pays et institutions

Les mesures de contrainte sont utilisées partout dans le monde. Elles soulèvent des enjeux importants car elles portent atteinte aux droits des patients [22, 45]. Les pratiques d'utilisation des mesures de contrainte varient beaucoup selon les pays, les normes juridiques de chaque pays, mais aussi à l'intérieur d'un pays, selon les pratiques et les appréciations cliniques des équipes hospitalières [13, 22]. Les législations et pratiques nationales sont contestées dans des études comparatives [9]. Les réflexions éthiques et sur les systèmes législatifs montrent l'ambivalence des méthodes de contrainte physiques [13]. Des études ont comparé les pratiques dans différentes régions du monde [46]: en Allemagne et en Suisse alémanique [47], en Finlande [13], dans 10 autres pays européens, en Amérique du Nord, en Australie et au Japon [48]. En Allemagne, les mesures de contention semblent être plus utilisées qu'en Suisse alémanique, mais avec une durée moins longue [47]. En Suisse alémanique, la chambre fermée semble être plus utilisée que la contention, et l'hospitalisation semble durer en moyenne plus longtemps [10, 47]. En Suisse romande, la contention mécanique est utilisée de manière exceptionnelle [10], tout comme le traitement sous contrainte [10, 11]. Nous n'avons pas trouvé de données concernant l'Afrique, l'Amérique du Sud, l'Europe de l'Est, le Moyen-Orient ou l'Asie (excepté le Japon).

Au sein d'une institution, l'influence de la structure hospitalière (de type ouverte ou fermée) semble encore jouer un rôle. Un fonctionnement fermé d'une institution peut en effet être apparenté à une forme d'isolement, puisque le patient n'est pas libre de ses mouvements, même si son espace est plus large que dans une chambre fermée. Depuis les années soixante, à Genève, il n'y a plus d'unité systématiquement fermée, sauf indication formelle, et dans ces cas, pour une durée limitée [49]. Une étude récente montre que des unités fermées ne semblent pas apporter de différence d'efficacité comparativement à des unités ouvertes, notamment en ce qui concerne les préventions des fugues et des suicides [50]. S'il n'y a que des unités ouvertes, il peut malgré tout y avoir recours à la médication forcée [11], ce qui montre que l'absence d'un type de contrainte n'empêche pas l'utilisation d'un autre, tout comme il peut y avoir des utilisations combinées [ibid.]. Par exemple, en Suisse, le nombre de placements à des fins d'assistance est élevé, particulièrement à Genève (avec une diminution entre 2004 et 2008, de 70% des admissions à l'hôpital psychiatrique, à moins de 50%) [11, 49]. Au niveau international, il semble qu'il n'y ait pas de lien entre le «système législatif» en place et le nombre de placements à des fins d'assistance dans les hôpitaux psychiatriques [11]. Le nombre élevé de ces placements en Suisse et notamment à Genève ne semble donc pas lié au système juridique en place. On peut alors se poser la question si la diminution d'une forme d'isolement n'engendre pas la recrudescence d'un autre type, ici le placement à des fins d'assistance. Actuellement, il n'y a pas de données permettant de vérifier l'existence de corrélations entre une structure hospitalière ouverte, et une influence sur les fréquences des placements à des fins d'assistance ou d'utilisation des mesures de contrainte physiques. La question mériterait d'être approfondie.

Vécus subjectifs des différents intervenants

Le vécu subjectif de la contrainte est important à mentionner au sens où il peut être différent selon les personnes. Pour le personnel soignant, l'isolement est négatif mais nécessaire pour gérer violence et agression, tant pour les soins que la sécurité [51]. Un des facteurs aggravant la fréquence d'utilisation est le manque de ressources, le contexte institutionnel et surtout les conflits ou division des équipes soignantes [ibid.]. Il semble en effet qu'il y ait une augmentation de la contrainte quand le nombre de soignants diminue [48].

Pour les patients, le vécu subjectif de la contrainte apparaît essentiellement comme négatif [45, 51]. La frustration, la colère, l'absence de ressenti sont les

émotions les plus souvent rapportées [51]. Dans l'étude de Palazzolo, 31% des patients décrivent une expérience hallucinatoire (visuelle, auditive ou cénesthésique) en lien avec le séjour en chambre fermée [24]. Une tonalité anxieuse est retrouvée dans 67% des cas. Parmi les 67 patients de l'étude, 49% reconnaissent avoir eu besoin de la chambre fermée, 78% font part de la nécessité de ces mesures en psychiatrie pour les troubles du comportement. Il peut être intéressant de souligner que les données subjectives perçues par les patients peuvent être en contradiction avec l'évolution des symptômes rapportée par les soignants [ibid.], ce qui montre aussi la complexité des facteurs à prendre en compte pour mesurer une efficacité de ces méthodes.

Conceptualisation difficile

Les définitions des mesures de contrainte varient selon les pays et les experts. Selon Klein et König [11], d'autres formes de contrainte que celles exposées précédemment peuvent être considérées, notamment les pressions psychologiques, les limitations de la sphère privée ou de la liberté de communiquer. Pour d'autres auteurs, la pression psychologique n'est pas retenue comme une mesure de contrainte [37]. Il existe une différence dans la définition de l'isolement entre les pays et les hôpitaux dans le monde [52]. L'isolement peut ainsi regrouper l'hypostimulation, la punition ou le «time-out», qui consiste à mettre le patient en isolement selon un schéma séquentiel et court, en présence d'un soignant en continu [53]. Les mêmes différences sont retrouvées pour la contention [33]. Le concept d'isolement en Norvège ressemble à celui de «chambre ouverte» dans la littérature internationale; et ce qui au niveau international correspond à «isolement ou chambre fermée» est appelé «isolation» en Norvège [9]. De plus, il n'y a pas de consensus des experts sur l'utilisation des mesures de contrainte physiques. La comparaison internationale de la contrainte est donc difficile [13, 54]. Les variations entre les pays concernant l'utilisation de la contrainte selon le type, la fréquence et la durée des mesures de contrainte ont développé des doutes sur l'association entre une utilisation reposant sur des habitus plus culturels, traditionnels ou politiques plutôt que sur une nécessité de sécurité ou une indication médicale [22]. Au niveau national, les difficultés de comparaison sont également présentes du fait de la différence de pratiques et d'habitudes entre les différentes institutions d'un même pays [ibid.]. Il existe ainsi une difficulté de comparaison entre les pays ainsi qu'entre les hôpitaux au sein d'un même pays.

Preuves scientifiques de l'efficacité thérapeutique

La prescription des mesures de contrainte physiques semble moins dépendre des lois, directives, recommandations éthiques ou d'une réflexion clinique basée sur les preuves que sur des pratiques cliniques, ou des habitudes des institutions [11]. Il n'existe à l'heure actuelle pas de preuves d'efficacité ou de la sécurité des interventions par la contrainte pour la gestion des comportements violents ou désorganisés [3; 11]. Bergk et al. décrivent leur étude randomisée contrôlée comme la première réalisée sur la thématique de la contrainte, qui montre que l'isolement et la contention n'ont pas d'avantage l'un par rapport à l'autre (toutefois sans groupe contrôle sans contrainte) [55]. Pour les auteurs, le choix devrait être laissé au patient. Depuis, d'autres études randomisées contrôlées (que nous allons détailler dans le paragraphe suivant) ont été publiées en lien avec cette thématique [56–58], mais qui comparent les mesures de contrainte physiques avec d'autres méthodes, donc ne les étudient pas directement et par conséquent ne montrent pas non plus de preuves de leur efficacité. A ce niveau, il serait intéressant de faire un parallèle avec une autre mesure de contrainte qui n'est pas étudiée directement dans cet article, à savoir les obligations de soins communautaires (en anglais «community treatment orders (CTO)»), qui sont une des rares formes de contrainte étudiées en détails ces dernières années, mais qui n'ont pas démontré leur efficacité en psychiatrie [59; 60]. Ceci montre que la réalisation d'études randomisées contrôlées sur les mesures de contrainte en psychiatrie semble être un défi, mais tout de même pouvoir aboutir. Il n'en reste pas moins qu'à l'heure actuelle, il n'y a pas de preuve formelle d'efficacité des mesures de contrainte physiques.

Politique de diminution de la contrainte

La tendance générale à vouloir diminuer ou arrêter l'utilisation des mesures de contrainte est de mise dans beaucoup de pays [6]. Des programmes de réduction de la contrainte se développent dans différents pays [61]. Par exemple, les couvertures calmantes (ou «packing») sont contre-indiquées par la Haute Autorité de Santé, en dehors de protocoles de recherche autorisés en France [62]. Des mesures alternatives à la contrainte se développent, comme les techniques de désescalade de la violence (comportementales ou médicamenteuses) [30] ou encore le «time-out». Les études randomisées contrôlées citées plus haut cherchent à démontrer des possibilités de diminution de recours aux mesures de contrainte physiques. Ainsi, Boumans et al. montrent qu'une alternative à la

contrainte (methodical work approach) réduit l'isolement et les incidents [56]. Bowers et al. montrent qu'une autre alternative à la contrainte (Safewards model) réduit la violence et l'isolement [57]. Putkonen et al. utilisent une troisième alternative à la contrainte (la formation des soignants) pour réduire l'isolement et la contention sans que la violence parmi des populations avec des troubles du comportement s'en trouve augmentée [58]. Gaynes et al. étudient des alternatives à la contrainte (risk assessment et multimodal interventions) qui semblent permettent une réduction de la violence, du recours à la contention et à l'isolement [63]. Malgré tout, le niveau de preuves apportées dans ces études reste relativement faible et demande à être approfondi par d'autres études [ibid.]. D'autres alternatives sont étudiées, sans que les études soient randomisées contrôlées. Les directives anticipées [64], le plan de crise conjoint [65], le dialogue semblent diminuer l'usage de la contrainte au sens où le patient est responsabilisé dans sa prise en charge [66]. L'importance d'une formation appropriée et continue du personnel est notée [61]. Il semble que la formation dans la prévention de la violence, l'auto-défense et leurs implémentations dans la pratique permettent une diminution du taux de violence [54, 58]. Ainsi, Gaynes et al. et une revue Cochrane montrent qu'il n'y a pas de preuve formelle actuelle de l'efficacité des mesures alternatives pour permettre la diminution ou l'élimination de la contrainte [28, 63].

Discussion

Notre revue de la littérature, bien que non exhaustive, nous a permis d'identifier que les mesures de contrainte physiques soulèvent des enjeux humains, éthiques et thérapeutiques importants, et que les preuves scientifiques de bénéfice ou d'efficacité les concernant demeurent à ce jour absentes. Il ne semble pas non plus qu'il y ait de preuve formelle de l'efficacité des méthodes alternatives pour permettre la diminution ou l'élimination des mesures de contrainte, lorsque ces dernières semblent nécessaires à la prise en charge clinique des patients [28, 63]. Les indications, les objectifs thérapeutiques semblent différer selon les études et les effets secondaires ne sont pas négligeables, pouvant indiquer que les mesures de contrainte puissent être contre-thérapeutiques [1]. La conceptualisation et les pratiques cliniques varient beaucoup au niveau national et international, ainsi qu'entre les différentes institutions d'un même pays, rendant les comparaisons et la réalisation d'études nationales ou internationales plus difficiles. La réalisation d'études randomisées contrôlées semble être un

défi. Toutefois, les différentes études de ce type publiées à ce jour montrent qu'elles peuvent aboutir.

La justification principale de l'usage de mesures de contrainte physique est son utilité clinique. Il apparaît donc important que des preuves scientifiques de cette utilité puissent être apportées. A l'heure actuelle, davantage d'études naturalistiques, prospectives et comparatives dans ce domaine sont nécessaires pour identifier les situations dans lesquelles l'utilité avérée justifierait effectivement la contrainte. En l'absence de données conclusives, il est également difficile d'appliquer le principe selon lequel la contrainte ne doit être utilisée qu'en dernier recours, afin de limiter l'atteinte aux droits du patient à l'autonomie et au consentement [28, 61]. Le développement de consensus entre experts et intervenants de différents niveaux de réflexions, de guides de bonne pratique clinique et de protocoles nationaux et internationaux semble primordial pour permettre une application appropriée de la contrainte, respecter les individus vulnérables et éviter des expériences traumatiques [24].

En l'absence de preuves scientifiques formelles, l'utilisation des mesures de contrainte physiques, actuellement fréquente, demeure-t-elle néanmoins justifiable en dernier recours? Il nous apparaît important de poursuivre la réflexion sur ce plan. Même si cette question dépasse l'espace disponible ici, une réponse pourrait s'articuler sur les quatre pistes suivantes:

Premièrement, s'il est souhaitable d'avoir une efficacité scientifique selon les normes de la médecine basée sur les preuves, la question du niveau de la preuve se pose. En effet, il peut y avoir des études randomisées contrôlées, mais d'autres preuves scientifiques de niveau moindre pourraient être retrouvées. Dans ces cas, et surtout en l'absence d'alternatives, un niveau de preuve inférieur pourrait être retenu comme suffisant. Ce niveau ne pourrait cependant pas être trop bas non plus, car la contrainte demeure une violation consciente des droits de l'individu. En l'absence de preuve scientifique d'efficacité, la légitimation des mesures de contraintes s'avérerait plus difficile. Sur le plan éthique, il peut exister plusieurs formes de légitimité, selon les éléments qui déterminent un choix. Ce facteur légitimant le choix peut être la conséquence visée d'un acte (au sens où un effet positif légitime une cause quelle qu'elle soit) [45], mais celle-ci ne survivrait pas en cas d'absence totale de preuve d'efficacité. Un autre facteur peut être la conformité à une maxime (une loi, les droits fondamentaux, une règle, la raison, un consensus social); ou encore l'intention a priori de la personne qui agit (par exemple désirer faire le bien). Là encore, il est difficile de voir comment ces considérations pourraient suffire à légitimer la contrainte si

elle était inefficace. D'un autre côté, le respect de l'autonomie du patient ainsi que la violation des droits de l'homme ne semblent pas être des arguments suffisants pour permettre une élimination de l'isolement dans la pratique [15]. L'absence de preuve formelle de l'efficacité d'une méthode alternative pour permettre la diminution des mesures de contrainte y est sans doute pour quelque chose. Il semble donc que nous n'ayons pas les connaissances ou moyens suffisants pour utiliser d'autres méthodes [13]. C'est aussi pourquoi, dans le cas d'un patient agressif ou désorganisé, la question d'une «non-assistance à personne en danger» se pose si les mesures de contrainte ne sont pas utilisées [15]. Ainsi, en l'absence de preuves d'effets positifs des mesures de contrainte ou de leurs alternatives, le suivi du principe du «*primum non nocere*» est mis en avant [15]. Il est recommandé de ne pas utiliser les mesures de contrainte, ou le moins possible, et de les mettre en œuvre qu'une fois que toutes les autres méthodes ont échoué [3]. L'absence de preuve formelle d'efficacité actuelle nécessite cependant la réalisation d'études randomisées contrôlées [15] et de réflexions approfondies concernant ces méthodes. Des questions qui découlent de cette réflexion sont, d'une part s'il est réellement indispensable d'avoir un niveau de preuve élevé de l'efficacité des mesures de contrainte pour pouvoir les légitimer sur un plan éthique; et d'autre part ce que l'on entend par «preuve d'efficacité» et «efficacité» en soi. En effet, si on ne peut mesurer un bénéfice thérapeutique directement, d'autres formes d'efficacité, d'avantage ou de bénéfice secondaires pourraient être envisagées, comme une diminution des symptômes (en l'absence de preuve que cette diminution provienne directement de l'application des mesures de contrainte), du nombre d'agressions, de la quantité des médicaments prescrits ou encore bien d'autres. A ce niveau, il pourrait être intéressant d'étudier les mesures de contrainte physiques non plus à visée thérapeutique directement mais en tant que moyens pour apporter un soin ou un traitement qui seraient, eux, thérapeutiques. Ces questions mériteraient de faire l'objet d'un autre article.

Un deuxième axe de réflexion concerne les spécificités particulières telles que le système juridique ou la culture d'un pays qui rendent difficiles les comparaisons internationales de l'utilisation de la contrainte et la recherche de la compréhension des facteurs influençant la contrainte entre les pays [67].

Du point de vue juridique, on assiste d'une part à une augmentation de l'autonomie du patient et en même temps à un renforcement de la loi [45]. De plus, les lois sont différentes selon les pays [ibid.]; et même lors-

qu'elles sont très proches, leurs mises en pratique peuvent différer d'un pays à l'autre [68], notamment du fait d'une variation culturelle. Cet aspect est illustré dans l'étude française de Palazzolo [24], dans laquelle une majorité des patients reconnaît la nécessité des mesures de contrainte pour les soins en psychiatrie, ce qui n'est pas retrouvé dans des études anglo-saxonnes. Une raison culturelle peut expliquer la différence de perception de la contrainte objectivée entre

Même lorsque les lois sont très proches, leurs mises en pratique peuvent différer d'un pays à l'autre, notamment du fait d'une variation culturelle.

les patients des différentes études: la culture anglo-saxonne s'axe plus sur la liberté individuelle, et donc engendre plus de vécus négatifs de la contrainte; à la différence de celle française ou de tradition latine (et de manière générale plus conservatrice), favorisant l'assistance et le bien communautaire, qui tempère mieux l'opinion des malades ayant vécu l'isolement thérapeutique [24]. Cependant, d'un point de vue plus global, une critique est faite du modèle législatif actuel qui légitime les mesures de contrainte au niveau international, qui correspond à celui des pays riches (Europe de l'Ouest, Amérique du Nord, Australie) mais qui est aussi représentatif d'une certaine culture et d'une pratique de la psychiatrie qui diffèrent de celles d'une autre partie du monde pour laquelle il n'y a actuellement pas de donnée de la littérature (Asie, Afrique, Amérique du Sud). Dans ce sens, les auteurs parlent d'un vide juridique dans le modèle actuel utilisé au niveau international [67]. Une des propositions que l'on pourrait faire serait que les pays n'appartenant pas à la culture occidentale puissent, soit réaliser des études en rapport avec leurs propres systèmes de valeur, soit, dans le cas où le vide juridique serait présent au sens propre, développer un modèle législatif ou des recommandations qui respectent leurs propres cultures et pratiques.

Troisièmement, il est préoccupant que certaines données suggèrent une pratique possiblement discriminatoire de la contrainte. Comme nous le montrent les facteurs de risques de contention dans l'étude de Beghi et al. [20], on peut penser que les «jeunes hommes étrangers» représentent une catégorie de personnes induisant une peur. La justification courante des mesures de contrainte en psychiatrie semble basée sur «De la liberté» de John Stuart Mill, essai qui traite de la nature et des limites du pouvoir que la société exerce sur l'individu [69, 70]. La contrainte est justifiée, entre autres, si elle sert à la protection d'autrui contre des

torts. Or, si la peur est sans doute effectivement utilisée comme moyen d'évaluer le degré de risque qu'un tort ne survienne dans une situation spécifique, sa fiabilité dans cette évaluation est loin d'être claire. Sur un plan éthique, cela peut poser un problème d'inégalité de traitement qui serait particulièrement grave s'agissant d'une atteinte à des droits fondamentaux. Il pourrait dès lors exister une inégalité dans l'exercice du droit à la liberté pour les personnes appartenant à une catégorie induisant la peur. Par ailleurs, en santé mentale, le trouble psychique, dans certaines situations peut rendre le patient incapable de discernement concernant l'acceptation des soins ou traitements proposés.

De par ce refus, en raison du trouble psychique sous-jacent, un risque auto ou hétéro-agressif non négligeable peut être engendré. Parallèlement, il peut exister une pression sociale qui demande à écarter le danger potentiel que représentent ces patients pendant ces moments de décompensations. Les soins en psychiatrie se situent donc à la frontière entre le respect du droit à l'autonomie du patient et la responsabilité vis-à-vis de la société de protéger soi et autrui [14; 15]. Le psychiatre se retrouve entre deux pressions qui s'opposent: d'un côté, le patient qui ne peut accep-

Les soins en psychiatrie se situent donc à la frontière entre le respect du droit à l'autonomie du patient et la responsabilité vis-à-vis de la société de protéger soi et autrui.

ter les soins et de l'autre la société qui demande une mise à l'abri forcée à l'écart de la communauté [71]. Cet aspect peut s'entendre sur un plan pénal avec une incarcération, mais l'aspect de contraindre un patient à une mesure d'isolement ou de contention constitue déjà une exclusion temporaire de la société, toujours à but de protection. A ce niveau, il apparaît que les notions de protection de soi et d'autrui se recoupent, mais aussi le domaine civil et pénal. Ce dernier recouvrement et juxtaposition des enjeux pourraient, à notre sens faire l'objet d'un autre article. Le point de vue thérapeutique du patient reste prioritaire, le défi à réaliser est de conscientiser et mettre à distance les pressions sociétales et juridiques [ibid.]. La contrainte s'exerce dans de nombreux cas dans l'urgence, ce qui a pour implication que le droit de recours ne peut s'exercer que dans un deuxième temps. Cela rendrait une pratique discriminatoire particulièrement pré-occupante.

Dernièrement, en tant que membres de l'institution de Genève qui disposent d'unités majoritairement

ouvertes, l'influence de la structure d'une institution sur l'utilisation des mesures de contrainte nous intéresse particulièrement. Cependant, comme on l'a vu avec Klein et König [11], il se peut qu'une forme de contrainte en diminution (en l'occurrence l'ouverture des unités) n'empêche pas l'utilisation d'autres formes de mesures de contrainte. Il serait intéressant d'étudier si leur fréquence d'utilisation s'en trouve modifiée ou non. Dans ce sens, il peut être intéressant de regarder dans quelle mesure une diminution de l'usage d'une contrainte amène un réel bénéfice dans la pratique clinique. Il semble qu'à l'heure actuelle, il n'y ait pas de données suffisantes pour répondre à cette question. En Suisse, d'importants travaux de recherches et de clarifications juridiques et éthiques sont réalisés [2, 8, 16]. Le Code Civil Suisse a notamment permis par l'introduction du nouveau droit de protection de l'enfant et de l'adulte de 2013, d'apporter des clarifications et des précisions importantes et bien venues (rôle du médecin, de l'APEA (Autorité de Protection de l'Enfant et de l'Adulte), procédures, recours, traitement sans consentement et traitement d'urgence lors de PAFA) (Art. 383 ss et 426 ss CC) [4]. Dans les cas où les décisions restent difficiles, en raison de la pathologie, de la détresse et de l'environnement physique et social du patient, il est rappelé que l'engagement professionnel du médecin reste le garant essentiel pour le respect du patient [16]. En d'autres termes, lorsque le cadre juridique ou éthique n'est plus assez précis, c'est la relation interpersonnelle patient-médecin qui permet un respect de la dignité et du meilleur traitement pour le patient [16], et donc qui préserve d'un usage inadéquat des mesures de contrainte.

A notre connaissance, notre revue est la première qui cherche à mettre en évidence l'existence ou non de preuves scientifiques d'efficacité des mesures de contrainte physiques, ainsi que les conséquences que cela engendre sur le plan de leur légitimité éthique. Il convient de mentionner la revue de littérature sur l'efficacité de la contrainte de Luciano et al. [17], mais qui étudie plutôt les facteurs de risques d'utilisation et l'impact social et clinique de ces mesures sur les patients. La découverte de l'absence actuelle de preuves d'efficacité ouvre la porte à la question du lien avec la légitimité éthique de ces mesures. Ce lien entre preuves scientifiques et légitimité éthique, par ailleurs discuté dans la littérature [72], ne nous semble pas non plus avoir été abordé jusqu'à présent dans le cadre de la contrainte. Toutefois, étant donné que cette revue est narrative, ses résultats peuvent ne pas être exhaustifs. La question mériterait d'être approfondie avec une méthode plus rigoureuse, par exemple au travers d'une revue systématique.

Conclusion

Nous avons essayé par cette revue de la littérature non exhaustive de proposer un survol sur l'état des lieux actuel concernant les mesures de contrainte en psychiatrie. Nous avons pu constater l'absence de preuves cliniques de leur efficacité, mais aussi concernant leurs alternatives. La question éthique de l'usage de ces mesures pour la prise en charge des patients en psychiatrie nous semble par ailleurs non résolue. Ces questionnements se situent à l'échelle nationale comme internationale. En l'absence de données étayant l'efficacité des mesures de contrainte, leur légitimité éthique peut être remise en question. Sur le plan scientifique, il semble important de réaliser des recherches cliniques randomisées contrôlées sur les mesures de contrainte et leurs alternatives dans le but d'établir des guides de pratique clinique clairs et consensuels pour une amélioration de nos pratiques cliniques. Sur un plan éthique, il peut exister plusieurs formes de légitimité. A l'heure actuelle, cette dernière ne paraît pas évidente concernant les mesures de contrainte, et différente en fonction des variations culturelles, politiques ou juridiques en place dans le pays ou le lieu étudiés. S'il n'existe pas de preuve d'efficacité, il n'est cependant pas sûr que ces arguments survivent.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.

Références

- Brown JS, Tooke SK. On the seclusion of psychiatric patients. *Soc Sci Med.* 1982;1992;35(5):711–21.
- Lew D. Mesures physiques limitant la liberté de mouvement. Comité d'éthique des Hôpitaux Universitaires de Genève (2011).
- Bergk J, Flammer E, Steinert T. "Coercion Experience Scale" (CES) – validation of a questionnaire on coercive measures. *BMC Psychiatry.* 2010;10(1):5.
- Code Civil Suisse. Nouveau droit de protection de l'adulte et de l'enfant. Art. 360 ss., Art. 383 ss. et 426 ss. (1^{er} Janvier 2013).
- Code de santé publique, France, Pub. L. No. 2013-869, Art. L3212-1 (27 Sept. 2013).
- Hellerstein DJ, Staub AB, Lequesne E. Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients. *J Psychiatr Pract.* 2007;13(5):308–17.
- Dressing H, Salize HJ. Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004;39(10):797–03.
- ASSM. Mesures de contrainte en médecine; directives médico-éthiques. Académie Suisse des Sciences Médicales (2015).
- Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T. A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:89.
- Bovet P. Mesures de contention dans les hôpitaux psychiatriques du Canton de Vaud (12 Oct. 2009).
- Klein G, König D. Mesures de contrainte à l'hôpital psychiatrique, perspective clinique. *Swiss Medical Forum.* 2016;16(6):137–41.
- Constitution fédérale de la Confédération suisse, RS 101, Art. 10 (18 avril 1999).
- Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto A.-M. M., Lönnqvist J, Kaltiala-Heino R, et al. A 15-year national follow-up: Legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42(9):747–52.
- Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto A.-M. M., Lönnqvist J, Kaltiala-Heino R, et al. Who are the restrained and secluded patients: A 15-year nationwide study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(11):1087–93.
- Prinsen EJD, van Delden JJM. Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? *J Med Ethics.* 2009;35(1):69–73.
- Sprumont D, Borghi M, Guillod O, Aebi-Muller R. ASSM clarification juridique. *Bulletin Des Médecins Suisses.* 2016;97(23):845–7.
- Luciano M, Sampogna G, Del Vecchio V, Pingani L, Palumbo C, De Rosa C, et al. Use of coercive measures in mental health practice and its impact on outcome: a critical review. *Expert Rev Neurother.* 2014;14(2):131–41.
- Mason T. Seclusion and learning disabilities: research and deduction. *The British Journal of Development Disabilities.* 1996;42(83):149–59.
- Trauer T, Hamilton B, Rogers C, Castle D. Evaluation of the effect of a structured intervention for the management of behavioural disturbance on the level of seclusion in an acute psychiatric inpatient ward. *J Psychiatr Inten Care.* 2010;6(2):91–9.
- Beghi M, Peroni F, Gabola P, Rossetti A, Cornaggi CM. Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. *Riv Psichiatr.* 2013;48(1):10–22.
- Cornaggi CM, Beghi M, Pavone F, Barale F. Aggression in psychiatry wards: A systematic review. *Psychiatry Res.* 2011;189(1):10–20.
- Ulla S, Maritta V, Riittakerttu K-H. The use of coercive measures in adolescent psychiatric inpatient treatment: a nation-wide register study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;47(9):1401–8.
- Dudouit P, Bardet Blochet A, Rey-Bellet P. Diminuer le recours à la chambre d'isolement. *Santé Mentale.* 2011;160:15–9.
- Palazzolo J. About the use of seclusion in psychiatry: the patients' point of view. *L'Encephale.* 2004;30(3):276–84.
- Happell B, Harrow A. Nurses' attitudes to the use of seclusion: a review of the literature. *Int J Ment Health Nurs.* 2010;19(3):162–8.
- Van Der Merwe M, Muir-Cochrane E, Jones J, Ziggili M, Bowers L. Improving seclusion practice: Implications of a review of staff and patient views. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2013;20(3):203–15.
- Bardet Blochet A. Les chambres fermées en psychiatrie: Poursuivre le débat pour dépasser les conflits. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr.* 2009;160(1):4–11.
- Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Jul 19;(3):CD002084.
- Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD001163.
- Hankin CS, Bronstone A, Koran LM. Agitation in the Inpatient Psychiatric Setting. *J Psychiatr Pract.* 2011;17(3):170–85.
- Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, et al. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services (Washington, D.C.).* 2005;56(9):1123–33.
- Weiss EM. Hartford Courant reporters and researchers. Deadly restraint: a Hartford Courant investigative report. *Hartford Courant,* 1998 October:11–5.
- Busch AB, Shore MF. Seclusion and restraint: a review of recent literature. *Harv Rev Psychiatry.* 2000;8(5):261–70.
- O'Halloran RL. Reenactment of circumstances in deaths related to restraint. *Am J Forensic Med Pathol.* 2004;25(3):190–3.
- Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Adverse effects associated with physical restraint. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie.* 2003;48(5):330–7.
- Sacks MH, Carpenter WT. The pseudotherapeutic community: an examination of antitherapeutic forces of psychiatric units. *Hospital et Community Psychiatry.* 1974;25(5):315–8.
- Steinert T, Martin V, Baur M, Bohnet U, Goebel R, Hermelink G, et al. Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42(2):140–5.
- Wadson H, Carpenter WT. Impact of the seclusion room experience. *J Nerv Ment Dis.* 1976;163(5):318–28.
- Parker K, Miles SH. Deaths caused by bedrails. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45(7):797–02.

- 40 Palazzolo J. About the use of restraints in psychiatry: the patient's point of view. *L'Encephale*. 2002;28(5 Pt 1):454–60.
- 41 Robinson BE. Death by destruction of will. Lest we forget. *Arch Intern Med*. 1995;155(20):2250–1.
- 42 Mielau J, Altunbay J, Gallinat J, Heinz A, Bempohl F, Lehmann A, et al. Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their justification. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2016;266(4):337–47.
- 43 Georgieva I, Mulder CL, Whittington R. Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions. *BMC Psychiatry*. 2012;12:54.
- 44 Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK, Kirsch BL, Monahan J, Eisenberg M, et al. Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process. *Am J Psychiatry*. 1998;155(9):1254–60.
- 45 Sheehan KA. Compulsory treatment in psychiatry. *Curr Opin Psychiatry*. 2009;22(6):582–6.
- 46 Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrutter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(9):889–97.
- 47 Martin V, Bernhardsgrutter R, Goebel R, Steinert T. The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia: a comparison of the practice in Germany and Switzerland. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP et EMH*. 2007;3:1.
- 48 Noda T, Sugiyama N, Sato M, Ito H, Sailas E, Putkonen H, et al. Influence of patient characteristics on duration of seclusion/restraint in acute psychiatric settings in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2013;67(6):405–11.
- 49 Rey-Bellet P, Bardet A, Ferrero F. Hospitalisations non volontaires à Genève: la liberté sous contrainte? *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*. 2010;161(3):90–5.
- 50 Huber CG, Schneeberger AR, Kowalinski E, Froehlich D, von Felten S, Walter M, et al. Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15-year, observational study. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(9):842–9.
- 51 Guivarch J, Cano N. Usage de la contention en psychiatrie: Vécu soignant et perspectives éthiques. *Encephale*. 2013;39(4):237–43.
- 52 Mason T. Seclusion: Definitional interpretations. *J Forensic Psychiatry*. 1992;3(2):261–70.
- 53 Wynn R. Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nord J Psychiatry*. 2003;57(6):453–9.
- 54 Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. *Am J Psychiatry*. 1994;151(11):1584–91.
- 55 Bergk J, Einsiedler B, Flammer E, Steinert T. A randomized controlled comparison of seclusion and mechanical restraint in inpatient settings. *Psychiatric Services*. 2011;62(11):1310–7.
- 56 Boumans CE, Egger JIM, Souren PM, Hutschemaekers GJM. Reduction in the use of seclusion by the methodical work approach. *Int J Ment Health Nurs*. 2014;23(2):161–70.
- 57 Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, Stewart D, Hodson J. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *Int J Nurs Studies*. 2015;52(9):1412–22.
- 58 Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, Repo-Tiihonen E, Ryyänen O-P, Kautiainen H, Jari Tiihonen B. Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2013;64(9):850–5.
- 59 Rugkasa J. Effectiveness of Community Treatment Orders: The International Evidence. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*. 2016;61(1):15–24.
- 60 Maughan D, Molodynski A, Rugkasa J, Burns T. A systematic review of the effect of community treatment orders on service use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(4):651–63.
- 61 Allen MH, Carpenter D, Sheets JL, Miccio S, Ross R. What do consumers say that they want and need during a psychiatric emergency? *J Psychiatr Pract*. 2003;9(1):39–58.
- 62 Haute Autorité de Santé. Autisme – Questions / Réponses HAS – ANESM (08 mars 2012):1–5.
- 63 Gaynes BN, Brown CL, Lux LJ, Brownley KA, Van Dorn RA, Edlund MJ, et al. Preventing and De-escalating Aggressive Behavior Among Adult Psychiatric Patients: A Systematic Review of the Evidence. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*. 2017;68(8):819–31.
- 64 Khazaal Y, Chatton A, Pasandin N, Zullino D, Preisig M. Advance directives based on cognitive therapy: A way to overcome coercion related problems. *Patient Educ Couns*. 2009;74(1):35–8.
- 65 Bartolomei J, Blochet AB, Ortiz N, Etter M, Etter JF, Rey-Bellet P. Le plan de crise conjoint: Familles, patients et soignants ensemble face à la crise. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*. 2012;163(2):58–64.
- 66 Amering M. Trialog—an exercise in communication between consumers, carers and professional mental health workers beyond role stereotypes. *Int J Integr Care*. 2010;10(Suppl):e014.
- 67 Molodynski A, Turnpenny L, Rugkasa J, Burns T, Moussaoui D, Burns J, et al. Coercion and compulsion in mental healthcare – An international perspective. *Asian J Psychiatr*. 2014;8(1):2–6.
- 68 Steinert T, Noorthoorn EO, Mulder CL. The Use of Coercive Interventions in Mental Health Care in Germany and the Netherlands. A Comparison of the Developments in Two Neighboring Countries. *Frontiers in Public Health*. 2014;2(September):1–10.
- 69 Mill JS. *On Liberty*. 1st ed. 1859; Dover: Dover Publications; 2002.
- 70 Olsen DP. Influence and coercion: relational and rights-based ethical approaches to forced psychiatric treatment. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2003;10(6):705–12.
- 71 Gravier Eytan A. *Enjeux éthiques de la psychiatrie sous contrainte*. *Rev Med Suisse*. 2011;7(1):1806–11.
- 72 Hurst S. What “empirical turn in bioethics”? *Bioethics*. 2010;24(8):439–44.

Correspondence:

Marie Chieze
Clinique de Belle-Idée
Département de Santé
Mentale et de Psychiatrie
Service de Psychiatrie
Adulte,
Hôpitaux Universitaires
de Genève
Chemin du Petit-Bel-Air 2
CH-1225 Chêne-Bourg
marie.chieze[at]hcuge.ch